



Planificación familiar

UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES

ACTUALIZACIÓN MODIFICADA EN 2011



Sucesor de
Lo esencial de la tecnología anticonceptiva



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Center for Communication Programs



**Organización
Mundial de la Salud**

Organizaciones que han brindado su colaboración y apoyo

Abt Associates, Private Sector Partnerships One Project (PSP-One)
Academy for Educational Development
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
Association for Reproductive and Family Health (ARFH), Nigeria
Centre for African Family Studies (CAFS)
The Centre for Development and Population Activities (CEDPA)
CON RAD
Constella Futures
East European Institute for Reproductive Health
EngenderHealth, ACQUIRE Project
Family Health International
Family Health Options Kenya (FHOK)
Family Planning Association of India (FPA India)
Family Planning Organization of the Philippines
Federation of Family Planning Associations, Malaysia
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (MEXFAM)
Georgetown University, Institute for Reproductive Health
Gutmacher Institute
Gynuity Health Projects
Hesperian Foundation
Ibis Reproductive Health
Implementing Best Practices (IBP) Consortium
International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B)
International Consortium for Emergency Contraception
IntraHealth International, Inc.
JHPIEGO
John Snow, Inc. (JSI)
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Management Sciences for Health
Marie Stopes International
Minnesota International Health Volunteers (MIHV)
National Family Planning Coordinating Board (BKKBN), Indonesia
Pan American Health Organization (PAHO)
PATH
Pathfinder
Plan International
Planned Parenthood Federation of Nigeria (PPFN)
Population Council
Population Reference Bureau
Population Services International
Princeton University, Office of Population Research
Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine
University of the Witwatersrand, Reproductive Health and HIV Research Unit
University of North Carolina School of Public Health
University Research Co., LLC

Traducción realizada al español por:





Planificación familiar

UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES

Orientación basada en la evidencia
desarrollada gracias a la colaboración mundial



Una piedra angular de planificación familiar de la OMS

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Salud
Reproductiva e Investigación

Facultad de Salud Pública
Bloomberg de Johns Hopkins
Centro para Programas de
Comunicación
Proyecto de Conocimientos
sobre la Salud

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

Planificación familiar

UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES

Contenido

Prefacio	iv
Agradecimientos	vi
¿Qué hay de nuevo en este manual?	Viii
Cómo obtener más copias de este libro	x
Las 4 piedras angulares de la orientación en planificación familiar de la OMS ...	xi
1 Anticonceptivos orales combinados	1
2 Píldoras de progestágeno solo	25
3 Píldoras anticonceptivas de emergencia	45
4 Inyectables de progestágeno solo	59
5 Inyectables mensuales	81
6 Parche combinado <i>Solo lo Esencial</i>	101
7 Anillo vaginal combinado <i>Solo lo Esencial</i>	105
8 Implantes	109
9 Dispositivo intrauterino de cobre	131
10 Dispositivo intrauterino con levonorgestrel <i>Solo lo Esencial</i>	157
11 Esterilización femenina	165
12 Vasectomía	183
13 Condones masculinos	199
14 Condones femeninos	211
15 Espermicidas y diafragmas	221
16 Capuchones cervicales <i>Solo lo Esencial</i>	237
17 Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	239
18 Retiro – coitus interruptus <i>Solo lo Esencial</i>	255
19 Método de amenorrea por lactancia	257
20 Atención de grupos diversos	
Adolescentes	267
Hombres	270
Mujeres cerca de la menopausia	272
21 Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH	275
22 Salud materna y neonatal	289

23	Aspectos de la salud reproductiva	
	Planificación familiar en la atención postaborto	297
	Violencia contra la mujer	300
	Infertilidad	304
24	Suministro de servicios de planificación familiar	
	Importancia de procedimientos seleccionados para el suministro de métodos de planificación familiar	307
	Asesoramiento exitoso	308
	¿Quién proporciona servicios de planificación familiar?	310
	Prevención de infecciones en la clínica	312
	Gestión de los insumos de anticonceptivos	316

MATERIAL ANEXO

Apéndice A. Eficacia de los anticonceptivos	319
Apéndice B. Signos y síntomas de afecciones graves	320
Apéndice C. Afecciones médicas por las cuales un embarazo es particularmente riesgoso	322
Apéndice D. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos	324
Glosario	335
Índice	343
Metodología	355

AYUDAS Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO

Comparación de anticonceptivos	
Comparación de métodos combinados	358
Comparación de inyectables	359
Comparación de implantes	360
Comparación de condones	360
Comparación entre DIUs	362
Uso correcto del condón masculino	363
Anatomía femenina y ciclo menstrual	364
Anatomía masculina	367
Identificación de migrañas y auras migrañosas	368
Opciones adicionales para evaluar el embarazo	370
Lista de verificación del embarazo	372
Si se olvida de alguna píldora	Contratapa posterior
Tabla de eficacia	Tapa posterior

Disponible en línea en www.fphandbook.org

Prefacio

De la organización mundial de la salud

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

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

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

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

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

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

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

De la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

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

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

1. Casi cualquier persona puede utilizar casi cualquier método con seguridad y la mayoría de los métodos son en general sencillos. Por lo tanto, se puede hacer que los métodos sean ampliamente accesibles y es posible ofrecerlos incluso donde los recursos para el cuidado de la salud sean bastante limitados. Este libro define y explica todas las posibles opciones para elegir, comenzar y cambiar el método de planificación familiar de la manera más apropiada.
2. Los métodos de planificación familiar pueden ser eficaces cuando se administran debidamente. Como sucede con las píldoras y los condones, algunos métodos exigen la acción conciente del usuario para su mayor eficacia. Frecuentemente, la ayuda y apoyo del personal de salud pueden hacer una gran diferencia, como, por ejemplo, hablar de los posibles efectos secundarios. Algunos métodos requieren que el proveedor realice correctamente procedimientos, tales como la esterilización o inserción de un DIU. Fuera de brindar instrucciones para llevar a cabo procedimientos, este manual ofrece la orientación e información que necesita el personal de la salud para respaldar el uso eficaz y continuo del anticonceptivo.
3. Muchas veces los usuarios nuevos consultan con un método ya en mente y en general esa es la mejor opción para ellos. A pesar de haber una amplia gama de métodos seguros, las decisiones de planificación familiar deberían tomarse teniendo en cuenta los propósitos y preferencias del usuario. Para encontrar y utilizar el método más adecuado, el usuario necesita buena información y a menudo también precisa que lo ayuden a considerar las distintas opciones. Este libro proporciona información que el usuario y el proveedor pueden considerar juntos.
4. Algunos usuarios de larga data requieren escaso apoyo y para ellos resulta clave tener un acceso conveniente. Para los usuarios que ya vienen siendo atendidos y que presentan problemas o reparos, el apoyo y la ayuda resultan vitales. Este manual provee asesoramiento y recomendaciones de tratamiento para esos usuarios.

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

James D. Shelton, MD

Jefe de Científicos Médicos, Asesor Científico, Oficina de Salud Global
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Agradecimientos

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

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

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

Las personas mencionadas anteriormente, cuyos aportes fueron clave para la elaboración del presente manual, no declararon ningún conflicto de interés.

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

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

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

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

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

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

© 2011 Organización Mundial de la Salud y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación

ISBN 978-92-7-532886-6

Citas sugeridas: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.

Este libro fue publicado con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Oficina de Salud Global, GH/PRH/PEC, bajo los términos de la Subvención No. GPO-A-00-08-00006-00. Las opiniones aquí expresadas son opiniones de los autores y no necesariamente reflejan las opiniones de USAID, La Universidad Johns Hopkins, o la Organización Mundial de la Salud.

¿Qué hay de nuevo en este manual?

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

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

Nueva orientación de la OMS a partir del año 2007

Desde que el manual fue publicado por primera vez en el año 2007, el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS convocó a un Grupo de Trabajo experto en abril de 2008 y dos consultas técnicas en octubre de 2008 y enero de 2010 para contestar preguntas relacionadas con los Criterios médicos de elegibilidad (CME) y las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas, así como una consulta técnica en junio de 2009 sobre el suministro de inyectables de progestágeno solo por parte de trabajadores de la salud comunitarios. Además, en octubre de 2009, el Departamento de VIH/SIDA de la OMS convocó a un Grupo de Trabajo experto para que actualizara la orientación sobre la alimentación infantil y el VIH. Esta edición de 2011 del Manual mundial refleja la nueva orientación elaborada durante estas reuniones. (Ver p. 354.) A continuación se expone la información actualizada:

- La mujer puede recibir otra inyección de acetato de Medroxiprogesterona de depósito (AMPD) hasta 4 semanas tarde. (La orientación anterior indicaba que la mujer podía recibir otra inyección de AMPD hasta 2 semanas tarde.) La orientación para aplicar una segunda inyección de enantato de noretisterona (NET-EN) continúa siendo hasta 2 semanas tarde. (Ver p. 74.)
- Durante la lactancia, la terapia antirretroviral (ARV) para la madre, para el bebé expuesto al VIH, o para ambos, puede reducir de

manera significativa la probabilidad de transmisión del VIH por medio de la leche materna. Las madres infectadas por VIH deben recibir la terapia ARV adecuada y deben alimentar a su bebé con lactancia materna exclusiva durante sus primeros 6 meses de vida y luego introducir alimentos suplementarios adecuados y continuar amamantando durante los primeros 12 meses de vida. (Ver p. 294.)

- Las mujeres posparto que no están lactando generalmente pueden iniciar el uso de métodos hormonales combinados a las 3 semanas (CME categoría 2). Sin embargo, algunas mujeres que presentan factores adicionales de riesgo para tromboembolia venosa (TEV) generalmente no deben iniciar el uso de métodos hormonales combinados hasta 6 semanas después del parto, según la cantidad, gravedad y combinación de factores de riesgo (CME categoría 2/3). Estos factores adicionales de riesgo son: antecedentes de TEV, trombofilia, parto por cesárea, transfusión sanguínea durante el parto, hemorragia posparto, preeclampsia, obesidad, tabaquismo y estar postrada en cama. (Ver p. 325.)
- Las mujeres con trombosis venosa profunda que reciben terapia anticoagulante generalmente pueden usar anticonceptivos de progestágeno solo (CME categoría 2) pero no métodos hormonales combinados (CME categoría 4). (Ver p. 326.)
- Las mujeres con lupus eritematoso sistémico generalmente pueden usar cualquier método anticonceptivo excepto: (a) Una mujer con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos) no debe usar métodos hormonales combinados (CME categoría 4) y, por lo general, no deben usar métodos de progestágeno solo (CME categoría 3). (b) Una mujer con trombocitopenia grave generalmente ni debe iniciar el uso de inyectables de progestágeno solo ni se le debe colocar un DIU de cobre (CME categoría 3). (Ver p. 327.)
- Las mujeres con SIDA que reciben tratamiento de inhibidores de proteasa con ritonavir, un tipo de medicamento ARV, generalmente no deben usar métodos hormonales combinados o píldoras de progestágeno solo (CME categoría 3). Estos medicamentos ARV podrían disminuir la eficacia de estos métodos anticonceptivos. Estas mujeres pueden usar inyectables de progestágeno solo, implantes y otros métodos. Las mujeres que toman solo otros tipos de ARV pueden usar cualquier método hormonal. (Ver p. 329.)
- Las mujeres con hepatitis crónica o cirrosis hepática leve pueden usar cualquier método anticonceptivo (CME categoría 1). (Ver p. 331.)
- Las mujeres que toman medicamentos anticonvulsivantes o rifampicina o rifabutina para tuberculosis u otras afecciones generalmente pueden usar implantes. (Ver p. 331.)

Nueva orientación para el suministro comunitario de inyectables

- El suministro comunitario de anticonceptivos inyectables de progestágeno solo por parte de trabajadores de la salud comunitarios debidamente capacitados, es seguro, eficaz y aceptable. Estos servicios deben formar parte de un programa de planificación familiar que ofrezca una variedad de métodos anticonceptivos. (Ver p. 63.)

Otro contenido que contesta preguntas importantes

Página

- **Anticonceptivos orales combinados (AOC)**
 - Datos sobre los AOC y cáncer 4
 - Uso extendido y continuo de los AOC 21
- **Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)**
 - Nuevas guías para la administración de PAE hasta 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección 49
 - Nuevas guías para el suministro de métodos anticonceptivos después del uso de PAE 52
 - Lista actualizada de anticonceptivos orales que se pueden usar como PAE 56
- **Inyectables de progestágeno solo**
 - Se incluyen NET-EN y AMPD 59
 - Nueva información sobre AMPD subcutáneo 63
 - Nuevas guías sobre el manejo de inyecciones tardías 74
 - Nuevas investigaciones sobre la densidad ósea y AMPD 80
- **Implantes**
 - Se incluyen Jadelle, Implanon y Sino-Implant (II) 109
- **Dispositivo intrauterino de cobre**
 - Nueva lista de verificación sobre el SIDA, terapia antirretroviral e infecciones de transmisión sexual (ITS) 136
 - Preguntas de tamizaje para examen pélvico antes de insertar el DIU 137
 - Nuevas guías para evaluación de riesgo de ITS para posibles usuarias del DIU 138
- **Vasectomía**
 - Técnicas de vasectomía más eficaces 190
 - Nuevas guías sobre cuándo un hombre puede confiar en su vasectomía 192
- **Condones masculinos**
 - Nuevos criterios sobre la reacción alérgica grave al látex 202
 - Guía revisada sobre lo que se puede hacer si se rompe un condón, si se resbala del pene, o si no se usa 206
 - Nuevas guías para el manejo de usuarios con reacción alérgica leve a grave al condón
- **Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad**
 - Se incluyen los métodos nuevos de los Días Fijos y de Dos Días . . 239
- **Método de amenorrea de la lactancia (MELA)**
 - Guías revisadas sobre el uso de MELA para mujeres con VIH 260
- **Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH**
 - Anticoncepción para usuarios con ITS, VIH, SIDA o que reciben terapia antirretroviral 282
 - Nueva información sobre anticonceptivos hormonales y riesgo de VIH 288

Cómo obtener más ejemplares de este libro

El Proyecto de Conocimientos sobre la Salud de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación ofrece ejemplares de *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores* (Family Planning: A Global Handbook for Providers) sin cargo a los lectores de países en desarrollo. Solicitamos a los demás que tengan a bien ponerse en contacto con el Proyecto de Conocimientos sobre la Salud para obtener más información. Para hacer pedidos, por favor, envíe su nombre, dirección postal y de correo electrónico, y número telefónico.

Para hacer pedidos por correo electrónico e-mail: orders@jhuccp.org

Para hacer pedidos por facsímil: +1 410 659-6266

Para hacer pedidos por teléfono: +1 410 659-6315

Para hacer pedidos vía Web: <http://www.fphandbook.org/>

Para hacer pedidos por correo:

Orders, Proyecto de Conocimientos sobre la Salud

Center for Communication Programs

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

111 Market Place, Suite 310

Baltimore, MD 21202, USA

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

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

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

Las cuatro piedras angulares de la orientación en planificación familiar de la Organización Mundial de la Salud

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

Las primeras dos piedras angulares proporcionan a los responsables de formular las políticas y a los directores de programas recomendaciones que pueden ser utilizadas para establecer o actualizar pautas nacionales y políticas de programas. La publicación “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” (4a edición, 2010) provee orientación acerca de si las personas que padecen determinadas afecciones médicas pueden usar determinados métodos anticonceptivos de forma segura y eficaz. El documento Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (2a edición, 2005) y las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos: Actualizadas en 2008 contestan preguntas específicas acerca de cómo utilizar varios métodos anticonceptivos. Ambos materiales son el producto de reuniones del Grupo de Trabajo de expertos congregado por la OMS.

La tercera piedra angular, el documento “Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar”, incorpora la orientación de las 2 primeras piedras angulares y refleja evidencia sobre la mejor manera de satisfacer las necesidades de planificación familiar del usuario. Está destinado a ser usado durante el asesoramiento. Utilizando un proceso estructurado, aunque adaptado, la herramienta orienta al proveedor y al cliente en la elección y utilización de un método de planificación familiar. La “Herramienta de toma de decisiones” también ayuda a orientar las consultas de los que vuelven al servicio.

Como cuarta piedra angular, el documento “Planificación familiar: un manual mundial para proveedores” ofrece información técnica para ayudar a los proveedores de los servicios de salud a entregar los métodos de planificación familiar de manera adecuada y eficiente. Este manual es una guía de referencia minuciosa que da orientación específica sobre 20 métodos de planificación familiar y trata muchas de las necesidades del proveedor, desde la corrección de malentendidos hasta el manejo de efectos secundarios. Al igual que el documento “Herramienta de toma de decisiones”, este manual incorpora la orientación de las 2 primeras piedras angulares. También cubre temas de salud conexos que pueden surgir en el contexto de la planificación familiar.

Las 4 piedras angulares o principios básicos pueden encontrarse en el sitio Web de la OMS en http://www.who.int/reproductionhealth/publications/family_planning/. El manual está disponible también en el sitio Web del Proyecto de Conocimientos sobre la Salud en <http://www.fphandbook.org>. En este sitio Web se publicarán sus actualizaciones y las novedades sobre sus traducciones. Para obtener información sobre pedidos de ejemplares impresos, ver la página anterior.

Anticonceptivos orales combinados

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Tome una píldora todos los días.** Para una eficacia óptima, la mujer debe tomar las píldoras diariamente y comenzar las cajas de píldoras en su debido tiempo.
- **Los cambios en el sangrado son comunes pero no perjudiciales.** Lo habitual es que haya sangrados irregulares unos pocos meses y que después se hagan más leves y regulares.
- **Si olvida una píldora, tómela lo antes posible.** La omisión de píldoras conlleva riesgo de embarazo y puede acentuar algunos efectos secundarios.
- **Pueden suministrarse a la mujer en cualquier momento, para comenzar más adelante.** Si no se puede descartar el embarazo, el proveedor puede suministrar a la mujer sus píldoras para que las tome después, cuando comience su menstruación.

¿Qué son los anticonceptivos orales combinados?

- Píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas—un progestágeno y un estrógeno—iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer.
- Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son también conocidos como “la píldora”, píldoras combinadas de baja dosis, PAO y AO.
- Ante todo, funcionan impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

¿Qué tan eficaces son?

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

- Tal como se usan comúnmente, se producen cerca de 8 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan AOC en el correr del primer año. Esto significa que 92 de cada 100 mujeres que usan AOC no quedarán embarazadas.
- Cuando no se cometen errores al tomar la píldora, hay menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOC en el correr del primer año (3 por 1000 mujeres).

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

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (ver Manejo de problemas, p. 17)

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

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

Otros cambios físicos posibles:

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

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

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

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

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

Puede ayudar a proteger contra:

- Quistes ováricos
- Anemia por deficiencia de hierro

Reduce:

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

Riesgos conocidos para la salud

Muy raros:

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

Extremadamente raros:

- Accidente cerebrovascular
- Ataque cardíaco

Ver también Datos objetivos sobre anticonceptivos orales combinados y cáncer, p. 4.

Corregir malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 22)

Anticonceptivos orales combinados:

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

Datos objetivos sobre los anticonceptivos orales combinados y cáncer

Cáncer de ovario y endometrial

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

Cáncer de mama

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

Cáncer cervical

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

Quién puede y quién no puede utilizar anticonceptivos orales combinados

Seguro y apto para casi todas las mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar AOC de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto provocado o un aborto espontáneo
- Fumen cigarrillos—si son menores de 35 años de edad
- Tengan o hayan tenido anemia en el pasado
- Tengan várices
- Estén infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral, a menos que esa terapia incluya ritonavir (ver Anticonceptivos orales combinados para mujeres con VIH, p. 9)

La mujer puede comenzar a utilizar AOC:

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



Criterios médicos de elegibilidad para

Anticonceptivos orales combinados

Realice a la usuaria las preguntas a continuación sobre afecciones médicas conocidas. No se necesitan exámenes ni pruebas. Si ella responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar con AOC si lo desea. Si responde “sí” a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar con AOC. Estas preguntas también son aplicables al parche combinado (ver p. 101) y al anillo vaginal combinado (ver p.105).

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

NO

SI

- Si la lactancia es exclusiva o casi exclusiva: Sumínstrele los AOC y dígame que comience a tomarlos a los 6 meses después del parto o cuando la leche materna ya no sea el alimento principal del bebé—lo que ocurra primero (ver Lactancia exclusiva o casi exclusiva, p. 10).
- Si amamanta parcialmente: La mujer puede comenzar los AOC ya a las 6 semanas después del parto (ver Lactancia parcial, p. 11).

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

NO

SI Sumínstrele los AOC ahora y dígame que empiece a tomarlos 3 semanas después del parto. (Si hay riesgo adicional de que la mujer desarrolle un coágulo sanguíneo en una vena profunda (trombosis venosa profunda, o TVP), no debe iniciar el uso de AOC a las 3 semanas después del parto, sino a las 6 semanas. Entre los factores de riesgo adicional se encuentran: antecedentes de TVP, trombofilia, parto por cesárea, transfusión sanguínea durante el parto, hemorragia posparto, preeclampsia, obesidad (≥ 30 kg/m²), tabaquismo y estar postrada en cama durante un plazo prolongado.)

3. ¿Fuma cigarrillos?

NO

SI Si ella fuma y tiene 35 años o más, no le suministre AOC. Úrjala a dejar de fumar y ayúdela a elegir otro método.

4. ¿Tiene cirrosis hepática, infección hepática, o tumor hepático? (¿Tiene los ojos o la piel inusualmente amarillos? [signos de ictericia]) ¿Alguna vez ha tenido ictericia mientras utilizaba AOC?

NO

SI Si ella presenta enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis grave, tumor hepático) o alguna vez ha tenido ictericia mientras utilizaba AOC, no le

suministre AOC. Ayúdela a elegir un método sin hormonas. (Puede utilizar inyectables mensuales si ha tenido ictericia sólo con el uso de AOC en el pasado.)

5. ¿Tiene hipertensión?

- NO **SI** Si no le puede controlar la tensión arterial y la mujer tiene antecedentes de hipertensión, o si está siendo tratada por hipertensión, no le dé AOC. Si es posible, remítala para un chequeo de la tensión arterial o ayúdela a elegir un método sin estrógenos.

Si es posible, controle la tensión arterial:

- Si la tensión arterial está por debajo de 140/90 mm Hg, suministre AOC.
- Si su tensión arterial sistólica es de 140 mm Hg o más, o si la tensión arterial diastólica es de 90 o más, no suministre AOC. Si la tensión arterial sistólica es de 160 o más o la tensión diastólica es de 100 o más, ayúdela a elegir un método sin estrógeno, que no sean los inyectables de progestágeno solo. (Una lectura de la tensión arterial entre 140–159/ 90–99 mm Hg no alcanza para diagnosticar hipertensión. Indíquele que use un método de respaldo* hasta que vuelva a otro control de la tensión arterial, o ayúdela ahora a elegir otro método si ella lo prefiere. Si en el siguiente control su tensión arterial está por debajo de 140/90, puede utilizar AOC.)

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

- NO **SI** No le dé AOC. Ayúdela a elegir un método sin estrógeno, pero no los inyectables de progestágeno solo.

7. ¿Tiene ahora patología de vesícula biliar, o toma medicamentos para la vesícula?

- NO **SI** No le dé AOC. Ayúdela a elegir otro método que no sea el parche combinado o el anillo vaginal combinado.

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

- NO **SI** Si declara infarto cardíaco, cardiopatía por bloqueo o estrechamiento arterial, o accidente CV, no le dé AOC. Ayúdela a elegir un método sin estrógenos que no sean inyectables de progestágeno solo. Si actualmente presenta un

(Continúa en la página siguiente)

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

Criterios médicos de elegibilidad para anticonceptivos orales combinados (continuación)

coágulo en venas profundas de piernas o pulmones (no coágulos superficiales), ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

NO **SI** No le dé AOC. Ayúdela a elegir otro método sin hormonas.

10. ¿Ve a veces en el ojo un área brillante de pérdida de visión previo a una fuerte cefalea (aura migrañosa)? ¿Tiene un dolor de cabeza intenso pulsátil, a menudo de un solo lado, que puede durar desde unas pocas horas hasta varios días, provocando náuseas o vómitos (cefaleas migrañosas o jaquecas)? ¿Esas jaquecas empeoran con la luz, los ruidos o el movimiento?

NO **SI** Si a cualquier edad, presenta aura migrañosa, no le dé AOC. Si presenta migraña sin aura y tiene 35 años o más, no le dé AOC. Ayude a estas mujeres a elegir un método sin estrógenos. Si es menor de 35 años y tiene migraña sin aura, puede utilizar AOC (ver Identificación de la migraña y el aura migrañosa, p. 368).

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

NO **SI** Si está tomando barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina, rifabutina o ritonavir, no le dé AOC. Estos medicamentos pueden reducir la eficacia de los AOC. Ayúdela a elegir otro método pero no píldoras de progestágeno solo. Si está tomando lamotrigina, ayúdela a elegir un método sin estrógeno.

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

NO **SI** Si es así, puede empezar a tomar AOC 2 semanas después de la cirugía. La mujer debería usar un método de respaldo hasta que pueda empezar a tomar AOC.

13. ¿Presenta alguna afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente CV, como edad más avanzada, tabaquismo, hipertensión, o diabetes?

NO **SI** No le dé AOC. Ayúdela a elegir un método sin estrógeno que no sea inyectables de progestágeno solo.

Además, las mujeres no deben usar AOC si informan tener mutaciones trombotogénicas o lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos). Para ver las clasificaciones completas, consultar “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, p. 323. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria vaya a utilizar. Indique cualquier afección por la cual no se aconsejaría el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

En casos especiales usar el juicio clínico

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

- No amamantando y a menos de 3 semanas del parto
- No amamantando y entre 3 y 6 semanas posparto con riesgo adicional de desarrollar un coágulo sanguíneo en una vena profunda (TVP)
- Fundamentalmente amamantando, entre 6 semanas y 6 meses desde el parto
- Edad 35 o más y fuma menos de 15 cigarrillos por día
- Hipertensión (tensión arterial sistólica entre 140 y 159 mm Hg o tensión arterial diastólica entre 90 y 99 mm Hg)
- Hipertensión controlada, donde se pueda hacer una evaluación continua
- Antecedentes de hipertensión, cuando no pueda tomarse la tensión arterial (incluyendo hipertensión relacionada al embarazo)
- Antecedentes de ictericia durante el uso de AOC en el pasado
- Patología de vesícula (en curso o en tratamiento médico)
- Edad 35 o más y tiene migraña sin aura
- Menor de 35 y tiene episodios de migraña sin aura que aparecen o empeoran durante el uso de AOC
- Tuvo cáncer de mama más de 5 años atrás y no ha vuelto a aparecer
- Diabetes por más de 20 años o daño a las arterias, visión, riñones, o sistema nervioso causado por diabetes
- Múltiples factores de riesgo de arteriopatía cardiovascular, tales como edad mayor, tabaquismo, diabetes e hipertensión
- Toma barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina, rifabutina, ritonavir o inhibidores de proteasa con ritonavir. Debe usar también un método anticonceptivo de respaldo ya que estos medicamentos reducen la eficacia de los AOC.
- Toma lamotrigina. Los métodos hormonales combinados podrían reducir la eficacia de lamotrigina.

Anticonceptivos orales combinados para mujeres con VIH

- Las mujeres pueden utilizar AOC con seguridad, aunque estén infectadas con VIH, tengan SIDA o estén recibiendo terapia antirretroviral (ARV) a menos que en la terapia se administre ritonavir. Ritonavir podría reducir la eficacia de los AOC. (Ver Criterios médicos de elegibilidad, p. 329.)
- Urja a estas mujeres a utilizar condones junto con los AOC. Los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS cuando son utilizados de manera consistente y correcta. Los condones brindan protección anticonceptiva adicional para mujeres en terapia ARV.

Administración de anticonceptivos orales combinados

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede empezar a utilizar AOC en cualquier momento que lo desee si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la Lista de verificación de embarazo (ver p. 372). En cualquier momento se le puede administrar AOC a una mujer y decirle cuándo debe comenzar a tomarlos.

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Tiene ciclos menstruales o sustituye un método sin hormonas

En cualquier momento del mes

- Si comienza dentro de los 5 días de empezar la menstruación, no precisa método de respaldo.
- Si han pasado 5 días desde el comienzo de su menstruación, puede comenzar AOC en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo* los primeros 7 días de estar tomando píldoras. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, suminístrele AOC ahora y dígame que comience a tomarlos durante su próxima menstruación.)
- Si se está cambiando de un DIU, podrá comenzar con AOC inmediatamente (ver DIU de cobre, Sustituir el DIU por otro método, p. 148).

Sustituir el método hormonal

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta, o si de otro modo existe certeza razonable de que no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si está dejando los inyectables, puede comenzar a tomar AOC cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.

Lactancia exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Suminístrele AOC y dígame que empiece a tomarlos 6 meses después del parto o cuando la leche materna no sea más el alimento principal del bebé— lo que ocurra primero.

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

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Lactancia exclusiva o casi exclusiva (continuación)

Más de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido su menstruación, puede iniciar AOC en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no esté embarazada. Precisa un método de respaldo los primeros 7 días en que tome la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOC y dígame que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)
- Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOC de la manera indicada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver página anterior).

Lactancia parcial

Menos de 6 semanas después del parto

- Déle AOC y dígame que empiece a tomarlos 6 semanas después del parto.
- Déle, también un método de respaldo para que use hasta las 6 semanas del parto si su menstruación se restablece antes de entonces.

Más de 6 semanas después del parto

- Si su menstruación no se ha restablecido, puede iniciar AOC en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada[†]. Precisa un método de respaldo los primeros 7 días en que tome la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOC y dígame que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)
- Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOC de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver página anterior).

No está amamantando

Menos de 4 semanas después del parto

- Puede comenzar con AOC en cualquier momento entre los días 21 y 28 después del parto. Sumínistrelle píldoras en cualquier momento para que empiece a tomarlas durante esos 7 días. No necesita un método de respaldo. (Si corre riesgo adicional de TVP, espere 6 semanas. Ver p. 6, Pregunta 2.)

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

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

No está amamantando (continuación)

Más de 4 semanas después del parto

- Si su menstruación no ha vuelto puede iniciar AOC en cualquier momento si hay una certeza razonable de ausencia de embarazo[†]. Precisa un método de respaldo los primeros 7 días de la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOC y dígame que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)
- Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOC de la manera indicada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver p. 10).

Sin menstruación (no relacionado con parto o lactancia)

- Puede comenzar en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Requerirá método de respaldo para los primeros 7 días de tomar la píldora.

Después de pérdida de embarazo, o aborto

- Inmediatamente. Si comienza dentro de los 7 días después de un aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, no precisa método de respaldo.
- Si han pasado más de 7 días de un aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, ella podrá comenzar AOC en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no esté embarazada[†]. Precisa un método de respaldo para los primeros 7 días tomando la píldora. (si no está razonablemente seguro, suminístrele ahora los AOC y dígame que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)

Después de tomar píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

- La mujer puede comenzar a tomar AOC el día siguiente a dejar de tomar las PAE. No necesita esperar su próxima menstruación para empezar con sus píldoras.
 - Una nueva usuaria de AOC deberá empezar una nueva caja de píldoras.
 - Una usuaria continua que debió utilizar PAE debido a errores al tomar la píldora puede continuar con su caja actual donde dejó.
 - Todas necesitarán un método de respaldo para los primeros 7 días de la píldora.

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

Asesoramiento sobre los efectos secundarios

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

Describa los efectos secundarios más comunes

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

Dé una explicación sobre estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.
- La mayoría de ellos disminuye o desaparece en los primeros meses de usar AOC.
- Si bien son comunes, algunas mujeres no los presentan.

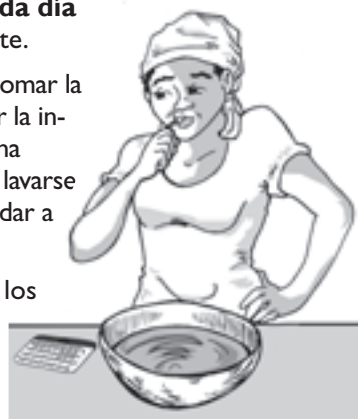
Explique qué hacer en caso de efectos secundarios

- Siga tomando los AOC. Si se saltea alguna píldora corre riesgo de embarazo y puede empeorar algunos efectos secundarios.
- La ingesta de la píldora todos los días a la misma hora ayuda a reducir el sangrado irregular y a no olvidarla.
- Tome la píldora con las comidas o al acostarse para reducir o evitar las náuseas.
- La usuaria puede volver a consultar si le preocupan los efectos secundarios.



Explique cómo utilizarlas

- 1. Suministre las píldoras**
 - Suministre tantas cajas como sea posible— incluso como para un año (13 cajas).
- 2. Explique cómo es la caja de las píldoras**
 - Muestre el tipo de blister—21 ó 28 píldoras. Con los paquetes de 28 píldoras, señale que las últimas 7 píldoras son de distinto color y no contienen hormonas.
 - Muestre cómo sacar la primera píldora de su envase y luego cómo seguir la dirección de las flechas del blister para tomar las píldoras restantes.
- 3. Dé la información clave**
 - **Tome una píldora cada día** hasta terminar el paquete.
 - Sugiera cómo conviene tomar la píldora a diario. El asociar la ingesta de la píldora con una actividad diaria — como lavarse los dientes — puede ayudar a recordar.
 - Tomar la píldora todos los días a la misma hora ayuda a recordar. También puede ayudar a reducir algunos efectos colaterales.
- 4. Explique cómo comenzar un paquete nuevo**
 - Paquete de 28 píldoras: Al terminar un paquete, deberá tomar la primera pastilla del siguiente paquete al día siguiente.
 - Paquete de 21 píldoras: Después de tomar la última píldora del paquete, deberá esperar 7 días -no más- para tomar la primera píldora del nuevo paquete.
 - Es muy importante empezar el nuevo paquete en el momento correcto. La demora en empezarlo conlleva riesgo de embarazo.
- 5. Suministre un método de respaldo y explique su uso**
 - Algunas veces la mujer podrá necesitar usar un método de respaldo, por ejemplo si olvida tomar sus píldoras.
 - Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Si es posible, suminístrele condones.



Apoyo a la usuaria

Manejo de omisión de píldoras

Es fácil olvidar una píldora o tomarla tarde. Las usuarias de AOC deberán saber qué hacer si olvidan tomar la píldora. **Si una mujer omite tomar una o más píldoras deberá seguir las instrucciones siguientes.** Use la herramienta de la contratapa interior para dar las instrucciones a la usuaria.

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

Mensaje clave	<ul style="list-style-type: none"> • Tome la píldora hormonal omitida lo antes posible. • Siga tomando las píldoras como siempre, una cada día. (Puede tomar dos píldoras al mismo tiempo o en el mismo día.)
¿Omitió 1 ó 2 píldoras? ¿Empezó un paquete nuevo 1 ó 2 días tarde?	<ul style="list-style-type: none"> • Tome una píldora hormonal lo antes posible. • Bajo o ningún riesgo de embarazo.
¿Omitió píldoras 3 o más días consecutivos durante la primera o segunda semana?	<ul style="list-style-type: none"> • Tome una píldora hormonal lo antes posible. • Use un método de respaldo los próximos 7 días. • También puede, si tuvo sexo en los últimos 5 días, considerar PAE (ver Píldoras anticonceptivas de emergencia, p. 45).
¿Omitió 3 o más píldoras en la tercera semana?	<ul style="list-style-type: none"> • Tome una píldora hormonal lo antes posible. • Termine todas las píldoras hormonales del paquete. Descarte las 7 píldoras no hormonales del paquete de 28 píldoras. • Comience un nuevo paquete al día siguiente. • Use un método de respaldo los próximos 7 días. • Si tuvo sexo en los últimos 5 días también puede considerar PAE (ver Píldoras anticonceptivas de emergencia, p. 45).
¿Omitió alguna píldora no hormonal? (últimas 7 del paquete de 28 píldoras)	<ul style="list-style-type: none"> • Descarte la(s) píldora(s) no hormonal(es) omitida(s). • Siga tomando AOC, una por día. Comience el nuevo paquete como siempre.
Vómitos severos o diarrea	<ul style="list-style-type: none"> • Si vomita en un plazo de 2 horas después de haber tomado la píldora, tome otra píldora del paquete lo antes posible, y luego siga tomando las píldoras como siempre. • Si tiene vómitos o diarrea durante más de 2 días, siga las instrucciones arriba mencionadas para los casos en que se omiten 3 o más píldoras.

[‡] Para píldoras con 20 µg o menos estrógeno, las mujeres que omitan una píldora deberán seguir las mismas instrucciones para quienes omitieron una o dos píldoras de 30–35 µg. Las mujeres que omitan 2 o más píldoras deberán seguir las mismas instrucciones que quienes omitieron 3 o más píldoras de 30–35 µg.

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

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

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

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

Programación de la próxima visita

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

Ayuda a usuarias continuas

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algo para comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Sumínstrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de problemas, pág. siguiente).
3. Pregúntele si habitualmente tiene problemas para acordarse de tomar la píldora cada día. En caso afirmativo, analice formas de recordarlo, de subsanar píldoras omitidas, y PAE, o la elección de otro método.
4. Sumínstrele más cajas de píldoras—provisión para un año entero (13 cajas), si es posible. Planifique su próxima visita de reaprovisionamiento para antes que necesite más píldoras.
5. En lo posible controle la tensión arterial aproximadamente cada año, (ver Criterios médicos de elegibilidad, pregunta 5, p. 7).
6. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema nuevo de salud desde su última visita. Aborde los problemas si corresponde. Para problemas nuevos de salud que puedan requerir cambiar de método, ver p. 19.
7. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga el control necesario.



Manejo de problemas

Problemas informados como efectos secundarios o problemas del uso

Pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas por efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los AOC. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Anímela a seguir tomando una píldora por día aunque presente efectos secundarios. La omisión de píldoras puede acarrear riesgo de embarazo y empeorar algún efecto colateral.
- Muchos efectos secundarios remiten después de unos pocos meses de uso. Si los efectos secundarios persisten, de ser posible, pruebe con otra formulación de AOC por un mínimo de 3 meses.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o si los problemas no logran superarse.

Omisión de píldoras

- Ver Manejo de omisión de píldoras, p. 15.

Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados que molesta a la usuaria)

- Tranquilícela diciéndole que muchas mujeres que utilizan AOC presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.
- Otras causas posibles de sangrado irregular incluyen:
 - Omisión de píldoras
 - Ingesta de las píldoras siempre a distinta hora
 - Vómitos y diarrea
 - Ingesta de anticonvulsivantes o rifampicina (ver Comienzo de tratamiento con anticonvulsivantes o rifampicina, p. 20)
- Para reducir el sangrado irregular:
 - Aconséjele tomar la píldora todos los días y a la misma hora.
 - Enséñele a compensar las píldoras omitidas de manera correcta, también después de vomitar si tiene diarrea (ver Manejo de omisión de píldoras, p. 15).
 - Se puede lograr un alivio modesto y breve con 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, u otro antiinflamatorio no esteroideo (AINE), comenzando cuando empiece el sangrado irregular. Los AINEs alivian un poco los sangrados irregulares en los implantes, inyectables de progestágeno solo y DIU y pueden además servir con los AOC.
 - Si ha estado tomando la píldora por más de unos pocos meses y no mejora con los AINEs, indique otra formulación de AOC que se encuentre disponible. Solicítele probar la nueva píldora durante un mínimo de 3 meses.

- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no conexas con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, pág. sig.).

No hay menstruación

- Pregúntele si está teniendo algún sangrado. (Puede presentar simplemente una pequeña mancha en su prenda interior y no reconocerla como menstruación.) Si es así, tranquilícela.
- Manifiéstele que algunas mujeres que utilizan AOC dejan de tener menstruación y que esto no es malo. No es necesario sangrar todos los meses. Es como no menstruar durante el embarazo. Ella no es infértil. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de no menstruar.)
- Pregúntele si ha estado tomando una píldora cada día. Si es así, tranquilícela de que es improbable que esté embarazada. Puede continuar tomando su AOC como antes.
- ¿Se ha saltado el descanso de 7 días entre las cajas (envases de 21 días) o las 7 píldoras no hormonales (envases de 28 días)? Si es así, manifiéstele que no está embarazada. Puede seguir utilizando AOC.
- Si ha omitido las píldoras hormonales o ha empezado tarde un nuevo paquete:
 - Puede seguir utilizando AOC.
 - Dígale a una mujer que ha omitido 3 o más píldoras o que ha comenzado un nuevo paquete 3 o más días tarde que vuelva si presenta signos y síntomas de inicio de embarazo (ver p. 371 Signos y síntomas comunes de embarazo).
 - Ver en la p. 15 las instrucciones para compensar la omisión de píldoras.

Cefaleas comunes (no migrañosas)

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

Náuseas o mareos

- Para las náuseas, sugiera tomar los AOC al acostarse o con las comidas.

Si los síntomas continúan:

- Considere remedios disponibles localmente.
- Considere el uso prolongado si las náuseas aparecen después de empezar un nuevo paquete de píldoras (ver Uso prolongado y continuo de anticonceptivos orales combinados, p. 21).

Sensibilidad en los senos

- Recomiéndele el uso de un corpiño firme (incluso para actividades intensas o para dormir).
- Pruebe compresas frías o calientes.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Cambios de peso

- Revise la dieta y aconseje según sus necesidades.

Cambios de humor o del deseo sexual

- Algunas mujeres presentan cambios de humor durante la semana que no reciben hormonas (los 7 días en que no toman píldoras hormonales). Considere el uso prolongado (ver Uso prolongado y continuo de anticonceptivos orales combinados, p. 21).
- Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, como cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.
- Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser remitidas para recibir atención correspondiente.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Acné

- En general, el acné mejora con el uso de los AOC, pero puede empeorar en unas pocas mujeres.
- Si ha estado tomando píldoras durante más de unos pocos meses y el acné persiste, suminístrele, si hay, otra formulación de AOC. Indíquela que pruebe la nueva píldora un mínimo de 3 meses.
- Considere remedios disponibles localmente.

Nuevos problemas que pueden requerir cambiar de método

Pueden ser debidos al método o no.

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

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

Comienzo de tratamiento anticonvulsivante, rifampicina, rifabutina o ritonavir

- La administración de barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina, rifabutina y ritonavir podría disminuir la eficacia de los AOC. Los métodos hormonales combinados, incluidas las píldoras combinadas y los inyectables mensuales, podrían disminuir la eficacia de lamotrigina. Si debe usar estos medicamentos a largo plazo, tal vez prefiera usar otro método, como los inyectables de progestágeno solo o un DIU-LNG o de cobre.
- Si usa estos medicamentos a corto plazo, puede utilizar un método de respaldo junto con los AOC para mayor protección del embarazo.

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

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

Circunstancias que le impiden caminar durante una semana o más

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

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

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

Sospecha de embarazo

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

Uso prolongado y continuo de anticonceptivos orales combinados

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

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

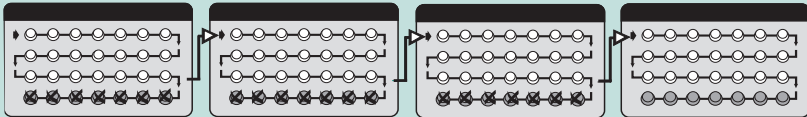
Beneficios del uso prolongado y continuo

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

Desventajas del uso prolongado y continuo

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

Instrucciones para el uso prolongado



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

Instrucciones para el uso continuo

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

Preguntas y respuestas sobre los anticonceptivos orales combinados

1. ¿Debe la mujer tomar un “descanso” de los AOC antes de tomarlos durante determinado plazo?

No. No existe evidencia de que sirva “descansar”. De hecho, tomar un “descanso” de AOC puede conducir a un embarazo no deseado. Los AOC se pueden usar de manera segura durante muchos años sin tener que dejar de tomarlos periódicamente.

2. Si una mujer ha estado tomando AOC durante un tiempo prolongado, ¿seguirá protegida de un embarazo si deja de tomarlos?

No. La mujer está protegida sólo mientras se encuentra tomando sus píldoras regularmente.

3. ¿Cuánto se demora en quedar embarazada después de dejar de tomar AOC?

Las mujeres que dejan de tomar AOC pueden quedar embarazadas tan rápido como las que dejan de usar métodos no hormonales. Los AOC no retrasan el retorno de la fertilidad de la mujer después de que deja de tomarlos. El patrón de sangrado que tenía la mujer antes de comenzar a tomar AOC en general se recupera al dejar de tomarlos. Algunas mujeres deberán esperar algunos pocos meses para recuperar su patrón de sangrado.

4. ¿Los AOC causan abortos?

No. La investigación sobre los AOC ha hallado que no interrumpen un embarazo en curso. No deben ser utilizados para intentar provocar un aborto. No lo harán.

5. ¿Los AOC causan defectos de nacimiento? ¿Se producirá daño al feto si una mujer toma AOC por accidente estando embarazada?

No. Hay buenas evidencias que muestran que los AOC no provocan defectos de nacimiento y no dañan de ningún modo al feto si una mujer queda embarazada tomando AOC o comienza a tomar AOC accidentalmente cuando ya está embarazada.

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

No. La mayoría de las mujeres no ganan ni pierden peso debido a los AOC. El peso cambia naturalmente al tiempo que cambian las circunstancias de la vida y la edad de la gente. Al ser estos cambios de peso tan comunes, muchas mujeres creen que los AOC causan esos aumentos o pérdidas de peso. Sin embargo, los estudios encuentran que, en promedio, los AOC no afectan el peso. Unas pocas mujeres experimentan cambios súbitos de peso al usar AOC. Estos cambios se revierten al dejar de tomar AOC. No se sabe por qué estas mujeres responden a los AOC de esta manera.

7 . ¿Los AOC modifican el humor o el deseo sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres que usan AOC plantean estas quejas. Sin embargo, la mayoría de las usuarias de AOC no refieren tales cambios y algunas manifiestan que tanto el humor como el deseo sexual mejoran. Resulta difícil determinar si tales cambios se deben a los AOC o alguna otra razón. El proveedor puede ayudar a las usuarias con estos problemas (ver Cambios del humor o del deseo sexual, p. 19). No existe evidencia de que los AOC afecten el deseo sexual de la mujer.

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

El proveedor puede señalar que tanto las usuarias de AOC como las mujeres que no usan AOC pueden tener cáncer de mama. En estudios científicos, el cáncer de mama fue ligeramente más común en mujeres que usan o utilizaron AOC en los 10 años anteriores que entre otras mujeres. Los científicos no saben si los AOC realmente son la causa de ese ligero aumento del cáncer de mama. Es posible que los cánceres estuvieran allí antes del uso de AOC, pero que se los detectara más rápidamente en usuarias de AOC (ver Datos objetivos sobre anticonceptivos orales combinados y cáncer, p. 4).

9. ¿Se puede utilizar los AOC como pruebas de embarazo?

No. La mujer puede presentar algún sangrado vaginal (un “sangrado por supresión”) al recibir ciertos AOC o un ciclo entero de AOC, pero los estudios sugieren que esta práctica no identifica con precisión quién está embarazada y quién no. Por tanto, para decir si una mujer está embarazada no se recomienda darle AOC para ver si sangra. No se debe dar AOC a una mujer a modo de prueba de embarazo porque los resultados no son exactos.

10. ¿Hay que hacerse un examen de pelvis antes de empezar a tomar AOC o en las consultas de seguimiento?

No. Lo que sí generalmente ayuda a alcanzar una certeza razonable de que la mujer no está embarazada es hacer las preguntas correctas (ver Lista de verificación del embarazo, p. 372). No hay ninguna patología que se pueda detectar en un examen pélvico que contraindique el uso de AOC.

11. ¿Puede una mujer con venas varicosas usar AOC?

Sí. Los AOC son seguros para mujeres con várices. Las venas varicosas son vasos sanguíneos agrandados próximos a la piel de la superficie. No son peligrosas. No son coágulos sanguíneos, ni son esas las venas profundas de la pierna donde los coágulos sanguíneos pueden ser peligrosos (trombosis venosa profunda). Una mujer que tenga o haya tenido una trombosis de vena profunda no debe usar AOC.

12. ¿Puede una mujer tomar AOC de manera segura toda la vida?

Sí. No existe una edad mínima ni máxima para el uso de AOC. Los AOC pueden ser un método apropiado para la mayoría de las mujeres desde la primera menstruación (menarca) a la menopausia (ver Mujeres próximas a la menopausia, p. 272).

13. ¿Pueden las fumadoras utilizar AOC con seguridad?

Las mujeres de menos de 35 años que fuman pueden utilizar AOC de baja dosis. Las mujeres de 35 años y más que fuman deberían elegir un método sin estrógeno o, si fuman menos de 15 cigarrillos diarios, inyectables mensuales. Las mujeres mayores que fuman, si prefieren las píldoras, pueden tomar píldoras de progestágeno solo. Debe urgirse a todas las mujeres fumadoras a dejar de fumar.

14. ¿Qué hacer si una usuaria quiere usar AOC pero la lista de verificación de embarazo no da una certeza razonable de que no esté embarazada?

Si no se dispone de pruebas de embarazo se le puede suministrar AOC para que se los lleve a casa con instrucciones de empezar a usarlos dentro de los 5 días del inicio de su menstruación. Hasta entonces deberá usar un método de respaldo.

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

Sí. Una mujer puede tomar AOC como PAE, lo antes posible, pero no más allá de los 5 días después de haber tenido sexo sin protección (ver Formulaciones y posología de las píldoras para la anticoncepción de emergencia, p. 56). Sin embargo, las píldoras de progestágeno solo son más eficaces y producen menos efectos secundarios, tales como náuseas o malestar estomacal.

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

Las píldoras monofásicas proveen la misma cantidad de estrógeno y progestágeno en cada píldora hormonal. Las píldoras bifásicas y trifásicas cambian la cantidad de estrógeno y progestágeno en distintos puntos del ciclo de la píldora. En las píldoras bifásicas, las 10 primeras píldoras tienen una dosificación, y luego las 11 píldoras siguientes tienen otro nivel de estrógeno y progestágeno. En las píldoras trifásicas, las primeras 7 píldoras más o menos tienen una dosificación, las 7 píldoras siguientes tienen otra dosificación, y las últimas 7 píldoras hormonales tienen aún otra. Todas evitan el embarazo de igual modo. Las diferencias en cuanto a sus efectos secundarios, eficacia y continuación parecen ser ligeras.

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

Sí, por 2 razones. Algunos efectos secundarios pueden verse reducidos tomando la píldora todos los días a la misma hora. Además, tomar la píldora todos los días a la misma hora puede ayudar a la mujer a acordarse de tomarlas de manera más sistemática. Asociar el tomar la píldora con una actividad diaria ayuda a la mujer a acordarse de tomar su píldora.

Píldoras de progestágeno solo

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

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Tome una píldora todos los días.** No hay descansos entre los paquetes.
- **Es seguro para las mujeres que amamantan y para sus bebés.** Las píldoras de progestágeno solo no afectan la producción de leche.
- **Se suma al efecto anticonceptivo de la lactancia.** Juntos proveen una protección eficaz en la prevención del embarazo.
- **Los cambios en el sangrado son frecuentes pero no son perjudiciales.** En general, la píldora prolonga la duración de la falta de menstruación de la mujer que amamanta. Para mujeres que menstrúan, es común ver sangrado frecuente o irregular.
- **Se las puede suministrar a la mujer en cualquier momento para que empiece a tomarlas más tarde.** Si no se puede descartar el embarazo, el proveedor puede suministrar las píldoras para que la mujer las tome luego, cuando comience su menstruación.

¿En qué consisten las píldoras de progestágeno solo?

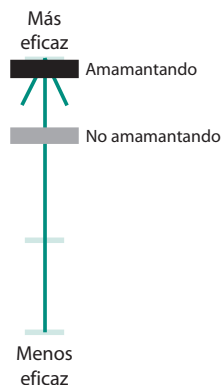
- Son píldoras que contienen dosis muy bajas de un progestágeno igual que la progesterona natural presente en la mujer.
- No contienen estrógeno y por tanto, se pueden utilizar durante la lactancia y son aptas para mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.
- Las píldoras que sólo contienen progestágeno también se conocen como “minipíldoras” y anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP).
- En principio funciona haciendo lo siguiente:
 - Engrosando la mucosa cervical (bloquea la llegada del espermatozoide al óvulo)
 - Distorsiona el ciclo menstrual, incluyendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)

¿Qué tan eficaces son?

La eficacia depende de la usuaria: Para mujeres que menstrúan, aumenta el riesgo de embarazo si se retrasa o saltea por completo la ingesta de la píldora.

Mujeres que amamantan:

- Tal como se utilizan habitualmente, se produce aproximadamente 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año. Quiere decir que 99 de cada 100 mujeres no se embarazan.
- Cuando se toma las píldoras todos los días, se ve menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año (3 por cada 1000 mujeres).



Menos eficaz para mujeres que no están amamantando:

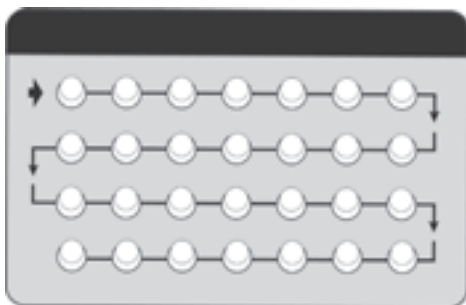
- Tal como se utilizan habitualmente, se producen aproximadamente 3 a 10 embarazos por 100 mujeres que usan AOP en el primer año. Quiere decir que de 90 a 97 de cada 100 mujeres no se embarazan.
- Al tomar la píldora todos los días a la misma hora hay menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año (9 por cada 1000 mujeres).

Recuperación de la fertilidad después de interrumpir AOP: Sin Demora

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

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

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



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (ver Manejo de problemas, p. 38)

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

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

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

- Cefaleas
- Mareos
- Cambios de humor
- Sensibilidad en los senos
- Dolor abdominal
- Náuseas

Otros cambios físicos posibles:

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

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Corrigiendo malentendidos (ver, también: Preguntas y respuestas, p. 42)

Píldoras de progestágeno solo:

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

Quién puede y quién no puede usar píldoras de progestágeno solo

Seguras y aptas para casi todas las mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar AOPs de manera segura y eficaz, incluso aquellas que:

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

La mujer puede comenzar a utilizar AOPs:

- Sin realizarse un examen pélvico
- Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio
- Sin realizarse un tamizaje de cáncer cervical
- Sin realizarse un examen de mama



Criterios médicos de elegibilidad para

Píldoras de progestágeno solo

Realice a la usuaria las preguntas a continuación sobre afecciones médicas conocidas. No se necesitan exámenes ni pruebas. Si responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar con AOP si lo desea. Si responde “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, igual puede comenzar con AOPs.

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

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

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

- NO **SI** Si presenta enfermedad hepática activa grave (ictericia, cirrosis severa, tumor hepático), no le indique AOPs. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

- NO **SI** Si informa tener un coágulo sanguíneo actual (no coágulos superficiales) y no está recibiendo terapia anticoagulante, no le suministre AOPs. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

- NO **SI** Si está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina, rifabutina o ritonavir, no le suministre AOPs. Estos medicamentos pueden reducir la eficacia de los AOP. Ayúdela a elegir otro método que no sea anticonceptivos orales combinados.

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

- NO **SI** no le dé AOPs. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria vaya a utilizar. Además, señale cualquier condición por la cual no se deba aconsejar el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

En casos especiales usar el juicio clínico

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

- Amamantando y menos de 6 semanas desde el parto
- Coágulo sanguíneo agudo en venas profundas de piernas o pulmones
- Tuvo cáncer de mama más de 5 años atrás, que no ha recidivado
- Infección, tumor o enfermedad hepática severa
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)
- Está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina, rifabutina, ritonavir o inhibidores de proteasa con ritonavir. Se debe utilizar un método anticonceptivo de respaldo porque estos medicamentos reducen la eficacia de los AOP.

Píldoras de progestágeno solo para mujeres con VIH

- Las mujeres pueden usar AOPs con seguridad aunque estén infectadas con VIH, tengan SIDA, o estén recibiendo terapia antirretroviral (ARV), a menos que su terapia incluya ritonavir. Ritonavir podría reducir la eficacia de los AOP. (Ver Criterios médicos de elegibilidad, p. 329.)
- Recomiende a estas mujeres que utilicen condones junto con los AOP. Los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS cuando son utilizados de manera sistemática y correcta. Además, los condones brindan protección anticonceptiva adicional para mujeres en terapia ARV.
- Para prácticas apropiadas de lactancia en mujeres con VIH, ver Salud materna y del recién nacido: prevención de la transmisión materno – infantil del VIH, p.294.



Suministro de píldoras de progestágeno solo

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede empezar a utilizar anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP) en cualquier momento que lo desee si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la Lista de verificación de embarazo (ver p. 372). Además, se le puede administrar AOPs a una mujer en cualquier momento diciéndole cuándo debe comenzar a tomarlos.

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Lactancia exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si el parto fue hace menos de 6 semanas, suminístrele AOPs y dígame que empiece a tomarlos a las 6 semanas después del parto.
- Si su menstruación no ha vuelto, puede comenzar con AOPs en cualquier momento entre las 6 semanas y los 6 meses. No necesita un método de respaldo.
- Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOPs del modo señalado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver p. 33).

Más de 6 meses después del parto

- Si su menstruación no ha vuelto, puede comenzar con AOPs en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. La mujer requerirá un método* de respaldo para los primeros 2 días en que tome la píldora. (Si usted no está razonablemente seguro, suminístrele ahora los AOP y dígame que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)
- Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOPs del modo señalado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver p. 33).

Lactancia parcial

Menos de 6 semanas después del parto

- Suminístrele AOPs y dígame que empiece a tomarlas 6 semanas después de haber tenido el parto.
- Suminístrele además un método de respaldo para que use hasta las 6 semanas después del parto si su menstruación vuelve antes de ese momento.

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

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Lactancia parcial (continuación)

Más de 6 semanas después del parto

- Si su menstruación no se ha restablecido, puede iniciar AOPs en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada[†]. La mujer requerirá un método de respaldo para los primeros 2 días que tome la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOP y dígame que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)
 - Si su menstruación se ha restablecido, puede comenzar con AOPs del modo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver página siguiente).
-

No está amamantando

Menos de 4 semanas después del parto

- Puede comenzar con AOPs en cualquier momento. No necesita un método de respaldo.
-

Más de 4 semanas después del parto

- Si su menstruación no se ha restablecido, puede iniciar AOPs en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada[†]. La mujer necesitará un método de respaldo para los primeros 2 días que tome la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOP y dígame que empiece a tomarlos durante su próximo sangrado.)
 - Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOPs del modo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver pág. siguiente).
-

Sustituir un método hormonal

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o si, de no ser así, existe certeza razonable de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar su próxima menstruación. No necesita método de respaldo.
 - Si está dejando los inyectables, puede empezar a tomar AOPs cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No necesita método de respaldo.
-

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

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Está teniendo sus ciclos menstruales o sustituye un método no hormonal

En cualquier momento del mes

- Si comienza dentro de los 5 días de empezar la menstruación, no necesita un método de respaldo.
- Si han pasado 5 días del comienzo de su menstruación, puede comenzar AOPs en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. La mujer requerirá un método de respaldo los primeros 2 días de estar tomando píldoras. (Si Ud. no puede estar razonablemente seguro, suminístrele AOPs ahora y dígame que comience a tomarlos durante su próxima menstruación.)
- Si está sustituyendo un DIU, puede comenzar con AOPs inmediatamente (ver DIU de cobre, cambio de un DIU a otro método, p. 148).

Sin menstruación (no relacionado con parto o lactancia)

- Puede comenzar en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Requerirá método de respaldo para los primeros 2 días de tomar la píldora.

Después de un aborto, o pérdida de embarazo

- Inmediatamente. Si está comenzando dentro de los 7 días después de un aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, no necesita método de respaldo.
- Si han pasado más de 7 días del aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, podrá comenzar AOPs en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. La mujer requerirá un método de respaldo los primeros 2 días que tome la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOP y dígame que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)

Después de tomar píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

- La mujer puede comenzar a tomar AOPs al día siguiente de dejar de tomar las PAE. No necesita esperar su próxima menstruación para empezar con sus píldoras.
 - Una nueva usuaria de AOPs deberá empezar una nueva caja de píldoras.
 - Una usuaria continua que debió utilizar PAE debido a errores al tomar la píldora puede continuar con su caja actual donde la dejó.
 - Todas necesitarán un método de respaldo los primeros 2 días que tome la píldora.

Asesoramiento sobre los efectos secundarios

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

Describa los efectos secundarios más comunes

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

Dé una explicación sobre estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.
 - La mayoría de ellos disminuye o desaparece en los primeros meses de usar AOPs.
 - Si bien son comunes, algunas mujeres no los presentan.
-

Explique qué hacer en caso de efectos secundarios

- Siga tomando los AOP. Si se saltea alguna píldora corre riesgo de embarazo y pueden empeorar algunos efectos secundarios.
 - Tome la píldora con las comidas o al acostarse para ayudar a evitar las náuseas.
 - La usuaria puede volver a consultar si le molestan los efectos secundarios.
-



Explique cómo utilizarlos

- 1. Suministre las píldoras**
 - Suministre tantas cajas como sea posible — incluso como para un año (11 ó 13 cajas).
- 2. Explique cómo es la caja de las píldoras**
 - Muestre el tipo de blister —28 ó 35 píldoras.
 - Explique que todas las píldoras de la caja de AOPs son del mismo color y que son todas píldoras activas, que contienen una hormona que evita el embarazo.
 - Muestre cómo sacar la primera píldora del envase y luego cómo seguir la dirección de las flechas del blister para tomar las píldoras restantes.
- 3. Dé la información clave**
 - **Tome una píldora todos los días**—hasta terminar el paquete.
 - Sugiera cómo conviene tomar la píldora a diario. Asociar la ingesta de la píldora con una actividad diaria — como lavarse los dientes — puede ayudar a recordarlo.
 - También sirve acostumbrarse a tomar la píldora todos los días a la misma hora.
- 4. Explique cómo empezar una nueva caja**
 - Al terminar un paquete, deberá tomar la primera pastilla del próximo paquete al día siguiente.
 - Es muy importante empezar el nuevo paquete en el momento correcto. La demora en empezarlo conlleva riesgo de embarazo.
- 5. Suministre un método de respaldo y explique su uso**
 - Algunas veces, la mujer posiblemente necesite usar un método de respaldo, por ejemplo si olvida tomar sus píldoras.
 - Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Si es posible, suminístrele condones.
- 6. Explique que su eficacia disminuye al dejar de amamantar**
 - Sin la protección propia de la lactancia, los AOP no son tan eficaces como la mayoría de los otros métodos hormonales.
 - Al suspender la lactancia, la mujer podrá seguir tomando AOPs si está satisfecha, o será bienvenida si vuelve a consultar por otro método.



Apoyo a la usuaria

Manejo de omisión de píldoras

Es fácil olvidar una píldora o tomarla tarde. Las usuarias de AOP deberán saber qué hacer si olvidan tomar la píldora. **Si una mujer toma una píldora con un retraso de 3 o más horas (retraso de 12 o más horas tomando AOP que contiene desogestrel 75 mg) o si la omite por completo, deberá seguir las instrucciones que se presentan a continuación.** Para las mujeres que están amamantando, el riesgo de embarazo al omitir una píldora depende de si su menstruación se ha restablecido o no.



Compensación de píldoras de progestágeno solo omitidas

Mensaje clave

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

¿Tiene su menstruación en forma regular?

- Si es así, la mujer deberá utilizar un método de respaldo los 2 días siguientes.
- También puede, si tuvo sexo en los últimos 5 días, considerar PAE (ver Píldoras anticonceptivas de emergencia, p. 45).

Vómitos o diarrea severos

- Si vomita en un plazo de 2 horas después de haber tomado la píldora, tome otra píldora del paquete lo antes posible, y luego siga tomando las píldoras como siempre.
- Si sus vómitos o diarrea continúan, siga las instrucciones de más arriba para compensar las píldoras omitidas.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

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

- Ha dejado de amamantar y quiere cambiar a otro método.
- Para la mujer que tiene su menstruación: si tomó una píldora 3 o más horas tarde o si la omitió completamente y además tuvo sexo durante ese tiempo, puede considerar PAE (ver Píldoras anticonceptivas de emergencia, p. 45).
Consejo general de salud: Dígale a la mujer que si siente repentinamente que algo está muy mal con su salud, deberá consultar inmediatamente a un médico o enfermero. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa situación, pero debe comunicarle al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Programación de la próxima visita

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

Ayuda a usuarias continuas

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



Manejo de problemas

Problemas manifestados como efectos secundarios o problemas del uso

Pueden deberse al método o no.

- Los problemas por efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los AOP. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela, y si corresponde, trátela.
- Anímela a seguir tomando una píldora por día aunque presente efectos secundarios. La omisión de píldoras puede acarrear riesgo de embarazo y empeorar algún efecto colateral.
- Muchos efectos secundarios disminuyen después de unos pocos meses de uso. Si los efectos secundarios persisten, de ser posible, pruebe con otra formulación de AOPs durante un mínimo de 3 meses.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o si los problemas no logran superarse.

Sin menstruación

- Mujeres que están amamantando:
 - Manifiéstele que esto es normal durante el embarazo. No es malo.
- Mujeres que no están amamantando:
 - Manifiéstele que algunas mujeres que utilizan AOPs dejan de tener menstruación y que esto no es malo. No es necesario perder sangre todos los meses. Es como no menstruar durante el embarazo. La mujer no es infértil. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de liberarse de su menstruación.)

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

- Tranquilízela diciéndole que muchas mujeres que utilizan AOPs presentan sangrado irregular—estén amamantando o no. (La lactancia de por sí puede causar sangrado irregular.) No es perjudicial y en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso. Sin embargo, algunas mujeres tienen sangrado irregular durante todo el tiempo en que toman AOPs.
- Otras causas posibles de sangrado irregular incluso:
 - Vómitos o diarrea
 - Ingesta de anticonvulsivantes o rifampicina (ver Comienzo de tratamiento con anticonvulsivantes, rifampicina, rifabutina o ritonavir p. 41)
- Para reducir el sangrado irregular:
 - Enséñele a compensar las píldoras omitidas de manera correcta, incluso después de vomitar o de una diarrea (ver Manejo de omisión de píldoras, p. 36).
 - Se puede lograr un alivio modesto y breve con 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, u otro antiinflamatorio no esteroideo (AINE), comenzando cuando empiece el sangrado irregular. Los AINE alivian un poco los sangrados irregulares en los implantes, inyectables de progestágeno solo, DIU y pueden además servir asociadas a los AOP.

- Si ha estado tomando la píldora por más de unos pocos meses, y no mejora con los AINE, indique otra formulación de AOP que se encuentre disponible. Pídale que pruebe la nueva píldora durante un mínimo de 3 meses.
- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no conexas con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, pág. 41.)

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

- Manifiéstele que algunas mujeres que utilizan AOPs experimentan sangrado abundante o prolongado. Comúnmente no es perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses.
- Se puede lograr un alivio modesto y breve con AINEs, empezando cuando comience el sangrado abundante. Pruebe con los mismos tratamientos que usa para sangrados irregulares (ver página anterior).
- Para ayudar a prevenir la anemia, sugiérale tomar suplementos de hierro y trásmítale la importancia de ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carnes y aves (en especial carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hojas verdes y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).
- Si el sangrado abundante o prolongado continúa o se presenta después de varios meses de sangrado normal o sin menstruación, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no conexas con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 41.)

Omisión de píldoras

- Ver Manejo de omisión de píldoras, p. 36.

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso de AOPs debe ser evaluada.

Cambios de humor o del deseo sexual

- Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, tales como cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.
- Algunas mujeres experimentan depresión en el año después del parto. Esto no guarda relación con los AOP. Las usuarias que presentan cambios de humor graves, tales como depresión mayor, deben ser remitidas a otro servicio para que reciban atención correspondiente.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Sensibilidad en los senos

- Mujeres que están amamantando:
 - Ver Salud materna y del recién nacido, mamas dolorosas, p. 295.
- Mujeres que no están amamantando:
 - Recomiéndele el uso de un corpiño firme (incluso para actividades intensas o para dormir).
 - Pruebe compresas frías o calientes.
 - Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
 - Considere medicamentos disponibles localmente.

Dolor intenso en el abdomen inferior

- El dolor abdominal puede deberse a diversos problemas, como folículos ováricos agrandados o quistes.
 - La mujer puede continuar utilizando los AOP durante su evaluación y tratamiento.
 - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos agrandados a menos que aumenten de tamaño de manera anormal, se tuerzan o estallen. Asegúrele a la usuaria que normalmente desaparecen por sí solos. Para asegurarse de que el problema se está resolviendo, vuelva a verla en 6 semanas, si es posible.
- En caso de dolor abdominal intenso, esté particularmente alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que si bien es raro y no es causado por los AOP, puede presentar riesgo de muerte (ver p. 44, Pregunta 12).
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico, los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero a la larga pueden volverse graves. La combinación de estos signos o síntomas debería aumentar la sospecha de embarazo ectópico:
 - Dolor o sensibilidad abdominal inusuales
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si se trata de un cambio en su patrón de sangrado
 - Debilidad o sensación de mareo
 - Desmayos
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave, remita a la mujer para su inmediato diagnóstico y tratamiento. (Para obtener más información sobre el embarazo ectópico, ver Esterilización femenina, manejo del embarazo ectópico, p. 179.)

Náuseas o mareos

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

Nuevos problemas que pueden requerir cambiar de método

Pueden o no deberse al método.

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

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

Comienzo de tratamiento con anticonvulsivantes, rifampicina, rifabutina o ritonavir

- Los barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina, rifabutina y ritonavir podrían disminuir la eficacia de los AOP. Si debe usar estos medicamentos a largo plazo, tal vez prefiera usar otro método, como los inyectables de progestágeno solo o un DIU-LNG o de cobre.
- Si utiliza estos medicamentos a corto plazo, podrá utilizar un método de respaldo junto con los AOP.

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

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

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

- Dígale que suspenda los AOP.
- Sumínístrele un método de respaldo para que use mientras se evalúa su condición.
- Si todavía no se encuentra bajo atención, remítala para su diagnóstico y tratamiento.

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

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

Sospecha de embarazo

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

Preguntas y respuestas sobre las píldoras de progestágeno solo

1. ¿Puede una mujer que está amamantando usar AOPs con seguridad?

Sí. Ésta es una buena elección para la mujer que esté amamantando y quiera usar píldoras. Los AOP son seguros tanto para la madre como para el bebé, comenzando tan pronto como a las 6 semanas después del parto. No afectan la producción de leche.

2. ¿Qué debe hacer una mujer cuando deja de amamantar a su bebé? ¿Puede seguir tomando AOPs?

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

3. ¿Los AOP causan defectos de nacimiento? ¿Le hace mal al feto si una mujer accidentalmente toma AOPs estando embarazada?

No. Existe buena evidencia que muestre que los AOP no causan defectos de nacimiento y no perjudican de ninguna manera al feto si la mujer queda embarazada durante su uso de AOPs o si accidentalmente toma AOPs estando embarazada.

4. ¿Cuánto se demora en quedar embarazada después de dejar de tomar AOPs?

Las mujeres que dejan de tomar AOPs pueden quedar embarazadas tan rápido como las que dejan de usar métodos no hormonales. Los AOP no retrasan el retorno de la fertilidad de la mujer después de que deja de tomarlos. En general, el patrón de sangrado que tenía la mujer antes de comenzar a tomar AOPs regresa luego de que deja de tomarlos. Algunas mujeres deberán esperar algunos pocos meses para que su patrón de sangrado regrese.



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

Probablemente no, en especial si está amamantando. Si ha estado tomando sus píldoras diariamente, probablemente no esté embarazada y puede seguir tomándolas. Si después de manifestarle esto, sigue preocupada, puede ofrecérsele, si hay disponible, una prueba de embarazo, o puede remitirse para que la haga. Si le preocupa no tener la menstruación, puede servirle cambiar de método, pasando a uno que no sean los inyectables de progestágeno solo.

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

Sí. Todas las píldoras del paquete de AOPs contienen la hormona que evita el embarazo. Si la mujer no toma una píldora todos los días—especialmente si no está amamantando—puede quedar embarazada. (Las últimas 7 píldoras del paquete de 28 píldoras de anticonceptivos orales combinados no son activas. No contienen hormonas.)

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

Sí, por 2 razones. Los AOP contienen hormona en muy pequeña cantidad y tomar la píldora más de 3 horas tarde (más de 12 horas tarde con AOPs que contienen desogestrel 75 mg) podría disminuir su eficacia para aquellas mujeres que no están amamantando. (Las mujeres que están amamantando tienen la protección adicional frente al embarazo que les suministra el estar amamantando, por lo que tomar las píldoras con retraso no resulta tan riesgoso.) Además, tomar la píldora todos los días a la misma hora puede ayudar a la mujer a acordarse de tomarlas de manera más sistemática. Para ayudar a recordar, también sirve asociar la toma de la píldora con una actividad diaria.

8. ¿Los AOP provocan cáncer?

No. Hay pocos estudios de gran tamaño sobre AOPs y cáncer, pero los estudios de menor tamaño sobre AOPs son tranquilizadores. Los estudios de mayor tamaño de los implantes no han demostrado ningún aumento del riesgo de cáncer. Los implantes contienen hormonas similares a las usadas en los AOP, y durante los primeros años de uso de implante tienen casi el doble de dosificación.

9. ¿Pueden usarse los AOP como píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) después del sexo sin protección?

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

10. ¿Los AOP modifican el humor o el deseo sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres que usan AOPs manifiestan estas quejas. Sin embargo, la mayoría de las usuarias de AOPs no refieren esos cambios, y algunas manifiestan que de hecho mejoran tanto el humor como el deseo sexual. Resulta difícil determinar si tales cambios se deben a los AOP o alguna otra razón. El proveedor puede ayudar a las usuarias que presentan estos problemas (ver Cambios de humor o del deseo sexual, p. 39). No existe evidencia de que los AOP afecten el comportamiento sexual de la mujer.

11. ¿Qué hay que hacer si una usuaria de AOPs tiene un quiste de ovario?

La mayoría de los quistes no son realmente quistes sino estructuras del ovario llenas de líquido (folículos) que siguen creciendo más allá del tamaño normal en el ciclo menstrual. Pueden producir algún leve dolor abdominal, pero únicamente requieren tratamiento cuando se vuelven demasiado grandes, o presentan torsión o estallido. En general, estos folículos desaparecen sin tratamiento (Ver Dolor intenso en el abdomen inferior, p. 40).

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

No. Al contrario, los AOP reducen el riesgo de embarazo ectópico. El embarazo es inusual entre las usuarias de AOPs. La tasa de embarazos ectópicos entre mujeres que utilizan AOPs es de 48 por 10.000 mujeres por año. En los EE.UU., la tasa de embarazos ectópicos entre mujeres que utilizan métodos anticonceptivos es de 65 por 10.000 mujeres por año.

En las raras ocasiones en que los AOP fallan y se produce el embarazo, 5 a 10 de cada 100 de esos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayor parte de los embarazos luego de fallar los AOP no son ectópicos. Aún así, el embarazo ectópico puede significar riesgo de vida, por lo que el proveedor deberá estar advertido de que el embarazo ectópico es posible en caso de fallar los AOP.

Píldoras anticonceptivas de emergencia

Puntos clave para proveedores y usuarias

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

¿Qué son las píldoras anticonceptivas de emergencia?

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

¿Qué píldoras pueden ser utilizadas como píldoras anticonceptivas de emergencia?

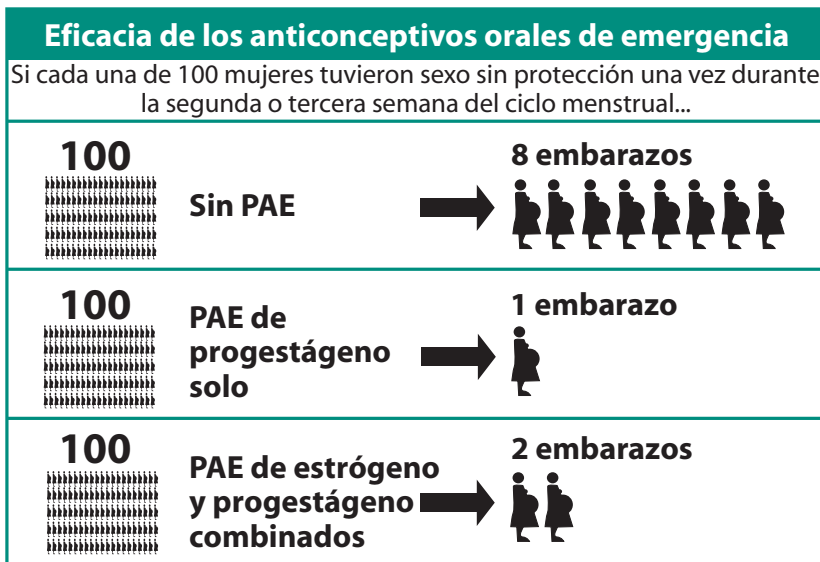
- Un producto PAE especial con levonorgestrel solo, o una combinación de estrógeno y levonorgestrel, o acetato de ulipristal
- Un producto PAE especial que contenga estrógeno y levonorgestrel
- Píldoras que contienen progestágeno solo, con levonorgestrel o norgestrel
- Anticonceptivos orales combinados que contienen estrógeno y un progestágeno— levonorgestrel, norgestrel, o noretindrona (también llamada noretisterona)

¿Cuándo tomarlas?

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

¿Qué tan eficaces son?

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



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

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (ver Manejo de problemas, p. 53)

Algunas usuarias relatan:

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

En la semana después de tomar PAE:

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

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

[‡] Las mujeres que utilizan PAE con formulaciones de progestágeno solo son menos proclives a presentar náuseas y vómitos que las mujeres que utilizan formulaciones de PAE con estrógeno y progestágeno.

Corregir malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 54)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia:

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

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

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

Quienes pueden utilizar la píldora anticonceptiva de emergencia

Seguras y aptas para casi todas las mujeres

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

Criterios médicos de elegibilidad para

Píldoras anticonceptivas de emergencia

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

Administración de píldoras anticonceptivas de emergencia

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

Cuándo utilizarlas

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

Las PAE son apropiadas en muchas situaciones

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

- Sexo forzado (violación) o coaccionado
- Todo sexo sin protección
- Errores en la anticoncepción, tales como:
 - Se utilizó incorrectamente el condón, éste se salió o rompió
 - La pareja utilizó incorrectamente un método de observación de la fertilidad (por ejemplo, omitió abstenerse o usar otro método durante los días fértiles)
 - El hombre no se retiró, como estaba previsto, antes de eyacular
 - La mujer omitió 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas, o comenzó un nuevo paquete con 3 o más días de demora
 - El DIU se salió de sitio
 - La mujer tiene más de 4 semanas de retraso en la inyección de repetición de AMPD, más de 2 semanas de retraso en la inyección de repetición de NET-EN, o más de 7 días de retraso en la inyección de repetición mensual



Información posológica

Para productos específicos y cantidad de píldoras a suministrar, ver Formulaciones y posologías de las píldoras, p. 56.

Tipo de píldora	Posología total a suministrar
Producto especialmente diseñado que sólo contiene levonorgestrel	<ul style="list-style-type: none">● 1.5 mg de levonorgestrel en una única dosis.[§]
Producto especialmente diseñado que contiene estrógeno-progestágeno	<ul style="list-style-type: none">● 0.1 mg de etinil estradiol + 0.5 mg de levonorgestrel. Seguir con la misma dosis 12 horas más tarde.
Píldoras de progestágeno solo, con levonorgestrel o norgestrel	<ul style="list-style-type: none">● Píldoras con levonorgestrel: 1.5 mg de levonorgestrel en una única dosis● Píldoras con norgestrel: 3 mg de norgestrel en una única dosis.
Anticonceptivos orales combinados (estrógeno progestágeno) que contienen levonorgestrel, norgestrel, o noretindrona	<ul style="list-style-type: none">● Píldoras con estrógeno y levonorgestrel: 0.1 mg de etinil estradiol + 0.5 mg de levonorgestrel. Seguido de la misma dosis 12 horas más tarde.● Píldoras con estrógeno y norgestrel: 0.1 mg de etinil estradiol + 1 mg de norgestrel. Seguir con la misma dosis 12 horas más tarde.● Píldoras con estrógeno y noretindrona: 0.1 mg de etinil estradiol + 2 mg de noretindrona. Seguir con la misma dosis 12 horas más tarde.
Producto dedicado con acetato de ulipristal	<ul style="list-style-type: none">● 30 mg de acetato de ulipristal en una única dosis.

Administración de píldoras anticonceptivas de emergencia

1. Suministre las píldoras	<ul style="list-style-type: none">● Las puede tomar enseguida.● Si utiliza un régimen de 2 dosis, dígame que tome la siguiente dosis en 12 horas.
2. Describa los efectos secundarios más comunes	<ul style="list-style-type: none">● Náuseas, dolor abdominal, tal vez otros.● Sangrado leve o alteraciones de los tiempos de la menstruación.● Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.

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

3. Explique qué hacer en caso de efectos secundarios

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

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

- De ser posible, dele más PAE para que se lleve a su casa por si los necesita en el futuro.
- Ver Planificación de anticoncepción continua a continuación

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

No es necesario que la mujer vuelva para una consulta de rutina. Sin embargo, transmítale a cada usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver, y también si:

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

Planificación de la anticoncepción continua

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

Cuándo comenzar la anticoncepción luego del uso de PAE

Método	Cuándo comenzar
Anticonceptivos orales combinados, píldoras de progestágeno solo, parche combinado, anillo vaginal combinado	<p>Puede comenzar al día siguiente de tomar las PAE. <i>No necesita esperar su próxima menstruación.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Anticonceptivos orales y anillo vaginal:<ul style="list-style-type: none">– Las nuevas usuarias deben comenzar una nueva caja de píldoras o un nuevo anillo.– Una usuaria continua que requirió PAE debido a un error puede retomar el uso como antes.• Parche:<ul style="list-style-type: none">– Toda usuaria debe comenzar un nuevo parche.• Toda mujer debe usar método de respaldo* los primeros 7 días de usar su método.
Inyectables de progestágeno solo	<ul style="list-style-type: none">• Puede comenzar los inyectables de progestágeno solo el mismo día de las PAE, o si lo prefiere, dentro de los 7 días después del comienzo de la menstruación. Necesitará un método de respaldo para los primeros 7 días luego de la inyección. La mujer debe retornar si presenta signos o síntomas de embarazo más allá de no tener menstruación (ver p. 371 por signos comunes y síntomas de embarazo).
Inyectables mensuales	<ul style="list-style-type: none">• Puede comenzar con inyectables mensuales el mismo día de PAE. No es necesario esperar la próxima menstruación para recibir la inyección. Necesitará un método de respaldo los 7 días siguientes a la inyección.
Implantes	<ul style="list-style-type: none">• Después de restablecida la menstruación. Déle un método de respaldo o anticonceptivos orales para usar hasta entonces, comenzando el día después que finalice las PAE.
Dispositivo intrauterino (DIU de cobre u hormonal)	<ul style="list-style-type: none">• Puede usarse un DIU de cobre como método anticonceptivo de emergencia. Es una buena opción para la mujer que quiere un DIU como método a largo plazo (ver DIU de cobre, p. 131).• Si la mujer decide usar un DIU después de la PAE, puede colocarse el DIU el mismo día en que toma la PAE. No requiere método de respaldo.

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

Método	Cuándo comenzar
Condomes masculino y femenino, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales, retiro	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Método de los Días Fijos: Con el comienzo de su próxima menstruación. • Métodos basados en los síntomas: Una vez restablecidas las secreciones normales. • Déle un método de respaldo o anticonceptivos orales para usar hasta que pueda comenzar con el método de su elección.

Apoyo a la usuaria

Manejo de problemas

Problemas informados como efectos secundarios o fallos del método

Pueden, o no, deberse al método.

Sangrado irregular leve

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

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

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



Preguntas y respuestas sobre las píldoras anticonceptivas de emergencia

1. ¿Las PAE interrumpen un embarazo en curso?

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

2. ¿Las PAE causan defectos de nacimiento? ¿Le hace mal al feto si una mujer toma PAE sin querer durante su embarazo?

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

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

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

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

Hay muchos anticonceptivos orales combinados (estrógeno-progestágeno) y píldoras de progestágeno solo que se pueden usar como PAE. Se pueden usar todas las píldoras que contienen hormonas para anticoncepción de emergencia—levonorgestrel, norgestrel, noretindrona y estos progestágenos junto con estrógeno (etinil estradiol)—. (Ver: Formulaciones y posología de las píldoras para la anticoncepción de emergencia, p. 56, ejemplos de las píldoras que se pueden utilizar.)

5. ¿Es seguro tomar 40 ó 50 píldoras de progestágeno solo como PAE?

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

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

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

7. ¿Son seguras las PAE para adolescentes?

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

8. ¿Puede usar PAE con seguridad una mujer que no puede usar anticonceptivos orales combinados (estrógeno – progestágeno) o píldoras de progestágeno solo como métodos de uso permanente?

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

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

No. A la fecha ninguna evidencia sugiere que las PAE incrementen el riesgo de embarazo ectópico. Los estudios realizados en todo el mundo sobre PAE de progestágeno solo, incluyendo una revisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, no han encontrado tasas de embarazo ectópico más altas después de fallar las PAE que las encontradas entre los embarazos en general.

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

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

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

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

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

12. Si una mujer compra PAE sin receta, ¿puede usarlas correctamente?

Sí. Tomar las PAE es sencillo y no requiere supervisión médica. Los estudios muestran que las mujeres jóvenes y adultas encuentran que la etiqueta y las instrucciones son fáciles de entender. En muchos países, las PAE están aprobadas para ventas sin receta o para uso sin receta.

Formulaciones y posología de las píldoras para la anticoncepción de emergencia

Tipo de hormona y píldora	Formulación	Nombres de marcas comunes	Píldoras a ingerir	
			al principio	12 horas después
Progestágeno solo				
PAE Especiales de progestágeno solo	1.5 mg LNG	An Ting 1.5, Anlitin 1.5, Bao Shi Ting, D-Sigyent 1, Dan Mei, Emkit DS, Emkit Plus, Escapel, Escapel-1, Escapelle, Escapelle 1.5, Escinor 1.5, Glanique 1, Hui Ting 1.5, i-pill, Impreviat 1500, Jin Yu Ting, Jin Xiao, Ka Rui Ding, Ladiades 1.5, Levonelle 1500, Levonelle-1, Levonelle One Step, Levonorgestrel Biogaran 1500, Mergynex Plus, Nogestrol 1, Norgestrel Max Unidosis, NorLevo 1.5, Ovulol UD, Plan B One Step, PostDay 1, Postinor-1, Postinor 1.5, Postinor 1500, Postinor 2 SD, Postinor-2 Unidosis, Postinor New, Postinor Uno, Pozato Uni, Pregnon 1.5, Prikul 1, Secufem Plus, Securite UD, Silogen 1.5, Tace 1.5, Tibex 1.5, Unlevo 1500, Unofem, Velor 1.5, Vikela, Xian Ju	1	0
	0.75 mg LNG	Ai Wu You, Alterna, An Ting 0.75, Anthia, Auxxil, Bao Shi Ting (Postinor-2), Ceciara T, Contraplan II, D-Sigyent, Dan Mei, Dia-Post, Dia-Post Gold, Diad, Duet, E Pills, EC, ECee2, ECP, Escinor 0.75, Emergyn, Emkit, Escapel-2, Estinor, Evital, Evitarem, Glanique, Glanix, Gynotrel 2, Hui Ting, Imediat, Imediat-N, Impreviat 750, Jin Xiao, L Novafem, Ladiades 0.75, Le Ting, Lenor 72, Levogynon, Levonelle, Levonelle-2, LNG-Method 5, Longil, Madonna, Me Tablet, Minipil 2, Next Choice, Nogestrol, Nogravide, Norgestrel-Max, NorLevo 0.75, Nortrel 2, Novanor 2, Nuo Shuang, Optinor, Ovocease, Ovulol, P2, Pilem, Pill 72, Pillex, Plan B, Poslov, PostDay, Postinor, Postinor-2, Postinor Duo, Postpill, Pozato, PPMS, Pregnon, Prevemb, Preventol, Prevyol, Prikul, Pronta, Rigesoft, Safex, Secufem, Seguidet, Sécurité, Silogin 0.75, Smart Lady (Pregnon), Tace, Tibex, Velor 72, Vermagest, Vika, Yi Ting, Yu Ping, Yu Ting, Zintemore	2	0

LNG = levonorgestrel EE = etinil estradiol

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

Tipo de hormona y píldora	Formulación	Nombres de marcas comunes	Píldoras a ingerir	
			al principio	12 horas después
Píldoras de progestágeno solo	0.03 mg LNG	28 Mini, Follistrel, Microlut, Microlut 35, Microluton, Microval, Mikro-30, Norgeston, Nortrel	50*	0
	0.0375 mg LNG	Neogest, Norgeal	40*	0
	0.075 mg norgestrel	Minicon, Ovrette	40*	0
Estrógeno y progestágeno				
PAE Especiales con estrógeno y progestágeno	0.05 mg EE + 0.25 mg LNG	Control NF, Fertilan, Tetragynon	2	2
Anticonceptivos orales combinados (estrógeno - progestágeno)	0.02 mg EE + 0.1 mg LNG	Alesse, Anulette 20, April, Aviane, Femexin, Leios, Lessina, Levlite, Loette, Loette-21, Loette-28, Loette Suave, LoSeasonique, Lovette, Lowette, Lutera, Microgynon 20, Microgynon Suave, Microlevlen, Microlite, Miranova, Norvetal 20, Sronyx	5	5
	0.03 mg EE + 0.15 mg LNG	Anna, Anovulatorios Microdosis, Anulette CD, Anulit, Charlize, Ciclo 21, Ciclon, Combination 3, Confiance, Contraceptive L.D., Eugynon 30ED, Familia-28, Femigoa, Femranette mikro, Follimin, Gestrelan, Gynatrol, Innova CD, Jolessa, Lady, Levlen, Levlen 21, Levlen 28, Levonorgestrel Pill, Levora, Logynon (take ochre pills only), Lorsax, Ludéal Gé, Mala-D, Microfemin, Microfemin CD, Microgest, Microgest ED, Microgyn, Microgynon, Microgynon-21, Microgynon-28, Microgynon-30, Microgynon 30ED, Microgynon CD, Microgynon ED, Microgynon ED 28, Microsoft CD, Microvlar, Minidril, Minigynon, Minigynon 30, Minivlar, Mithuri, Monofeme, Neomonovar, Neovletta, Noclicin, Nordet, Nordette, Nordette 150/30, Nordette-21, Nordette-28, Norgylene, Norvetal, Nouvelle Duo,	4	4

LNG = levonorgestrel EE = etinil estradiol

Tipo de hormona y píldora	Formulación	Nombres de marcas comunes	Píldoras a ingerir	
			al principio	12 horas después
Anticonceptivos orales combinados (estrógeno - progestágeno) <i>(continuación)</i>	0.03 mg EE + 0.15 mg LNG	Ologyn-micro, Ovoplex 3, Ovoplex 30/50, Ovranet, Ovranette, Ovranette 30, Perle Ld, Portia, Primafem, Quasense, R-den, Reget 21+7, Riget, Rigevidon, Rigevidon 21, Rigevidon 21+7, Roselle, Seasonale, Seasonique, Seif, Sexcon, Stediril 30, Suginor	4	4
	0.03 mg EE + 0.125 mg LNG	Enpresse, Minisiston, Mono Step, Trivora, Trust Pills	4	4
	0.05 mg EE + 0.25 mg LNG	Contraceptive H.D., Control, D-Norginor, Denoval, Denoval-Wyeth, Duoluton, Duoluton L, Dystrol, Evanor, Evanor-d, FMP, Follinette, Neogentrol, Neogynon, Neogynon 21, Neogynon 50, Neogynon CD, Neogynona, Neovlar, Noral, Nordiol, Nordiol 21, Normamor, Novogyn 21, Ogestrel, Ologyn, Ovidon, Ovoplex, Ovran, Stediril-D	2	2
	0.03 mg EE + 0.3 mg norgestrel	Anulette, Cryselle, Lo-Femenal, Lo-Gentrol, Low-Ogestrel, Lo/Ovral, Lo-Rondal, Minovral, Min-Ovral, Segura	4	4
	0.05 mg EE + 0.5 mg norgestrel	Anfertil, Eugynon, Eugynon CD, Femenal, Jeny FMP, Ovral, Planovar, Stediril	2	2
Acetato de ulipristal				
PAE especiales con acetato de ulipristal	30 mg acetato de ulipristal	ella, ellaOne	1	0

LNG = levonorgestrel EE = etinil estradiol

Fuentes: El sitio Web sobre anticoncepción de emergencia, el Directorio de anticonceptivos hormonales de la Federación Internacional de Planificación de la Familia y el Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia

Inyectables de progestágeno solo

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Los cambios en el sangrado son comunes pero no hacen daño.** Lo habitual es que haya sangrados irregulares los primeros meses y luego no hay sangrado menstrual.
- **Volver por las inyecciones con regularidad.** Para una óptima eficacia, es importante volver cada 3 meses (13 semanas) en el caso de las AMPD o cada 2 meses para las NET-EN.
- **La inyección puede administrarse hasta con 4 semanas de retraso en el caso del AMPD, o con 2 semanas de retraso en el caso de NET-EN.** La usuaria debe regresar aunque sea más tarde.
- **El aumento gradual de peso es común.**
- **Con frecuencia hay una demora en el restablecimiento de la fertilidad.** En promedio, la mujer demora unos meses más en quedar embarazada luego de interrumpir los inyectables de progestágeno solo, comparado con otros métodos.

¿Qué son los inyectables de progestágeno solo?

- Cada uno de los anticonceptivos inyectables, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y enantato de noretisterona (NET-EN) contiene un progestágeno igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer. (En cambio, los inyectables mensuales contienen tanto estrógeno como progestágeno. Ver Inyectables mensuales, p. 81.)
- No contienen estrógeno, por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.
- AMPD, el inyectable de progestágeno solo de mayor uso es conocido también como “the shot,” “the jab,” la inyección, Depo, Depo-Provera, Megestron y Petogen.



- NET-EN es conocido también como enantato de noretisterona, Noristerat y Syngest. (Para ver las diferencias entre AMPD y NET-EN, remitirse a Comparación de inyectables, p. 359.)
- Se administra mediante inyección en el músculo (inyección intramuscular). La hormona se libera entonces lentamente en el flujo sanguíneo. Hay otra formulación de AMPD que puede inyectarse justo debajo de la piel (inyección subcutánea). Ver Nueva formulación de AMPD, p. 63.
- Funcionan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

¿Qué tan eficaces son?

La eficacia depende de que las inyecciones se reciban con regularidad: El riesgo mayor de embarazo se da cuando la mujer omite una inyección.

- Tal como se utilizan comúnmente, se producen aproximadamente 3 embarazos en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año.
- Cuando la mujer recibe sus inyecciones a tiempo, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año (3 por cada 1000 mujeres).

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

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (ver Manejo de problemas, p. 75)

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, incluso con AMPD:
 - 3 primeros meses:
 - Sangrado irregular
 - Sangrado prolongado
 - Al año:
 - Ausencia de menstruación
 - Sangrado infrecuente
 - Sangrado irregular
- 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.
- Aumento de peso (ver Pregunta 4, p. 78)
- Cefaleas
- Mareos
- Distensión y molestia abdominal
- Cambios de humor
- Disminución del impulso sexual



Otros posibles cambios físicos:

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

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

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

Beneficios conocidos para la salud

AMPD

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- Cáncer del revestimiento uterino (cáncer endometrial)
- Fibromas uterinos

Puede ayudar a proteger contra:

- Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática
- Anemia por deficiencia de hierro

Reduce:

- Crisis de anemia falciforme en las mujeres con anemia falciforme
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)

NET-EN

Ayuda a proteger contra:

- Anemia por deficiencia de hierro

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Ninguno

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

Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 78)

Los inyectables de progestágeno solo:

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

Suministro de anticonceptivos inyectables en la comunidad

Cada vez más mujeres solicitan anticonceptivos inyectables. Este método es más fácil de adquirir cuando se ofrece tanto en la comunidad como en las clínicas.

En una consulta técnica de la OMS realizada en el año 2009, se analizó la evidencia y la experiencia programática y se concluyó que “el suministro comunitario de los anticonceptivos inyectables de progestágeno solo por parte de trabajadores de la salud comunitarios capacitados debidamente, es seguro, eficaz y aceptable” para las usuarias.

Los proveedores comunitarios de inyectables también deberían poder realizar el tamizaje de las usuarias para determinar su estado de embarazo y su elegibilidad médica. Además, deberían poder administrar inyecciones de manera segura e informar a las mujeres sobre el retorno atrasado de su fertilidad y los efectos secundarios comunes, como sangrado irregular, ausencia de sangrado mensual y aumento de peso. Asimismo, deberían estar capacitados para asesorar a las mujeres en cuanto a su elección de métodos, incluidos los métodos disponibles en la clínica. Todos los proveedores de inyectables necesitan capacitación específica basada en el desempeño y supervisión con apoyo para realizar estas tareas.

Si es posible, es deseable verificar la tensión arterial antes de que la mujer inicie el uso de inyectables (ver p. 65, pregunta 3). Sin embargo, en casos donde existe alto riesgo de embarazo y se dispone de muy pocos métodos más, no es necesario medir la tensión arterial.

Para tener éxito, los proveedores en las clínicas y los proveedores comunitarios deben trabajar muy conjuntamente. Los programas varían, pero éstas son algunas de las maneras en que los proveedores en las clínicas pueden apoyar a los proveedores comunitarios: atender los efectos secundarios (ver pp. 75–77), usar su criterio clínico respecto a la elegibilidad médica en casos especiales (ver p. 67), descartar el embarazo en mujeres con más de 4 semanas de retraso para la inyección de AMPD o 2 semanas de retraso para NET-EN; además, deben responder a cualesquiera inquietudes que tengan las usuarias remitidas a ellos por los proveedores comunitarios.

La clínica puede también servir de “base” para los proveedores comunitarios, es decir, un lugar donde puedan acudir para reabastecimiento, supervisión, capacitación y asesoría, así como para entregar sus registros.

Nueva formulación de AMPD

Un nuevo tipo de jeringa prellenada, de uso único, podría ser de particular utilidad para suministrar AMPD en la comunidad. Estas jeringas tienen una aguja corta, diseñada para la inyección subcutánea (es decir, justo debajo de

la piel). Contienen una formulación especial de AMPD, llamada AMPD-SC. Fue creada solo para inyección subcutánea, no para inyección en el músculo. Esta formulación de AMPD está disponible en jeringas convencionales prellenadas y autodestruibles y en el sistema Uniject, en el cual al apretar una bombita se desplaza el líquido por la aguja (ver la siguiente foto). Al igual que con todas las jeringas de uso único, estas jeringas deben colocarse en una caja para la eliminación de objetos punzo-cortantes después de usarse y dicha caja debe desecharse debidamente (ver Prevención de infecciones en la clínica, p. 312).

Quién puede y quién no puede utilizar inyectables de progestágeno solo

Seguro y adecuado para casi todas las mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar inyectables de progestágeno solo de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- De cualquier edad, incluso adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo
- Fumen cigarrillos, independientemente de la edad o de la cantidad de cigarrillos que fumen
- Estén amamantando (comenzando tan pronto como a las 6 semanas después del parto; sin embargo, ver p. 129, Pregunta 8)
- Estén infectadas con VIH, estando o no en terapia antirretroviral (ver Inyectables de progestágeno solo para mujeres con VIH, p. 67)

La mujer puede comenzar a utilizar inyectables de progestágeno solo:

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

Criterios médicos de elegibilidad para

Inyectables de progestágeno solo

Realice a la mujer las preguntas a continuación sobre afecciones médicas conocidas. No se necesitan exámenes ni pruebas. Si la mujer responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar con inyectables de progestágeno solo si lo desea. Si responde “sí” a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar con inyectables de progestágeno solo.

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

- NO **SI** La mujer puede comenzar los inyectables de progestágeno solo ya a las 6 semanas después del parto (ver Lactancia exclusiva o casi exclusiva, o lactancia parcial, p. 69).

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

- NO **SI** Si la mujer presenta enfermedad hepática activa grave (ictericia, cirrosis grave, tumor hepático), no le indique inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

3. ¿Tiene hipertensión?

- NO **SI** Si no le puede controlar la tensión arterial y la mujer tiene antecedentes de hipertensión, déle inyectables con progestágeno solo.

Si es posible, controle la tensión arterial:

- Si está siendo actualmente tratada por hipertensión y se controla adecuadamente, o si su tensión arterial está por debajo de 160/100 mm Hg, déle inyectables de progestágeno solo.
- Si la tensión arterial sistólica es de 160 mm Hg o más alta, o la tensión arterial diastólica es de 100 o más alta, no suministre inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir otro método sin estrógeno.

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

- NO **SI** No suministre inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir otro método sin estrógeno.

(Continúa en la página siguiente)

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

- NO **SI** Si declara infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV, no le dé inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir otro método sin estrógeno. Si informa tener un coágulo sanguíneo (no coágulos superficiales) y no está recibiendo terapia anticoagulante, ayúdela a elegir un método sin hormonas.

6. ¿Presenta sangrado vaginal que no sea habitual en usted?

- NO **SI** Si la mujer presenta un sangrado vaginal inexplicado que pueda sugerir embarazo o alguna patología subyacente, los inyectables de progestágeno solo podrían dificultar el diagnóstico y monitoreo del tratamiento. Ayúdela a elegir un método a utilizar mientras se la evalúa y trata (pero que no sean ni implantes ni un DIU de hormonas o de cobre). Después del tratamiento, evalúe nuevamente el uso de inyectables de progestágeno solo.

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

- NO **SI** No le dé inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

- NO **SI** No le dé inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir otro método sin estrógeno.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria vaya a utilizar. Destaque también cualquier afección por la cual no se deba recomendar el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

En casos especiales usar el juicio clínico

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

- Está amamantando y pasaron menos de 6 semanas desde el parto (considerar los riesgos de otro embarazo y que la mujer posiblemente tenga acceso limitado a inyectables)
- Hipertensión grave (sistólica de 160 mm Hg o más alta, o diastólica de 100 mm Hg o más)
- Coágulo de sangre agudo en venas profundas de piernas o pulmones
- Antecedentes de cardiopatía o cardiopatía actual por arterias bloqueadas o estenosadas (cardiopatía isquémica)
- Antecedentes de accidente CV
- Múltiples factores de riesgo de arteriopatía cardiovascular, tales como diabetes e hipertensión
- Sangrado vaginal inexplicado previo a evaluación por posibles afecciones graves subyacentes
- Se le diagnosticó cáncer de mama hace más de 5 años y no le ha vuelto a aparecer
- Diabetes durante más de 20 años o daño a las arterias, a la vista, los riñones, o el sistema nervioso causado por diabetes
- Patología hepática grave, infección, o tumor hepático
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos) o, si está iniciando el uso de inyectables de progestágeno solo, trombocitopenia grave

Inyectables de progestágeno solo para mujeres con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH, con SIDA, o en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar inyectables de progestágeno solo con seguridad.
- Recomiende a estas mujeres utilizar condones junto con los inyectables de progestágeno solo. Los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS si se utilizan de manera sistemática y correcta.

Administración de inyectables de progestágeno solo

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede empezar a utilizar inyectables de progestágeno solo en cualquier momento que lo desee si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la Lista de verificación de embarazo (ver p. 372).

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Tiene ciclos menstruales o sustituye un método sin hormonas

En cualquier momento del mes

- Si comienza en un plazo de 7 días posteriores al inicio de la menstruación, no precisa método de respaldo.
- Si han pasado 7 días del comienzo de su menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo* los primeros 7 días después de la inyección.
- Si se está cambiando de un DIU, podrá comenzar con inyectables inmediatamente (ver DIU de cobre, Sustituir el DIU por otro método, p. 148).

Sustituir el método hormonal

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o de no ser así, si existe certeza razonable de que no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de método de respaldo.
- Si está sustituyendo otro inyectable, puede comenzar con el nuevo inyectable cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.

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

Lactancia exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si el parto fue hace menos de 6 semanas, postergue su primera inyección hasta que se cumplan por lo menos 6 semanas del parto. (Ver p. 129, Pregunta 8.)
- Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar c/inyectables en cualquier momento entre las 6 semanas y los 6 meses. No precisa método de respaldo.
- Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.

Más de 6 meses después del parto

- Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada[†]. Precisa un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.
- Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.

Lactancia parcial

Menos de 6 semanas después del parto

- Postergue su primera inyección hasta que se cumplan por lo menos 6 semanas después del parto. (Ver p. 129, Pregunta 8.)

Más de 6 semanas después del parto

- Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada[†]. Precisaré un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.
- Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.

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

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

No amamantando

Menos de 4 semanas después del parto

- Puede comenzar con inyectables en cualquier momento. No precisa método de respaldo.

Más de 4 semanas después del parto

- Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada †. Precisaré un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.
- Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver p. 68).

Sin menstruación
(no relacionado con parto o lactancia)

- Puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Precisaré un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.

Después de un aborto o pérdida de embarazo

- Inmediatamente. Si comienza dentro de los 7 días después de un aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, no precisa método de respaldo.
- Si han pasado más de 7 días de un aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, ella podrá comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Precisa un método de respaldo para los primeros 7 días después de la inyección.

Después de tomar píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

- Puede comenzar con inyectables el mismo día de las PAE, o, si lo prefiere, dentro de los 7 días después del inicio de su menstruación. Necesitará un método de respaldo para los primeros 7 días después de la inyección. Deberá volver si presenta signos o síntomas de embarazo además de no tener menstruación (Para Signos y síntomas comunes de embarazo, ver p. 371).

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

Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de administrar la inyección debe brindarse un minucioso asesoramiento sobre las alteraciones del patrón de sangrado y otros efectos secundarios. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir utilizando el método.

Describa los efectos secundarios más comunes

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

Dé una explicación sobre estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.
- Si bien son comunes, algunas mujeres no los presentan.
- La usuaria puede retornar por ayuda si le preocupa algún efecto secundario.

Administración de la inyección

1. Obtenga una dosis de inyectable, aguja y jeringa



- AMPD: 150 mg para inyecciones en el músculo (inyección intramuscular). NET-EN: 200 mg para inyecciones en el músculo.
- Si es posible, utilice viales de dosis única. Verifique la fecha de caducidad. En caso de usar un vial de múltiples dosis, verifique que el vial no tenga pérdidas.
- AMPD: Una jeringa de 2 ml y una aguja intramuscular calibre 21–23.
- NET-EN: Una jeringa de 2 ó 5 ml y una aguja intramuscular calibre 19. También se puede utilizar una aguja más fina (calibre 21–23)
- De haber disponible, utilice, para cada inyección, una jeringa descartable que se inutilice al usar, y aguja de un envase nuevo, sellado (con fecha de caducidad vigente y sin daños).

2. Lave

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

3. Prepare el vial

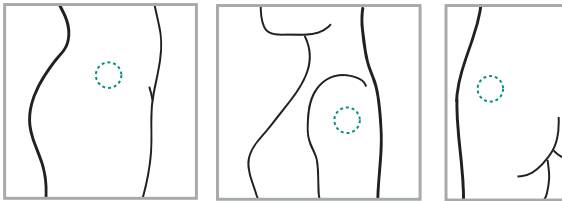
- AMPD: Agite suavemente el vial.
- NET-EN: No es necesario agitar el vial.
- No es necesario limpiar el extremo superior del vial con antiséptico.
- Si el vial está frío, entíbielo a la temperatura cutánea antes de suministrar la inyección.

4. Llene la jeringa

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

5. Inyecte la fórmula

- Inserte profundamente la aguja estéril en la cadera (músculo glúteo), parte superior del brazo (músculo deltoides), o la nalga (músculo glúteo, parte superior externa), según prefiera la mujer. Inyecte el contenido de la jeringa.
- No masajee el sitio de inyección.



6. Elimine de manera segura las jeringas y agujas descartables

- No reduzca, no doble ni rompa las agujas antes de descartarlas.
- Colóquelos en un recipiente para eliminación de elementos punzo-cortantes



- No reutilice jeringas ni agujas. Están diseñadas para ser destruidas después de un uso único. Debido a su forma, son muy difíciles de desinfectar. Por lo tanto, la reutilización puede transmitir enfermedades tales como el VIH y la hepatitis.

- Si se utilizan jeringas y agujas reutilizables, éstas deberán esterilizarse antes de cada uso (ver Prevención de infecciones en la clínica, p. 312).

Apoyo a la usuaria

Dé instrucciones específicas

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

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

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

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

Programación de la próxima inyección

- 1.** Convenga una fecha para su próxima inyección en 3 meses (13 semanas) para AMPD, o en 2 meses (8 semanas) para NET-EN. Analice formas de recordar la fecha, tal vez, asociándola con un día feriado o con otro evento.
- 2.** Pídale que intente regresar a tiempo. En el caso del AMPD, ella puede regresar hasta 4 semanas tarde y aún recibir la inyección. En el caso de NET-EN, puede regresar hasta 2 semanas tarde y aún recibir la inyección. En cualquiera de los dos casos, ya sea AMPD o NET-EN, puede regresar hasta 2 semanas antes de la fecha programada.
- 3.** No importa cuán tarde regrese, ella debe regresar para recibir su próxima inyección. Si regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD o 2 semanas tarde para NET-EN, debe abstenerse de tener sexo, o utilizar condones, espermicidas o coito interrumpido (retiro) hasta que reciba su inyección. Además, si ha tenido sexo en los últimos 5 días sin usar otro método anticonceptivo, puede considerar las píldoras anticonceptivas de emergencia (ver Píldoras anticonceptivas de emergencia, p. 45).

Ayuda a usuarias continuas

Visitas para inyecciones de repetición

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

Manejo de inyecciones tardías

- Si la usuaria regresa menos de 4 semanas tarde para la inyección de repetición del AMPD, o menos de 2 semanas tarde para la inyección de repetición de NET-EN, puede recibir su próxima inyección. No hay necesidad de pruebas, evaluación, o método de respaldo.
- La usuaria que regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD, o más de 2 semanas tarde para NET-EN, puede recibir su próxima inyección si
 - No ha tenido sexo desde 2 semanas después de la fecha en que debiera haberse dado la última inyección, o
 - Ha utilizado un método de respaldo o ha tomado anticonceptivos orales de emergencia (AOE) después de cualquier sexo sin protección desde 2 semanas después de la fecha en que debiera haberse dado la última inyección, o
 - Está alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva y tuvo el parto hace menos de 6 meses.Precisará un método de respaldo los 7 primeros días después de la inyección.
- Si la usuaria regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD, o más de 2 semanas tarde para NET-EN, y no cumple con estos criterios, se pueden tomar pasos adicionales para estar razonablemente seguros de que no está embarazada (ver Otras opciones para evaluar el embarazo, p. 370). Estos pasos son útiles, ya que muchas mujeres que han estado utilizando inyectables de progestágeno solo no tendrán

su menstruación por un mínimo de algunos meses, incluso después de haberlos dejado. Por lo tanto, pedirle que regrese durante su próxima menstruación significa que su próxima inyección podría postergarse innecesariamente. Ella podría quedarse sin protección anticonceptiva.

- Comente las razones por las que la usuaria se retrasó y analice soluciones. Recuérdele que debe continuar intentando regresar cada 3 meses para el AMPD, o cada 2 meses para NET-EN. Si venir en fecha resulta un problema frecuente, considere el uso de un método de respaldo cuando exista atraso en su inyección, como tomar AOE, o la elección de otro método

Manejo de problemas

Problemas comunicados como efectos secundarios

Pueden o no deberse al método.

- Los problemas por efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los inyectables. Hay que prestarles atención. Si la usuaria reporta efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método ahora — si ella lo desea — o si no logra superar los problemas.

No tiene la menstruación

- Manifiéstele que la mayoría de las mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo con el tiempo dejan de tener su menstruación y que eso no es malo. No es necesario sangrar todos los meses. Es como no menstruar durante el embarazo. La mujer no pierde su fertilidad. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de no menstruar.)
- Si le incomoda no tener la menstruación, puede cambiar a inyectables mensuales, si están disponibles.

Sangrado irregular (sangrados en momentos inesperados que preocupan a la usuaria)

- Tranquilícela manifestando que muchas mujeres que usan inyectables de progestágeno solo presentan sangrado irregular. Eso no es malo, y en general disminuye o desaparece después de algunos meses de uso.
- Se puede obtener un alivio modesto y 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, comenzando cuando empiece el sangrado irregular.
- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, después de un tiempo sin menstruación, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, pág. 77).

Aumento de peso

- Revise la dieta y aconseje 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)

- Manifiéstele que algunas mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo experimentan sangrado profuso o prolongado. Eso no es malo, y en general disminuye o desaparece después de algunos meses de uso.
- Se puede obtener un alivio modesto y 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 µg de etinil estradiol a diario, durante 21 días.
- Si el sangrado pone en peligro la salud de la mujer, o si ella lo desea, ayúdela a elegir otro método. Mientras tanto, puede usar uno de los tratamientos descritos anteriormente para facilitar la disminución del sangrado.
- Para ayudar a prevenir la anemia, sugiérale tomar suplementos de hierro y dígale de la importancia de ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carne y ave (en especial carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).
- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado profuso o prolongado, o si aparece cuando ya se había normalizado, después de un tiempo sin menstruación, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacentes no vinculada al uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, página siguiente).

Cefaleas comunes (no migrañosa)

- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Toda cefalea que empeore o aparezca con el uso de inyectables debe ser evaluada.

Cambios de humor o del deseo sexual

- Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su impulso sexual, como cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.
- Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser remitidas para una correcta atención.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Mareos

- Considere medicamentos disponibles localmente.

Nuevos problemas que puedan requerir cambiar de método

Pueden o no deberse al método.

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

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

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

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

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

- No le dé su próxima inyección.
- Déle un método de respaldo para utilizar hasta que se evalúe su condición.
- Si todavía no se está atendiendo remítala para su diagnóstico y tratamiento.

Sospecha de embarazo

- Haga pruebas de detección de embarazo.
- Si se confirma embarazo, suspenda las inyecciones.

Preguntas y respuestas sobre los inyectables de progestágeno solo

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

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

2. Si una mujer no tiene su menstruación utilizando inyectables de progestágeno solo, ¿significa que está embarazada?

Probablemente no, en especial si está amamantando. Eventualmente muchas mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo no tendrán su menstruación. Si ha estado recibiendo sus inyecciones a tiempo, probablemente no esté embarazada y pueda seguir utilizando inyectables. Si después de informada sigue preocupada, puede ofrecérsele una prueba de embarazo, si hay disponible, o se puede remitir para que se la realice. Si le preocupa no tener su menstruación, puede servirle cambiar de método.

3. ¿Son seguros los inyectables de progestágeno solo para la mujer que está amamantando?

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

4. ¿Qué aumento de peso experimenta una mujer que utiliza inyectables de progestágeno solo?

Las mujeres que utilizan AMPD aumentan un promedio de 1 ó 2 kg al año. Parte del incremento de peso puede ser el aumento que se ve habitualmente en las personas al aumentar la edad. Algunas mujeres, en particular las adolescentes con sobrepeso, aumentan mucho más de 1 ó 2 kg al año. Paralelamente, algunas usuarias de inyectables de progestágeno solo pierden peso o no experimentan ningún cambio significativo de peso. En particular, las mujeres asiáticas no tienen tendencia a aumentar de peso con el uso de AMPD.

5. ¿AMPD y NET-EN causan abortos?

No. La investigación sobre inyectables de progestágeno solo concluye que no interrumpen un embarazo en curso. No deberían ser utilizados para causar un aborto. No lo harán.

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

No. Puede haber una demora en recuperar la fertilidad después de interrumpir el uso de inyectables de progestágeno solo, pero con el tiempo la mujer podrá quedar embarazada igual que antes, aunque, la fertilidad de las mujeres disminuye con la edad. Los patrones de sangrado que tenía la mujer antes de utilizar inyectables de progestágeno solo, en general se restablecen algunos meses después de la última inyección, incluso si la mujer no tuvo menstruaciones durante el uso de los inyectables. Algunas mujeres deberán esperar varios meses antes de que se restablezcan sus patrones de sangrado.

7. ¿Cuánto se demora en quedar embarazada después de dejar de utilizar AMPD o NET-EN?

Las mujeres que dejan de utilizar AMPD esperan, en promedio, aproximadamente 4 meses más para quedar embarazadas que las mujeres que utilizaron otros métodos. Esto significa, que quedan embarazadas, en promedio, 10 meses después de su última inyección. Las mujeres que dejan de utilizar NET-EN esperan, en promedio, un mes más para quedar embarazadas que las mujeres que usaron otros métodos, o 6 meses después de su última inyección. Estos son promedios. La mujer no debería preocuparse si no ha quedado embarazada incluso 12 meses después de dejar de usarlos. La cantidad de tiempo que la mujer haya utilizado inyectables no incide en el tiempo que demora en quedar embarazada una vez que deja de usarlos. Después de dejar los inyectables de progestágeno solo, la mujer puede ovular antes de que se restablezca su menstruación—y por tanto, puede quedar embarazada. Si quiere seguir evitando el embarazo, deberá comenzar otro método antes de que se restablezca su menstruación.

8. ¿Los AMPD provocan cáncer?

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

9. ¿Puede cambiar una mujer de un inyectable de progestágeno solo a otro?

El cambio de inyectable es seguro y no reduce la eficacia. Si es necesario cambiar por escasez de suministro, la primera inyección del nuevo inyectable deberá darse en la fecha en que hubiera correspondido la inyección de la formulación anterior. Hay que comunicarle a la usuaria el cambio, el nombre del nuevo inyectable y el régimen de inyecciones.

10. ¿Cómo afectan los AMPD la densidad ósea?

El uso de AMPD reduce la densidad ósea. Sin embargo, la investigación no ha encontrado que las usuarias de AMPD de ninguna edad sean más proclives a tener más fracturas óseas. Para las mujeres en edad reproductiva, la densidad ósea vuelve a aumentar cuando dejan de usar AMPD. Entre mujeres adultas que dejaron de usar AMPD, después de 2 ó 3 años, la densidad ósea parece ser similar a la de las mujeres que nunca utilizaron AMPD. Entre las adolescentes no resulta claro si la pérdida de densidad ósea les impide alcanzar su pico potencial de masa ósea. No existen datos disponibles sobre NET-EN y pérdida ósea, pero se supone que los efectos sean similares a los de AMPD.

11. ¿Los inyectables de progestágeno solo causan defectos de nacimiento? ¿Si una mujer utiliza inyectables de progestágeno solo estando embarazada, le hace daño al feto?

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

12. ¿Los inyectables de progestágeno solo modifican el humor o el impulso sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres se quejan de ello mientras que están utilizando inyectables. Sin embargo, la mayor parte de las usuarias de inyectables no relatan ningún cambio. Resulta difícil determinar si estos cambios se deben a los inyectables de progestágeno solo o a otras razones. El proveedor puede ayudar a las usuarias que presentan estos problemas (ver Cambios del humor o del deseo sexual, p. 76). No hay pruebas de que los inyectables de progestágeno solo afecten el comportamiento sexual de la mujer.

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

En el año 2008, la OMS revisó sus guías basándose en nuevos hallazgos de investigación. Las nuevas guías recomiendan aplicar a la mujer su siguiente inyección de AMPD si regresa hasta 4 semanas tarde, sin necesidad de más evidencia de que no está embarazada. La mujer puede recibir su próxima inyección de NET-EN si regresa hasta 2 semanas tarde. Sin embargo, algunas mujeres regresan aun más tarde para recibir la repetición de su inyección. En esos casos, el proveedor puede utilizar Otras opciones para evaluar el embarazo, p. 370. Independientemente de que la mujer regrese o no tarde para su re-inyección, su próxima inyección de AMPD debe programarse para 3 meses después, o su próxima inyección de NET-EN debe programarse para 2 meses después, como de costumbre.

Inyectables mensuales

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Los cambios en el sangrado son comunes pero no perjudiciales.** Lo habitual es que la menstruación sea más leve, de menor cantidad de días, o que el sangrado sea irregular o infrecuente.
- **Regrese en fecha.** Para una eficacia óptima es importante regresar cada 4 semanas.
- **La inyección puede adelantarse o atrasarse hasta 7 días.** La usuaria debe volver, incluso si es más tarde.

¿Qué son los inyectables mensuales?

- Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas—un progestágeno y un estrógeno— iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno que produce el cuerpo de la mujer. (Los anticonceptivos orales combinados también tienen estos 2 tipos de hormonas.)
- También reciben el nombre de anticonceptivos inyectables combinados, AIC, o “la inyección”.
- La información de este capítulo se aplica al acetato de medroxiprogesterona (AMP)/cipionato de estradiol y al enantato de noretisterona (NET-EN)/valerato de estradiol. La información puede también aplicarse a formulaciones anteriores, sobre las que se sabe menos.
- El AMP/cipionato de estradiol se comercializa bajo los nombres comerciales Ciclofem, Ciclofemina, Cyclofem, Cyclo-Provera, Feminena, Lunella, Lunelle, Novafem, y otros. El NET-EN/valerato de estradiol se comercializa bajo los nombres comerciales Mesigyna y Norigynon.
- Funcionan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

¿Qué tan eficaces son?

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

- Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 3 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año. Esto significa que 97 de cada 100 mujeres que usan inyectables mensuales no quedarán embarazadas.
- Cuando la mujer recibe las inyecciones en fecha, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año (5 por 10.000 mujeres).

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

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna



Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los inyectables mensuales

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



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (ver Manejo de problemas, p. 95)

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:
 - Sangrado más leve y de menos días
 - Sangrado irregular
 - Sangrado infrecuente
 - Sangrado prolongado
 - Sin menstruación
- Aumento de peso
- Cefaleas
- Mareos
- Sensibilidad en los senos

Beneficios y riesgos conocidos para la salud

Son limitados los estudios a largo plazo sobre los inyectables mensuales, pero los investigadores prevén que los beneficios y riesgos para la salud son similares a los de los anticonceptivos orales combinados (ver Anticonceptivos orales combinados, beneficios y riesgos para la salud, p. 3). Sin embargo, podría haber algunas diferencias en los efectos sobre el hígado (ver Pregunta 2, p. 98).

Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 98)

Inyectables mensuales:

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

Quién puede y quién no puede utilizar inyectables mensuales

Seguro y adecuado para casi todas las mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar inyectables mensuales de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo
- Fumen cigarrillos, sin importar la cantidad diaria, y sean menores de 35 años de edad
- Fumen menos de 15 cigarrillos diarios y tengan más de 35 años de edad
- Tengan o hayan tenido anemia en el pasado
- Tengan várices
- Estén infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral, a menos que esa terapia incluya ritonavir (ver Inyectables mensuales para mujeres con VIH, a continuación)

La mujer puede comenzar a utilizar inyectables mensuales:

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

Inyectables mensuales para mujeres con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH, que tienen SIDA, o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) que incluya ritonavir, pueden usar inyectables mensuales con seguridad. Ritonavir puede disminuir la eficacia de los inyectables mensuales. (Ver Criterios médicos de elegibilidad, p. 329.)
- Recomiende a estas mujeres que utilicen condones junto con inyectables mensuales. Utilizados de manera sistemática y correcta, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS. Los condones también ofrecen extra protección anticonceptiva para las mujeres que están recibiendo terapia ARV.

Criterios médicos de elegibilidad para

Inyectables mensuales

Realice a la usuaria las siguientes preguntas sobre afecciones médicas conocidas. No se necesitan exámenes ni pruebas. Si ella responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar con inyectables mensuales si lo desea. Si responde “sí” a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar con inyectables mensuales.

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

NO SI

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

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

NO SI Puede iniciar el uso de inyectables mensuales tan pronto como a las 3 semanas posteriores al parto. (Si hay riesgo adicional de que pueda desarrollar un coágulo sanguíneo en una vena profunda (trombosis venosa profunda, o TVP), no debe iniciar el uso de inyectables mensuales a las 3 semanas posteriores al parto, pero sí puede iniciarlo a las 6 semanas. Entre los factores de riesgo adicional se encuentran: antecedentes de TVP, trombofilia, parto por cesárea, transfusión sanguínea durante el parto, hemorragia posparto, preeclampsia, obesidad (≥ 30 kg/m²), tabaquismo y estar postrada en cama durante un plazo prolongado.)

3. ¿Fuma 15 cigarrillos o más por día?

NO SI Si tiene 35 años de edad o más y fuma más de 15 cigarrillos diarios, no le dé inyectables mensuales. Alíentela a dejar de fumar y ayúdela a elegir otro método.

(Continúa en la página siguiente)

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

- NO **SI** Si la mujer presenta enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis grave, tumor hepático) no le suministre inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin hormonas. (Si tiene cirrosis leve o patología de vesícula biliar, puede utilizar inyectables mensuales).

5. ¿Tiene hipertensión?

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

Si es posible, controle la tensión arterial:

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

(Una lectura de la tensión arterial entre 140–159/ 90–99 mm Hg no alcanza para diagnosticar hipertensión. Indíquele que use un método de respaldo* hasta que vuelva a otro control de la tensión arterial, o ayúdela ahora a elegir otro método si ella lo prefiere. Si en el siguiente control su tensión arterial está por debajo de 140/90, puede utilizar inyectables mensuales.)

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

- NO **SI** No le dé inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin estrógeno, que no sean inyectables de progestágeno solo.

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

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

- NO **SI** Si declara infarto cardíaco, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV, no le dé inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin estrógenos que no sean inyectables de progestágeno solo. Si actualmente presenta un coágulo en venas profundas de piernas o pulmones (no coágulos superficiales), ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

- NO **SI** No dar inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

- NO **SI** Si la mujer tiene aura migrañosa a cualquier edad, no dar inyectables mensuales. Si tiene migrañas (jaquecas) sin aura y tiene 35 años o más, no dar inyectables mensuales. Ayude a estas mujeres a elegir un método sin estrógenos. Si tiene menos de 35 años y tiene jaquecas sin aura, puede utilizar inyectables mensuales. (ver Identificación de cefaleas y auras migrañosas, p. 368).

10. ¿Va a hacerse cirugía mayor que le impida caminar durante una semana o más?

- NO **SI** Si es así, puede comenzar con inyectables mensuales 2 semanas después de la cirugía. Hasta que pueda comenzar con inyectables mensuales debería utilizar un método de respaldo.

11. ¿Tiene varias condiciones que puedan aumentar su probabilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente cerebrovascular, como mayor edad, tabaquismo, hipertensión o diabetes?

- NO **SI** No dar inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin estrógenos, pero no inyectables de progestágeno solo.

(Continúa en la página siguiente)

12. ¿Está tomando lamotrigina o ritonavir?

- NO **SI** No le suministre inyectables mensuales. Los inyectables mensuales pueden disminuir la eficacia de la lamotrigina. Ritonavir puede disminuir la eficacia de los inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin estrógeno.

Además, las mujeres no deben usar inyectables mensuales si informan tener mutaciones trombogénicas o lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos). Para ver las clasificaciones completas, remitirse a Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, p. 323.

En casos especiales usar el juicio clínico

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

- No está amamantando y hace menos de 3 semanas del parto
- No está amamantando y han pasado entre 3 y 6 semanas posparto; existe riesgo adicional de que desarrolle un coágulo sanguíneo en una vena profunda (TVP)
- Amamantando principalmente entre 6 semanas y 6 meses desde el parto.
- 35 años de edad o más y fuma más de 15 cigarrillos por día
- Hipertensión (tensión sistólica entre 140 y 159 mm Hg o tensión diastólica entre 90 y 99 mm Hg)
- Tensión arterial controlada, en los lugares donde es posible una evaluación continua
- Antecedentes de hipertensión, donde no se pueda medir la tensión arterial (incluyendo hipertensión inducida por el embarazo)
- Enfermedad hepática severa, infección, o tumor hepático
- 35 años o más y tiene migrañas (jaquecas) sin aura
- Menor de 35 años y tiene migrañas (jaquecas) que aparecieron o empeoraron mientras usaba inyectables mensuales
- Tuvo cáncer de mama hace más de 5 años y no ha recidivado
- Diabetes durante más de 20 años o daño arterial, de la visión, renal o del sistema nervioso provocado por diabetes
- Factores de riesgo múltiples para patología cardiovascular arterial, tales como edad más avanzada, tabaquismo, diabetes e hipertensión
- Está tomando lamotrigina. Los inyectables mensuales podrían disminuir la eficacia de la lamotrigina.
- Está tomando ritonavir o inhibidores de proteasa con ritonavir. También debe utilizar un método anticonceptivo de respaldo porque estos medicamentos disminuyen la eficacia de los inyectables mensuales.

Administración de inyectables mensuales

Cuándo iniciar

IMPORTANTE: La mujer puede comenzar con inyectables cuando quiera si está razonablemente segura de no estar embarazada. Para estar razonablemente segura de no estar embarazada, utilizar la Lista de verificaciones del embarazo (ver p. 372).

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Está teniendo ciclos menstruales o sustituye un método no hormonal

Cualquier momento del mes

- Si está comenzando dentro de los 7 días después de iniciada su menstruación, no necesita método de respaldo.
- Si han pasado más de 7 días desde el inicio de su menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada. Necesitará un método de respaldo* los primeros 7 días después de la inyección.
- Si está cambiando de un DIU, puede comenzar con los inyectables inmediatamente (ver DIU de cobre, cambiar del DIU a otro método, p. 148).

Sustituir el método hormonal

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o si es de otra manera razonablemente seguro que no está embarazada. No necesita esperar a la próxima menstruación. No necesita un método de respaldo.
- Si está cambiando de inyectable, puede recibir el nuevo inyectable cuando hubiera correspondido repetir la inyección. No necesita un método de respaldo.

Lactancia exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

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

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

Lactancia exclusiva o casi exclusiva
(continuación)

Más de 6 meses después del parto

- Si no ha regresado la menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.
 - No ha vuelto la menstruación, puede comenzar con inyectables igual que se recomienda a las mujeres que tienen ciclos menstruales (ver p. 89).
-

Lactancia parcial

Menos de 6 semanas después del parto

- Retrase la primera inyección hasta por lo menos 6 semanas después del parto.
-

Más de 6 semanas después del parto

- Si no ha regresado la menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada.[†] Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.
 - Si ha vuelto la menstruación, puede comenzar con inyectables tal como se aconseja a las mujeres que presentan ciclos menstruales (ver p. 89).
-

No amamanta

Menos de 4 semanas después del parto

- Puede comenzar con inyectables en cualquier momento en los días 21–28 después del parto. No necesita un método de respaldo. (Si corre riesgo adicional de TVP, espere hasta las 6 semanas. Ver p. 85, Pregunta 2.)
-

Más de 4 semanas después del parto

- Si no ha vuelto la menstruación, puede comenzar con los inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada.[†] Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.
 - Si ha vuelto la menstruación, puede comenzar con inyectables tal como se aconseja a las mujeres que presentan ciclos menstruales (ver p. 89).
-

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

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

No menstrúa

(no relacionado con lactancia o parto)

- Puede comenzar con inyectables en cualquier momento si hay una seguridad razonable que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.

Después de pérdida de embarazo o aborto

- Inmediatamente. Si comienza en los 7 días siguientes a un aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, no necesita un método de respaldo.
- Si hace más de 7 días del aborto o la pérdida del embarazo en el primer o segundo trimestre, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.

Después de anti-conceptivos orales de emergencia (AOE)

- Puede comenzar con inyectables el mismo día de los AOE. No es preciso esperar a la próxima menstruación para recibir la inyección. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.

Asesoramiento sobre los efectos secundarios

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

Describe los efectos secundarios más comunes

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

Explique los efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.
- Habitualmente disminuyen o cesan en los primeros meses después del inicio de las inyecciones.
- Son comunes, pero algunas mujeres no los presentan.
- La usuaria puede volver por ayuda si los efectos secundarios le molestan.

Administración de la inyección

1. Obtener una dosis de inyectable, aguja y jeringa



- 25 mg AMP/ cipionato de estradiol o 50 mg NET-EN/valerato de estradiol, aguja de inyección intramuscular y jeringa de 2 ml o 5 ml. (NET-EN/valerato de estradiol algunas veces viene en jeringas prellenadas.)
- Para cada inyección usar una jeringa y aguja descartables de un paquete nuevo sellado (dentro de la fecha de caducidad y no dañado), si se encuentra disponible.

2. Lavado

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

3. Prepare el vial

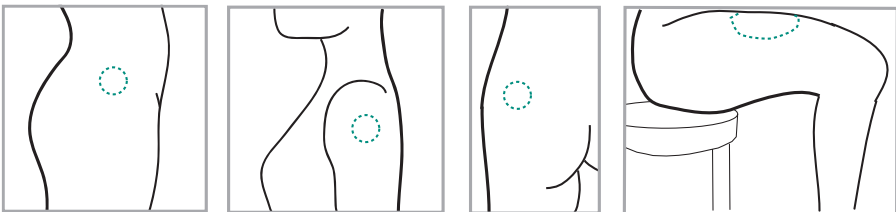
- AMP/cipionato de estradiol: Agite suavemente el vial.
- NET-EN/valerato de estradiol: No es necesario agitar el vial.
- No necesita limpiar la parte superior del vial con antiséptico.
- Si el vial está frío, caliéntelo a temperatura cutánea antes de administrar la inyección.

4. Llenar la jeringa

- Perfore la parte superior del vial con una aguja estéril y llene la jeringa con la dosis apropiada. (Omita este paso si la jeringa viene ya cargada con la formulación de inyectable.)

5. Inyectar la fórmula

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



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



- No vuelva a ponerle el capuchón, no doble ni rompa las agujas antes de descartarlas.
- Colóquelas en un recipiente para elementos corto-punzantes.
- No reutilice las jeringas y agujas descartables. Están hechas para ser destruidas luego de un uso único. Dada su forma son muy difíciles de desinfectar. Por lo tanto, la reutilización puede transmitir enfermedades como VIH y hepatitis.
- Si se vuelve a utilizar la jeringa y la aguja, deben ser esterilizadas nuevamente después de cada uso (ver Prevención de Infecciones en la clínica, p. 312).

Apoyo a la usuaria

Dar instrucciones específicas

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

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

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

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

Planificación de la próxima inyección

1. acuerde una fecha para su próxima inyección en 4 semanas.
2. Pídale que trate de venir en fecha. Puede venir hasta 7 días antes o 7 días después y aún así recibir la inyección.
3. Debe volver aun cuando sea muy tarde para su próxima inyección.

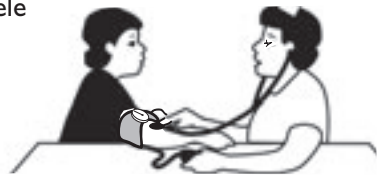
Si tiene un atraso mayor de 7 días, debe abstenerse de sexo o utilizar condones, espermicidas, o retiro hasta que pueda recibir la inyección. También puede considerar los anticonceptivos orales de emergencia si tiene más de 7 días de atraso y si ha tenido sexo no protegido en los últimos 5 días (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45).



Ayuda a las usuarias continuas

Consultas para repetición de la inyección

1. Pregúntele a la usuaria cómo le está yendo con el método y si está contenta. Pregúntele si tiene alguna pregunta o algo que hablar.
2. Pregunte especialmente si está preocupada por cambios en el sangrado. Déle cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de problemas, página siguiente).
3. Adminístrele la inyección. La inyección se puede administrar hasta 7 días antes o 7 días después de la fecha.
4. Planifique su próxima inyección. Póngase de acuerdo en la fecha de su próxima inyección (en 4 semanas). Recuérdele que debe tratar de llegar en fecha, pero que debería venir aun cuando se le haga muy tarde.
5. De ser posible, controle la tensión arterial alrededor de una vez al año (ver Criterios médicos de elegibilidad, pregunta 5, p. 86).
6. Pregúntele a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema de salud. Aborde cualquier problema si corresponde. Si presenta algún problema de salud que pueda requerir cambiar de método (ver p. 97).
7. Pregúntele a la usuaria de larga data si ha tenido cambios importantes en la vida que puedan afectar sus necesidades—particularmente planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga los controles necesarios.



Manejo de las inyecciones atrasadas

- Si la usuaria tiene un atraso menor de 7 días para repetir la inyección, puede recibir la próxima. No necesita exámenes, evaluación, o método de respaldo.
- Una usuaria que tiene más de 7 días puede recibir su próxima inyección si:
 - No ha tenido sexo desde *7 días después de la fecha en que debería haber recibido su última inyección, o*
 - Ha utilizado un método de respaldo o ha recibido anticonceptivos orales de emergencia (AOE) después de tener sexo no protegido desde *7 días después de la fecha en que debería haber recibido la última inyección.*
 Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.
- Si la usuaria tiene más de 7 días de atraso y no cumple con estos criterios, deben emprenderse pasos adicionales para estar razonablemente seguros de que no está embarazada (ver Otras opciones para evaluar el embarazo, p. 370).
- Analice con la usuaria por qué vino tarde y las posibles soluciones. Si con frecuencia le resulta difícil acudir en fecha, hable con ella sobre el uso de un método de respaldo cuando se retrase para su próxima inyección, como recibir AOE, o elegir otro método.

Manejo de problemas

Problemas comunicados como efectos secundarios

Pueden o no ser debidos al método.

- Los problemas con los efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de inyectables. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios, escuche sus inquietudes, brinde consejos y si corresponde, trátela.
- Ofrézcale ayuda para elegir otro método —ahora si quiere, o si no se pueden solucionar los problemas.

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

- Tranquilícela explicando que muchas mujeres que utilizan los inyectables mensuales presentan sangrado irregular. No hace mal y habitualmente disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses de uso.
- Para un alivio modesto a corto plazo, puede probar con 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), comenzando a recibirlos cuando comienza el sangrado irregular. Los AINE brindan cierto alivio al sangrado irregular para implantes, inyectables de progestágeno solo y DIU y también pueden ayudar para los inyectables mensuales.
- Si el sangrado irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 97).

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

- Tranquilícela diciendo que muchas mujeres que usan inyectables mensuales presentan sangrado profuso o prolongado. Por lo general, no es dañino y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.
- Puede probar con 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otros AINE, comenzando cuando empiece el sangrado profuso para un alivio modesto a corto plazo. Los AINE alivian algo el sangrado profuso de los implantes, inyectables de progestágeno solo, DIU y también pueden ayudar con inyectables mensuales.
- Para ayudar a evitar la anemia, sugiera la ingesta de suplementos de hierro y dígame que es importante ingerir alimentos que contengan hierro, (tales como carne y ave, especialmente carne vacuna e hígado de pollo, pescado, verduras de hojas verdes y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).
- Si el sangrado profuso o prolongado continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, próxima página).

No menstrúa

- Tranquilícela diciendo que hay algunas mujeres que utilizan inyectables mensuales que dejan de tener menstruación, y que esto no es nocivo. No es preciso perder sangre todos los meses. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. La mujer no es infértil. La sangre no se acumula en su organismo. (Algunas mujeres se sienten contentas de no presentar menstruación).

Aumento de peso

- Revise la fecha y dé asesoramiento si es necesario.

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Las cefaleas que empeoran o que aparecen más a menudo durante el uso de los inyectables deben ser evaluadas.

Sensibilidad de los senos

- Recomiéndele que use un corpiño de sostén (inclusive durante la actividad intensa y al acostarse).
- Pruebe con compresas calientes o frías.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) u otro analgésico.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Mareos

- Considere medicamentos disponibles localmente.

Nuevos problemas que podrían requerir cambiar de método

Pueden o no deberse al método.

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

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

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

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

Circunstancias que le impidan caminar durante una semana o más

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

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

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

Sospecha de embarazo

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

Iniciar tratamiento con lamotrigina o ritonavir

- Los métodos hormonales combinados, entre ellos los inyectables mensuales, pueden disminuir la eficacia de la lamotrigina. A menos que la mujer pueda utilizar otro medicamento anticonvulsivante que no sea lamotrigina, ayúdela a elegir un método sin estrógeno.
- Ritonavir y los inhibidores de proteasa con ritonavir podrían disminuir la eficacia de los inyectables mensuales. La mujer puede usar inyectables de progestágeno solo, implantes, el DIU de LNG, o cualquier método no hormonal.

Preguntas y respuestas sobre los inyectables mensuales

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

La principal diferencia entre los inyectables mensuales y AMPD o NET-EN es que un inyectable mensual contiene un estrógeno y un progestágeno, convirtiéndolo en un método combinado. Por el contrario, AMPD y NET-EN contienen sólo progestágeno. Además, los inyectables mensuales contienen menos progestágeno. Estas diferencias provocan un sangrado más regular y menos trastornos del sangrado que con AMPD o NET-EN. Los inyectables mensuales requieren una inyección mensual, mientras que NET-EN se inyecta cada 2 meses y AMPD cada 3 meses.

2. ¿Los inyectables mensuales funcionan como anticonceptivos orales combinados?

En términos generales sí. Los inyectables mensuales (también denominados anticonceptivos mensuales combinados) son similares a los anticonceptivos orales combinados (AOC). Se han realizado pocos estudios a largo plazo con inyectables mensuales, pero los investigadores suponen que la mayoría de los hallazgos sobre los AOC también se aplican a los inyectables mensuales. Los inyectables mensuales, sin embargo, no pasan por el hígado primero porque no son ingeridos por boca como los AOC. Los estudios a corto plazo han demostrado que los inyectables mensuales tienen menos efecto que los AOC sobre la tensión arterial, la coagulación, la descomposición de las sustancias grasas, el metabolismo lipídico y la función hepática. Se encuentran en curso estudios a largo plazo sobre los riesgos y beneficios de los inyectables mensuales para la salud.

3. ¿Los inyectables mensuales producen defectos de nacimiento? ¿Se dañará al feto si una mujer accidentalmente utiliza inyectables mensuales estando embarazada?

No. Hay buena evidencia que surge de estudios sobre otros métodos hormonales, que muestra que los anticonceptivos hormonales no producen defectos de nacimiento y no dañan de otro modo al feto si una mujer queda embarazada mientras que utiliza inyectables mensuales o inicia el uso de inyectables cuando ya está embarazada.

4. ¿Los inyectables mensuales producen aborto?

No. La investigación sobre anticonceptivos combinados encuentra que no produce distorsión de un embarazo existente. No deben ser usados como abortivos. No funcionarán.



5. ¿Las fechas de repetición de las inyecciones deben basarse en la fecha de inicio de la menstruación?

No. Algunos proveedores piensan que hay que aplicar la próxima inyección sólo cuando comienza la siguiente menstruación. Sin embargo, no deben usarse los episodios de sangrado para guiar el programa de inyecciones. La mujer debe recibir la inyección cada 4 semanas. No hay que coordinar la inyecciones en base a su menstruación.

6. ¿Es posible usar los inyectables mensuales para provocar la menstruación?

No. La mujer puede presentar algo de sangrado vaginal (un “sangrado por suspensión”) como resultado de una inyección, pero no hay evidencia de que por aplicar a una mujer que tiene un sangrado irregular una única inyección de inyectables mensuales provoque el comienzo correcto de su menstruación alrededor de un mes después. Asimismo, no por aplicar una inyección a una mujer embarazada se provocará un aborto.

7. ¿La mujer que fuma puede usar inyectables mensuales con seguridad?

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

8. ¿Los inyectables mensuales alteran el estado de ánimo o el impulso sexual de la mujer?

Generalmente, no. Algunas mujeres que usan inyectables mensuales relatan esos síntomas. La gran mayoría de las usuarias de inyectables no relatan ningún cambio de ese tipo, pero algunas relatan que hay una mejoría del estado de ánimo y del impulso sexual. Es difícil afirmar si ese tipo de cambios son debidos a inyectables mensuales o a otras razones. No existen evidencias de que los inyectables mensuales afecten el comportamiento sexual de la mujer.

9. ¿Las mujeres con venas varicosas pueden usar inyectables mensuales con seguridad?

Sí. Los inyectables mensuales son seguros para las mujeres con venas varicosas. Las venas varicosas son vasos sanguíneos agrandados próximos a la superficie cutánea. No son peligrosos. No son coágulos sanguíneos, ni son las venas profundas de las piernas en las que un coágulo sanguíneo puede ser peligroso (trombosis venosa profunda). Las mujeres que presenten o que hayan presentado trombosis venosa profunda no deben usar inyectables mensuales.

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

No. Puede haber una demora en la recuperación de la fertilidad tras suspender los inyectables mensuales, pero con el tiempo la mujer puede quedar embarazada como antes, si bien la fertilidad disminuye a medida que aumenta la edad de la mujer. El patrón de sangrado que tenía la mujer antes de usar inyectables mensuales generalmente se recupera unos pocos meses después de la última inyección. Algunas mujeres quizás tengan que esperar unos pocos meses antes de recuperar el patrón de sangrado habitual.

11. ¿Cuánto demora en quedar embarazada una mujer después de interrumpir los inyectables mensuales?

Las mujeres que dejan de usar inyectables mensuales demoran alrededor de un mes más para quedar embarazadas que las mujeres que han usado otros métodos. Esto significa que quedan embarazadas en promedio 5 meses después de su última inyección. Estos son promedios. La mujer no debe preocuparse si no queda embarazada aún a los 12 meses. Después de interrumpir los inyectables mensuales, la mujer puede ovular antes de que se recupere la menstruación—y puede así quedar embarazada. Si quiere seguir evitando el embarazo, tiene que iniciar otro método antes de que vuelva su menstruación.

12. ¿Qué pasa si una mujer regresa tarde para recibir su próxima inyección?

La pauta actual de la OMS recomienda darle a la mujer su próxima inyección mensual si viene hasta 7 días tarde, sin necesitar ninguna evidencia más de que no está embarazada. Sin embargo, algunas mujeres vuelven incluso más tarde a repetir su inyección. Los proveedores pueden usar Otras opciones para evaluar el embarazo (ver p. 370) si la usuaria de los inyectables mensuales regresa más de 7 días tarde para la repetición de su inyección.

Parches combinados

Puntos clave para proveedores y usuarias

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

¿En qué consiste el parche combinado?

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

¿Cuál es su eficacia?

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

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



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

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

Protección contra las infecciones de transmisión sexual: Ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Algunas usuarias relatan lo siguiente:

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



Beneficios para la salud conocidos y riesgos para la salud

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

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

Proporcionando el parche combinado

Explicación de su uso

Explique cómo retirar el parche de la bolsa y la capa de atrás

- Explicar que debe romper la bolsa de papel de aluminio a lo largo del borde.
 - Luego debe retirar el parche y despegarle la capa de atrás sin tocar la superficie pegajosa.
-

Mostrarle dónde y cómo aplicar el parche

- Explicar que se lo puede aplicar en la parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o nalgas, en algún lugar que esté limpio y seco, pero no en las mamas.
 - Debe apretar contra su piel la parte pegajosa que tiene el medicamento durante 10 segundos. Debe deslizar el dedo a lo largo del borde para asegurarse de que se pegue.
 - El parche se quedará en ese lugar incluso durante el trabajo, ejercicio, natación y baño.
-

Debe cambiarse el parche todas las semanas durante 3 semanas seguidas

- Debe aplicarse cada nuevo parche el mismo día de cada semana—el “día del cambio del parche.” Por ejemplo si se pone el primer parche un domingo, todos sus parches deben aplicarse un domingo.
 - Explicar que para evitar la irritación no debe aplicarse el parche nuevo en el mismo lugar de la piel donde se había puesto el parche anterior.
-

No debe usar un parche en la cuarta semana

- Probablemente presente la menstruación esa semana.
-

Después de la semana sin parche debe aplicarse un nuevo parche

- Nunca deben pasar más de 7 días sin que use parche. De hacerlo corre riesgo de embarazo.
-

Apoyo a la usuaria

Instrucciones para la extracción o reemplazo tardío

¿Se olvidó de aplicar un nuevo parche al inicio de un ciclo de parche (durante la primera semana)?

- Aplique un nuevo parche lo antes posible.
- Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche.
- Utilice un método de respaldo* los primeros 7 días que usa el parche.
- Además, si se aplicó el nuevo parche con 3 o más días de atraso (no usó parche durante 10 días o más seguidos) y ha tenido sexo no protegido los últimos 5 días, considere usar anticonceptivos orales de emergencia. Ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45).

¿Se olvidó de cambiarse el parche en el medio del ciclo del parche (durante la semana 2 ó 3)?

- Si se atrasa 1 ó 2 días (hasta 48 horas):
 - Aplique un nuevo parche en cuanto lo recuerde
 - Mantenga el mismo día de cambio de parche
 - No necesita un método de respaldo
- Si se atrasa más de 2 días (más de 48 horas):
 - Interrumpa el ciclo actual y comience un nuevo ciclo de 4 semanas aplicando un nuevo parche inmediatamente
 - Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche
 - Use un método de respaldo los primeros 7 días de uso del parche

¿Se olvidó de retirar el parche al final del ciclo del parche (semana 4)?

- Retire el parche.
 - Comience el próximo ciclo el día habitual del cambio de parche.
 - No necesita un método de respaldo.
-

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

Anillo vaginal combinado

Puntos clave para proveedores y usuarias

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

¿En qué consiste el anillo vaginal combinado?

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

¿Cuál es su eficacia?

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

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



Recuperación de la fertilidad después de dejar de usar el anillo: no hay atraso.
Protección contra infecciones de transmisión sexual: ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Algunas usuarias relatan los siguientes:

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



Conocidos beneficios y riesgos para la salud conocidos

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

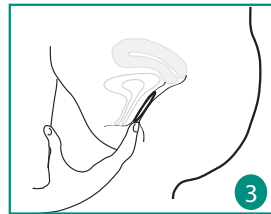
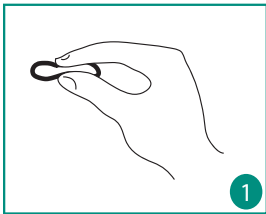
Los Criterios médicos de elegibilidad (ver p. 6), las pautas para cuándo comenzar (ver p. 10) y la ayuda a las usuarias continuas (ver p. 16) son los mismos para el anillo combinado que para los anticonceptivos orales combinados.

Suministro del anillo vaginal combinado

Explicación de cómo usarlo

Explique cómo insertar el anillo

- La mujer puede elegir la posición que le quede más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada, en cuclillas o acostada.
- Debe apretar los lados opuestos del anillo aproximándolos y suavemente presionar el anillo plegado, colocándolo completamente dentro de la vagina.
- No importa la posición exacta, pero si se inserta bien profundo, ayuda a que quede en su lugar y tiene menos probabilidades de sentirlo. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.



Explique que el anillo debe permanecer colocado durante 3 semanas

- Debe mantener el anillo colocado todo el tiempo, todos los días y noches durante 3 semanas.
- Puede quitarse el anillo al final de la tercera semana y arrojarlo a la basura.

Debe quitarse el anillo la cuarta semana

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

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

- Se puede retirar el anillo para tener sexo, para limpieza u otras razones, aunque no es necesario quitárselo.
- Si el anillo se sale, deslizándose, debe enjuagarse en agua limpia y colocarse inmediatamente.

Apoyo a la usuaria

Instrucciones para el cambio o extracción tardíos

¿Se quitó el anillo más de 3 horas durante la primera o segunda semana?

- Vuelva a poner el anillo lo antes posible. Use un método de respaldo* durante los 7 días siguientes.

¿Se quitó el anillo más de 3 horas durante la semana 3?

- Interrumpa el ciclo actual y elimine el anillo.
- Durante las semanas 1 y 2 inserte un nuevo anillo inmediatamente y manténgalo colocado durante 3 semanas comenzando un nuevo ciclo. Utilice un método de respaldo durante los 7 días siguientes.

(Otra opción: si el anillo fue utilizado de manera continua y correcta durante los últimos 7 días: deje el anillo fuera y pase los próximos 7 días de la semana sin anillo. Luego de esos 7 días, inserte un nuevo anillo, comenzando un nuevo ciclo y manténgalo colocado durante 3 semanas. Utilice un método de respaldo durante los primeros 7 días con el anillo nuevo)

¿Esperó más de 7 días antes de insertarse un nuevo anillo o mantuvo el anillo colocado más de 4 semanas?

- Inserte un nuevo anillo lo antes posible y comience un nuevo ciclo 4 semanas.
- Utilice un método de respaldo durante los primeros 7 días del uso del anillo.
- Además, si se inserta un nuevo anillo con 3 o más días de atraso (se dejó el anillo afuera durante 10 días o más seguidos) y tuvo sexo no protegido dentro de los últimos 5 días, considere tomar anticonceptivos orales de emergencia (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45).

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

Implantes

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas flexibles** que se colocan justo debajo de la piel de la parte superior del brazo.
- **Brindan protección contra embarazo a largo plazo.** Muy eficaz durante 3 a 7 años, dependiendo del tipo de implante, inmediatamente reversible.
- **Requieren un proveedor específicamente capacitado para insertarlos y quitarlos.** La mujer no puede comenzar o dejar los implantes por su cuenta.
- **Se precisa poco de la usuaria una vez que se han colocado los implantes.**
- **Las alteraciones del sangrado son comunes pero no perjudiciales.** Generalmente hay sangrado irregular prolongado durante el primer año y luego el sangrado se hace más regular o infrecuente.

¿En qué consisten los implantes?

- Son pequeños cilindros o cápsulas de plástico, cada uno del tamaño de un fósforo, que liberan un progestágeno parecido a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer.
- Un proveedor específicamente capacitado realiza un procedimiento de cirugía mínima para colocar los implantes bajo la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de una mujer.
- No contiene estrógeno, por lo que se puede utilizar durante la lactancia y lo pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógeno.
- Hay muchos tipos de implantes:
 - Jadelle: 2 cilindros, eficaz durante 5 años
 - Implanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años (hay estudios en curso para ver si dura 4 años)
 - Sino-Implant (II), también conocido como Femplant, Trust Implant y Zarin: 2 cápsulas, su eficacia dura 4 años (puede extenderse a 5 años)
 - Norplant: 6 cápsulas, la etiqueta indica 5 años de uso. (Hay estudios importantes que han encontrado que su eficacia dura 7 años).
- Actúa principalmente por:
 - Espesamiento del mucus cervical (esto bloquea los espermatozoides y no les permite llegar al óvulo)
 - Distorsión del ciclo menstrual, impide la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)

¿Cuál es su eficacia?

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

- Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan los implantes el primer año (5 por 10.000 mujeres). Esto significa que 9995 de cada 10.000 mujeres que utilizan implantes no van a quedar embarazadas.
- Existe un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y continúa mientras que la mujer está utilizando implantes.
 - En los últimos 5 años de uso de Jadelle: Alrededor de 1 embarazo por cada 100 mujeres.
 - En los 3 años del uso de Implanon: Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres (1 en 1000 mujeres)
 - En los 7 años de uso de Norplant: Alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres
- Los implantes de Jadelle y Norplant comienzan a perder eficacia antes en las mujeres de más peso:
 - Para mujeres que pesan 80 kg o más, Jadelle y Norplant pierden eficacia después de 4 años de uso.
 - Para las mujeres que pesan 70–79 kg, Norplant pierde eficacia después de 5 años de uso.
 - Es aconsejable que estas usuarias cambien sus implantes antes (ver Pregunta 9, p. 130).

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

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



¿Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los implantes?

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

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios (ver Manejo de problemas, p. 124)

Algunas usuarias relatan lo siguiente

- Alteraciones de los patrones de sangrado, por ejemplo:

Los primeros meses:	Después de alrededor de 1 año:
– Sangrado más liviano y menos días de sangrado	– Sangrado más liviano y menos días de sangrado
– Sangrado irregular	– Sangrado irregular
– Sangrado infrecuente	– Sangrado infrecuente
– No hay menstruación	

Las usuarias de Implanon tienen más probabilidades de tener menstruación infrecuente o ausencia de menstruación que sangrado irregular.

- Cefaleas
- Dolor abdominal
- Acné (puede mejorar o empeorar)
- Cambios de peso
- Sensibilidad en los senos
- Mareos
- Cambios de humor
- Náuseas

Otros cambios físicos posibles:

- Aumento del tamaño de los folículos ováricos

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgos de embarazo
- Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática

Puede ayudar a proteger contra:

- Anemia ferropénica

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Complicaciones

Infrecuente

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

Raro:

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

Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 128)

Implantes:

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



¿Quién puede y quién no puede usar implantes?

Son seguros y adecuados para casi todas las mujeres

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

- Hayan o no hayan tenido hijos
- No estén casadas
- De cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres mayores de 40 años de edad
- Se acaban de hacer un aborto, o han tenido una pérdida de embarazo o embarazo ectópico
- Fuman cigarrillos, independientemente de la edad de la mujer o del número de cigarrillos que fume
- Estén amamantando (comenzando tan pronto como a las 6 semanas después del parto; sin embargo, ver p. 129, Pregunta 8)
- Tengan venas varicosas
- Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral (ver Implantes para mujeres con VIH, p. 115)

Las mujeres pueden comenzar a utilizar implantes:

- Sin examen pélvico
- Sin análisis de sangre u otros análisis de laboratorio de rutina
- Sin pesquisa de cáncer cervical
- Sin un examen de mama
- Incluso cuando una mujer no esté teniendo menstruación en el momento, si esta razonablemente segura de no estar embarazada (ver Lista de verificación de embarazo, p. 372)



Criterios médicos de elegibilidad para

Implantes

Haga a la usuaria las preguntas a continuación sobre las afecciones médicas conocidas. No es necesario hacer exámenes y análisis. Si la respuesta es NO a todas las preguntas, entonces puede insertarse los implantes si lo desea. Si la respuesta es “Sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos puede aún así comenzar a usar implantes.

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

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

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

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

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

- NO **SI** Si relata un coágulo de sangre actual (no coágulos superficiales) y no está recibiendo terapia anticoagulante, no le suministre implantes. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

- NO **SI** Si tiene un sangrado vaginal inexplicable, que sugiera embarazo o una afección médica subyacente, los implantes podrían dificultar más el diagnóstico y monitoreo de cualquier tratamiento. Ayúdela a elegir un método para utilizar mientras que se hace la evaluación y tratamiento (no inyectables de progestágeno solo, o un DIU de cobre u hormonal). Después del tratamiento, reevaluar para el uso de implantes.

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

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

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

En casos especiales usar el juicio clínico

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

- Lactancia y menos de 6 semanas desde el parto (considerar los riesgos de otro embarazo y que la mujer posiblemente tenga acceso limitado a los implantes)
- Coágulo de sangre agudo en venas profundas de miembros o pulmones
- Sangrado vaginal inexplicado antes de evaluación por posibles afecciones subyacentes graves
- Tuvo cáncer de mama hace más de 5 años y no ha recidivado.
- Hepatopatía grave, infección o tumor de hígado.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)

Implantes para mujeres con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH, que tienen SIDA o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar los implantes de manera segura.
- Recomiende a estas mujeres utilizar condones además de los implantes. Utilizados sistemática y correctamente, los condones pueden ayudar a evitar la transmisión de VIH y otras ITS.

Suministro de los implantes

Cuándo comenzar

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

Situación de la mujer Cuándo comenzar

Está teniendo ciclos menstruales o sustituyendo un método no hormonal

En cualquier momento del mes

- Si está comenzando dentro de los 7 días después de iniciada su menstruación (5 días para IMPLANON), no necesita método de respaldo.
- Si hace más de 7 días del inicio de su menstruación (más de 5 días para IMPLANON), puede insertarse implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada. Necesitará un método de respaldo* los primeros 7 días después de la inserción.
- Si está sustituyendo un DIU puede insertarse un implante inmediatamente. (Ver DIU de cobre, cambiar del DIU a otro método, p. 148).

Sustituyendo un método hormonal

- Inmediatamente, si ha estado usando el método hormonal sistemática y correctamente o si está de otro modo razonablemente segura de no estar embarazada. No necesita esperar a la próxima menstruación. No necesita un método de respaldo.
- Si está sustituyendo inyectables, puede insertarse implantes cuando hubiera correspondido repetir la inyección. No necesita un método de respaldo.

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

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

Lactancia exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si tuvo el parto hace menos de 6 semanas, espere por lo menos 6 semanas después del parto para colocarlo. (Ver p. 129, Pregunta 8.)
- Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento entre las 6 semanas y los 6 meses. No necesita un método de respaldo.
- Si ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes tal como se aconseja para las mujeres que tienen ciclos menstruales (ver página anterior).

Más de 6 meses después del parto

- Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción.
- Si ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes tal como se recomienda para las mujeres que tienen ciclos menstruales (ver página anterior).

Lactancia parcial

Menos de 6 semanas después del parto

- Espere por lo menos 6 semanas después del parto para colocar los implantes. (Ver p. 129, Pregunta 8.)

Más de 6 semanas después del parto

- Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada.[†] Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción.
- Si ha vuelto la menstruación, puede hacerse colocar los implantes tal como se aconseja para las mujeres que están teniendo ciclos menstruales (ver página anterior).

No está amamantando

Menos de 4 semanas después del parto

- Puede insertarse los implantes en cualquier momento. No necesita método de respaldo

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

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

No está amamantando (continuación)

Más de 4 semanas después del parto

- Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada.† Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción.
- Si ha vuelto la menstruación, se pueden insertar los implantes tal como se aconseja para las mujeres que están teniendo ciclos menstruales (ver p. 116).

No tiene menstruación (no vinculado con parto o lactancia)

- Se pueden insertar los implantes en cualquier momento que esté razonablemente segura de no estar embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción.

Después de pérdida de embarazo o aborto

- Inmediatamente. Si se insertan implantes en los 7 días después del aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre no necesita un método de respaldo.
- Si hace más de 7 días del aborto o de la pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, se pueden insertar implantes en cualquier momento que esté razonablemente segura de que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la colocación.

Después de recibir anticonceptivos orales de emergencia (AOE)

- Se pueden insertar implantes en los 7 días después de iniciar su próxima menstruación (5 días para Implanon) o en cualquier otro momento que esté razonablemente segura de no estar embarazada. Sumínstrele un método de respaldo, o anticonceptivos orales para iniciar el día que termina de recibir los AOE, para utilizar hasta que se inserten los implantes.

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

Asesoramiento sobre efectos secundarios

IMPORTANTE: Debe hacerse un asesoramiento minucioso sobre las alteraciones en el sangrado y otros efectos secundarios antes de colocarse implantes. El asesoramiento sobre cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método.

Describir los efectos secundarios más comunes

- Alteraciones del patrón de sangrado:
 - Sangrado irregular que dura más de 8 días alguna vez en el primer año.
 - Sangrado regular, infrecuente o falta de sangrado más adelante.
- Cefaleas, dolor abdominal, sensibilidad en los senos y posiblemente otros efectos secundarios.

Explicar estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signo de enfermedad.
- La mayoría de los efectos secundarios generalmente disminuyen o desaparecen durante el primer año.
- Son comunes pero hay mujeres que tal vez no los presenten.
- La usuaria puede volver a consultar si los efectos secundarios le molestan.

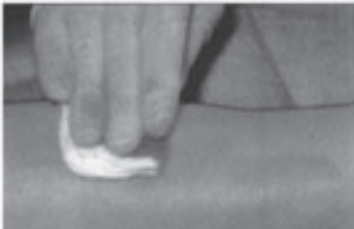


Inserción de los implantes

Explicación del procedimiento de inserción de Jadelle y Norplant

La mujer que haya elegido implantes debe saber qué sucederá durante la inserción. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Para aprender a insertar y extraer los implantes se necesita capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no incluye instrucciones detalladas.

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



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



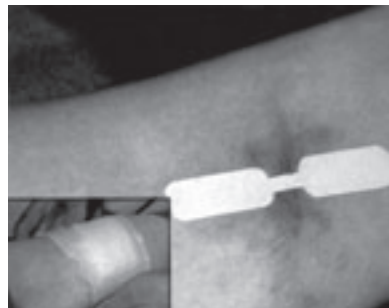
2. La mujer recibe una inyección de anestésico local bajo la piel de su brazo para evitar el dolor mientras que se insertan los implantes. Esta inyección puede producir sensación de pinchazo. Permanece totalmente despierta durante todo el procedimiento.



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



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



5. Después de insertar todos los implantes, el proveedor cierra la incisión con una curación adhesiva. No se necesitan puntos. Se cubre la incisión con un paño seco y se envuelve el brazo con una gasa.

Extracción de los implantes

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

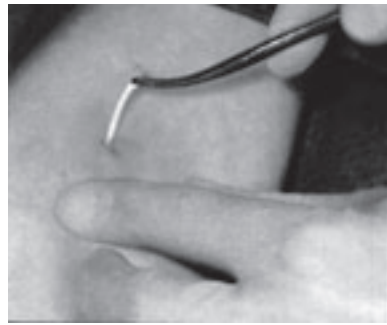
Explicación del procedimiento de extracción

La mujer tiene que saber qué sucederá durante la extracción. La siguiente descripción puede ayudar a explicar el procedimiento. Se utiliza el mismo procedimiento de extracción para todos los tipos de implantes.

1. El proveedor usa procedimientos apropiados de prevención de infecciones.
2. La mujer recibe una inyección de anestésico local bajo la piel del brazo para evitar el dolor durante la extracción del implante. Esta inyección puede producir sensación de pinchazo. La mujer permanece totalmente despierta durante todo el procedimiento.



3. El proveedor de salud hace una pequeña incisión en la piel del interior de la parte superior del brazo, cerca del sitio de inserción.



4. El proveedor usa un instrumento para tirar del implante hacia afuera. La mujer puede sentir tironeamiento, dolor leve, o ardor durante el procedimiento y durante unos pocos días.
5. El proveedor cierra la incisión con un vendaje adhesivo. No se necesitan puntos. Se puede colocar un vendaje elástico por encima del vendaje adhesivo, aplicando una presión suave durante 2 ó 3 días para disminuir la hinchazón.

Si una mujer quiere implantes nuevos se los coloca por encima o por debajo del sitio de los implantes anteriores o en el otro brazo.

Apoyo a la usuaria

Dar instrucciones específicas

Mantenga el brazo seco

- Debe mantener el área de inserción seca durante 4 días. Puede quitarse la venda elástica o la gasa después de 2 días y el vendaje adhesivo después de 5 días.

Sepa que puede presentar ardor, equímois

- Después que haya pasado el efecto anestésico, le dolerá el brazo unos pocos días. Puede también tener hinchazón y equímois en el sitio de inserción. Esto es común y desaparece sin tratamiento.

Duración de la protección de embarazo

- Hable con la usuaria sobre qué sistema usar para recordar la fecha en que tiene que regresar.
- Proporcione a cada mujer la siguiente información por escrito en una tarjeta de recordatorio, como la que se muestra a continuación, de ser posible y explique:

El tipo de implante que tiene

- La fecha de inserción
- El mes y el año en que hay que extraer o sustituir los implantes
- Dónde debe acudir si tiene problemas o preguntas con sus implantes

Hágase retirar los Implantes antes que comiencen a perder eficacia

- Dígle que vuelva a la consulta o que vea a otro proveedor antes de que los implantes comiencen a perder eficacia (para extracción o, si quiere, sustitución).

Tarjeta de recordatorio del implante

Nombre de la usuaria: _____

Tipo de implante: _____

Fecha de inserción: _____

Extracción o sustitución: Mes: Año:

Si usted tiene cualquier problema o pregunta, acuda a:

(Nombre y dirección de la dependencia)

“Vuelva en cualquier momento”: razones para volver

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

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

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

Ayuda a las usuarias continuas

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

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

Manejo de problemas

Problemas comunicados como efectos secundarios

Pueden o no deberse al método.

- Los problemas con los efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de implantes. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o complicaciones, escuche sus inquietudes, brinde asesoramiento y si corresponde, trátela.
- Ofrezca ayuda para elegir otro método —ahora si quiere, o si no se pueden solucionar los problemas.

Sangrado irregular (sangrados inesperados que molestan a la usuaria)

- Tranquilícela explicando que muchas mujeres que utilizan los implantes presentan sangrado irregular. No hacen mal y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.
- Para un alivio modesto a corto plazo, puede probar con 800 mg de ibuprofeno o 500 mg de ácido mefenámico 3 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando a recibirlos cuando comienza el sangrado irregular.
- Si este medicamento no le ayuda, puede probar uno de los siguientes, comenzando cuando empiece el sangrado irregular:
 - Anticonceptivos orales combinados con progestágeno levonorgestrel. Indíquelo que tome un comprimido por día durante 21 días.
 - 50 µg etinil estradiol diariamente durante 21 días.
- Si el sangrado irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 127).

No menstrúa

- Tranquilícela diciendo que hay algunas mujeres que utilizan implantes que dejan de tener menstruación y que esto no es nocivo. No es preciso perder sangre todos los meses. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. La mujer no es infértil. La sangre no se acumula en su organismo. (Algunas mujeres se alegran de no presentar menstruación).

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

- Tranquilícela diciendo que muchas mujeres que usan implantes presentan sangrado profuso o prolongado. Por lo general, no es perjudicial y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.
- Para un alivio modesto y a corto plazo, puede probar cualquiera de los tratamientos mencionados anteriormente para el sangrado irregular, comenzando cuando empiece el sangrado profuso. Los anticonceptivos orales combinados (AOC) con 50 µg de etinil estradiol pueden dar mejores resultados que los comprimidos de bajas dosis.

- Para ayudar a evitar la anemia, sugiera comprimidos de hierro y dígame que es importante que ingiera alimentos que contengan hierro, tales como carne y ave (especialmente carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).
- Si continúa el sangrado profuso o prolongado o éste comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 127).

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Toda cefalea que empeore o aparezca con mayor frecuencia durante el uso de los implantes debe ser evaluada.

Dolor abdominal leve

- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Acné

- Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido a acné, puede considerar cambiar a AOC. El acné de muchas mujeres mejora con el uso de AOC.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Cambios de peso

- Revise la dieta y asesore según corresponda.

Sensibilidad en los senos

- Recomiende el uso de un corpiño de soporte (incluso durante la actividad intensa y el sueño).
- Pruebe con compresas calientes o frías.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Cambios de humor o cambios del impulso sexual

- Pregunte sobre cambios en su vida que puedan afectar su estado de ánimo o el impulso sexual, como cambios en su relación de pareja. Déle apoyo según corresponda.
- Las usuarias que tienen variaciones graves del humor como depresión mayor deben ser remitidas para su atención.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Náuseas o mareos

- Considere medicamentos disponibles localmente.

Dolor después de la inserción o extracción

- Para el dolor después de la inserción, asegúrese de que el vendaje o la gasa en el brazo no estén demasiado ajustados.
- Coloque un nuevo vendaje en el brazo y aconséjale que evite apretar el sitio durante unos días.
- Déle aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico

Infección en el sitio de inserción (rubor, calor, dolor, pus)

- No retire los implantes.
- Limpie el área infectada con agua y jabón o antiséptico.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Pida a la usuaria que regrese después de terminar los antibióticos si la infección no ha desaparecido. Si la infección no ha desaparecido, extraiga los implantes o remita a la paciente para su extracción.
- A menudo la expulsión total o parcial sigue a la infección. Solicite a la usuaria que vuelva si nota que se está saliendo el implante.

Abscesos (bolsas de pus bajo la piel debido a infección)

- Limpie el área con antiséptico.
- Abra (incisión) y drene el absceso.
- Trate la herida.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Solicite a la usuaria que vuelva después de completar los antibióticos si presenta calor, rubor, dolor, o drenaje de la herida. Si hay infección cuando regrese, extraiga los implantes o remita a la usuaria para su extracción.

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

- Raro. Generalmente ocurre dentro de los primeros meses después de la inserción o con infección.
- Si no hay infección, cambie el cilindro o cápsula expulsados a través de una nueva incisión cerca de los otros cilindros o cápsulas o remita a la usuaria para cambiarlo.

Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de embarazo)

- El dolor abdominal puede deberse a diversos problemas, como folículos ováricos agrandados o quistes.
 - La mujer puede continuar usando los implantes durante su evaluación.

- No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos agrandados a menos que aumenten de tamaño de manera anormal, se tuerzan o estallen. Asegúrele a la usuaria que normalmente desaparecen por sí solos. Para asegurarse de que el problema se está resolviendo, vuelva a verla en 6 semanas, si es posible.
- En caso de dolor abdominal intenso, esté particularmente alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que si bien es raro y no es causado por los implantes, puede poner en peligro la vida de la mujer (ver p. 129, Pregunta 7). En las etapas iniciales del embarazo ectópico, los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero a la larga pueden volverse graves. La combinación de estos signos o síntomas debería aumentar la sospecha de embarazo ectópico:
 - Dolor o sensibilidad abdominal inusuales
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si se trata de un cambio en su patrón de sangrado
 - Debilidad o sensación de mareo
 - Desmayos
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave, remita a la mujer para su inmediato diagnóstico y tratamiento. (Para obtener más información sobre el embarazo ectópico, ver Esterilización femenina, manejo del embarazo ectópico, p. 179.)

Nuevos problemas que podrían requerir cambiar de método

Pueden o no deberse al método.

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

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

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

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

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

- Extraiga los implantes o remita a la usuaria para su extracción.
- Sumínístrele un método de respaldo para utilizar mientras es evaluada.
- Si no se encuentra ya bajo atención, remítala para su diagnóstico y atención.

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

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

Sospecha de embarazo

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

Preguntas y respuestas sobre los implantes

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

No. Las usuarias de implantes no precisan controles periódicos de rutina. Las consultas anuales pueden ser útiles para otros cuidados preventivos, pero no son necesarias a causa del implante. Por supuesto, la mujer es bienvenida en todo momento si desea regresar con preguntas.

2. ¿Se pueden dejar los implantes en el brazo de la mujer de manera permanente?

En general no es recomendable dejar los implantes colocados más allá de su vida útil si la mujer mantiene el riesgo de embarazo. Los implantes en sí no resultan peligrosos, pero al disminuir sus niveles de hormonas, se vuelven cada vez menos eficaces.

3. ¿Los implantes causan cáncer?

No. Los estudios no han mostrado un incremento en el riesgo de ningún cáncer por el uso de implantes.

4. ¿Cuánto demora la mujer en quedar embarazada después de la extracción de los implantes?

Las mujeres que dejan de utilizar implantes pueden quedar embarazadas tan rápido como las que dejan de usar métodos no hormonales. Los implantes no retrasan el retorno de la fertilidad de la mujer después de su extracción. El patrón de sangrado que tenía la mujer antes de utilizar implantes en general se recupera una vez que estos se extraen. Algunas mujeres deberán esperar algunos pocos meses para recuperar su patrón de sangrado.

5. **¿Los implantes causan defectos de nacimiento? ¿Se producirá daño al feto si una mujer accidentalmente queda embarazada mientras utiliza implantes?**

No. Hay buenas evidencias que muestran que los implantes no provocan defectos de nacimiento y no dañan de ningún modo al feto si una mujer queda embarazada mientras utiliza implantes o accidentalmente se inserta implantes estando ya embarazada.

6. **¿Es posible que los implantes se desplacen en el cuerpo de la mujer o que se salgan de su brazo?**

Los implantes no se mueven dentro del cuerpo de la mujer. Los implantes permanecen en el lugar donde se insertan hasta que se extraen. Alguna rara vez, puede comenzar a salirse un cilindro, en general dentro de los primeros 4 meses después de la inserción. Esto sucede porque no fueron correctamente insertados o porque existe infección en el sitio de la inserción. En estos casos, la mujer verá que el implante se está saliendo. Algunas mujeres presentarán un cambio súbito en sus patrones de sangrado. Si una mujer nota un cilindro asomando, debe comenzar a utilizar un método de respaldo y regresar a la clínica inmediatamente.

7. **¿Aumentan el riesgo de embarazo ectópico?**

No. Por el contrario, los implantes reducen mucho el riesgo de embarazo ectópico. Entre usuarias de implantes, los embarazos ectópicos son extremadamente infrecuentes. La tasa de embarazo ectópico entre mujeres con implantes es de 6 por 100.000 mujeres al año. La tasa de embarazo ectópico entre mujeres que no utilizan método anticonceptivo en los Estados Unidos es de 650 por cada 100.000 mujeres al año.

En las raras ocasiones en que los implantes fallan y se produce el embarazo, 10 a 17 de cada 100 de esos embarazos son ectópicos. Así, la gran mayoría de los embarazos que ocurren luego de fallar los implantes no son ectópicos. Aún así, los embarazos ectópicos pueden poner en riesgo la vida, de modo que el proveedor debe estar advertido de la posibilidad de embarazo ectópico si falla el implante.

8. **¿Cuán pronto puede una mujer que está amamantando iniciar el uso de un método de progestágeno solo: implantes, píldoras de progestágeno solo o inyectables, o el DIU de LNG?**

Las guías de la OMS recomiendan que se espere por lo menos hasta las 6 semanas después del parto para iniciar el uso de un anticonceptivo de progestágeno solo (4 semanas para el DIU de LNG). En casos especiales, el proveedor podría dar su juicio clínico de que la mujer inicie el método de progestágeno solo antes (ver p. 115).

En una consulta de expertos realizada por la OMS en el año 2008, se aprobaron las guías actuales de la OMS, a raíz de inquietudes teóricas sobre el efecto que tienen las hormonas en la leche materna en el desarrollo infantil. Sin embargo, estos expertos señalaron que, en casos en que existen elevados riesgos de embarazo y acceso limitado a los servicios, los métodos de progestágeno solo podrían figurar entre los pocos métodos disponibles. Además, el inicio del uso de implantes y el DIU requiere proveedores con capacitación especial, quienes quizás solo estén disponibles durante el parto. Los expertos concluyeron: “En toda decisión respecto a la elección de un método anticonceptivo, se deben tomar en consideración estos hechos.”

Se señala además que: En algunos países, las guías basadas en revisiones realizadas por su propio panel de expertos, permiten que las mujeres que están amamantando inicien el uso de métodos de progestágeno solo en cualquier momento.[‡] Esto incluye iniciar el método inmediatamente posparto, una práctica que existe desde hace mucho en estos países.

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

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

10. ¿Qué debería hacerse si una usuaria de implante presenta un quiste ovárico?

La mayor parte de los quistes no son quistes verdaderos sino estructuras llenas de líquido en el ovario (folículos), el cual sigue creciendo más del tamaño normal en un ciclo menstrual. Pueden producir algún leve dolor abdominal, pero requieren tratamiento solo si crecen a un tamaño anormalmente grande, si presentan torsión o estallido. En general estos folículos desaparecen sin tratamiento (ver Dolor intenso en el abdomen inferior, p. 126).

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

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

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

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

13. ¿Hay que realizar un examen pélvico antes de colocarse implantes?

No. Lo que sí generalmente ayuda a alcanzar una certeza razonable de que la mujer no está embarazada es hacer las preguntas correctas (ver Lista de verificación del embarazo, p. 372). No hay ninguna patología que contraindique el uso de implantes que se pueda detectar en un examen pélvico.

[‡] Ver, por ejemplo, Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FRSH). *UK Medical Eligibility Criteria*. Londres, FSRH, 2006; y Centers for Disease Control. *U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use*, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 59. May 28, 2010.

Dispositivo intrauterino de cobre

En este capítulo se describe fundamentalmente el dispositivo intrauterino TCu-380A (para el Dispositivo intrauterino con levonorgestrel, ver p. 157).

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Protección contra embarazo a largo plazo.** Ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años y es inmediatamente reversible.
- **Debe ser colocado por un proveedor específicamente capacitado.**
- **Una vez colocado el DIU, la usuaria no tiene que hacer casi nada.**
- **Es frecuente ver cambios del sangrado.** En general se observa un sangrado más profuso y prolongado, más calambres o dolor durante la menstruación, en especial en los primeros 3 a 6 meses.

¿En qué consiste el dispositivo intrauterino?

- El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño almacén de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre. Un proveedor con capacitación específica lo inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino o cérvix.
- Casi todos los tipos de DIU llevan atados uno o dos hilos, o hebras. Los hilos atraviesan el cérvix y quedan colgando en la vagina.
- Funcionan fundamentalmente provocando una modificación química que daña al espermatozoide y al óvulo antes de su unión.

¿Qué tan eficaz es?

Uno de los métodos más eficaces y perdurables:

- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU en el correr del primer año (6 a 8 por 1000 mujeres). Esto significa que 992 a 994 de cada 1000 mujeres que usan DIU no quedarán embarazadas.
- Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y mientras la mujer siga utilizando el DIU.
 - Más de 10 años de uso del DIU: Aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres



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

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

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios (ver Manejo de problemas, p. 149)

Algunas usuarias relatan:

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

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Puede ayudar a proteger contra:

- Cáncer del recubrimiento uterino (cáncer endometrial)

Riesgos conocidos para la salud

No comunes:

- Puede aumentar la anemia en la mujer que ya presenta una baja reserva de hierro antes de la inserción y en la que el DIU produce una menstruación más profusa

Raro:

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

Complicaciones

Raro:

- Punción (perforación) de la pared del útero por el DIU o un instrumento utilizado para su inserción. Normalmente cicatriza sin tratamiento.
- Pérdida de embarazo, parto prematuro o infección, en el raro caso de que la mujer quede embarazada mientras tiene el DIU colocado.

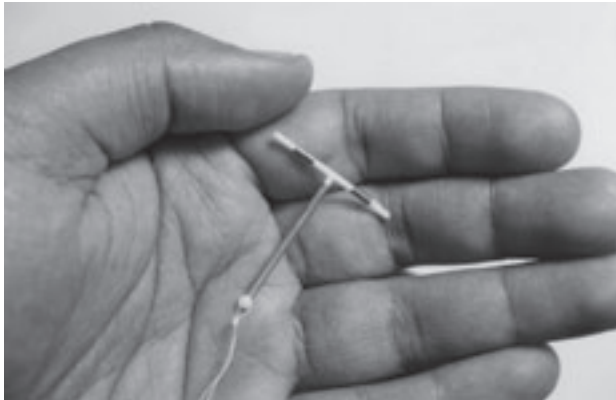
Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p.154)

Los dispositivos intrauterinos:

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

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta el DIU

- Previene el embarazo con mucha eficacia
- Es de acción prolongada
- Una vez insertado, el DIU no supone más costos
- Una vez insertado, el DIU no requiere que la usuaria haga nada



Quién puede y quién no puede utilizar DIU de cobre

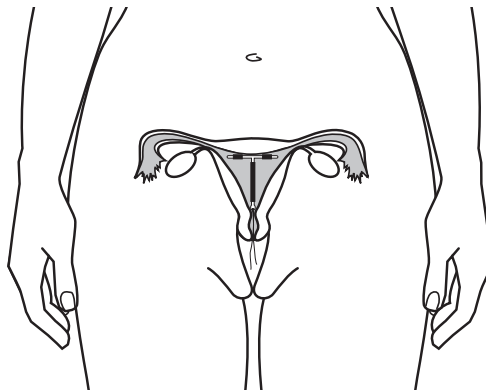
Seguro y adecuado para casi todas las mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar el DIU de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (si no hay evidencia de infección)
- Estén amamantando
- Realicen trabajo físico intenso
- Hayan tenido un embarazo ectópico
- Hayan tenido enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Presenten infecciones vaginales
- Tengan anemia
- Estén infectadas con VIH o estén en terapia antirretroviral y evolucionando bien (ver DIU para mujeres con VIH, p. 138)

La mujer puede comenzar a utilizar el DIU:

- Sin realizarse exámenes de ITS
- Sin realizarse un examen de VIH
- Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio
- Sin realizarse una pesquisa de cáncer cervical
- Sin realizarse un examen de mamas



Criterios médicos de elegibilidad para

DIU de cobre

Pregunte a la usuaria las preguntas a continuación sobre afecciones conocidas. Si responde “no” a todas las preguntas, entonces puede insertarse el DIU si lo desea. Si responde “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede utilizar el DIU. Estas preguntas se aplican también al DIU con levonorgestrel (ver p. 160).

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

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

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

- NO **SI** Si presenta actualmente una infección del aparato reproductor durante las primeras 6 semanas posteriores al parto (sepsis puerperal) o si una infección uterina relacionada con un aborto (aborto séptico), no le coloque el DIU. Si aún no recibe atención, remítala para su diagnóstico y atención. Ayúdela a elegir otro método u ofrézcale un método de respaldo.* Luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

3. ¿Tiene un sangrado vaginal que sea inusual?

- NO **SI** Si presenta un sangrado vaginal inexplicado que sugiera embarazo o una patología subyacente, el uso del DIU podría dificultar el diagnóstico o el monitoreo de cualquier tratamiento. Ayúdela a elegir un método para que lo utilice mientras es evaluada y tratada (pero que no sea un DIU con hormonas, inyectables de progestágeno solo, o implantes). Luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

4. ¿Tiene algún tipo de patología o problema femenino (patología o problema ginecológico u obstétrico), como cáncer genital o tuberculosis pélvica? Si es así, ¿cuáles son los problemas?

- NO **SI** Si actualmente presenta cáncer cervical, endometrial u ovárico, enfermedad trofoblástica gestacional o tuberculosis pélvica: no coloque un DIU. Si no se encuentra todavía bajo atención, remítala para su diagnóstico y atención. Ayúdela a elegir otro método. En caso de tuberculosis pélvica, luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

(Continúa en la página siguiente)

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

5. ¿Tiene SIDA?

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

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

Las mujeres que están muy expuestas a contraer gonorrea o clamidia no deberían colocarse un DIU (ver Evaluación del riesgo de la mujer a infecciones de transmisión sexual, p. 138).

7. Evalúe si la paciente puede estar embarazada.

Realice a la paciente las preguntas de la Lista de verificación de embarazo (ver p. 372). Si contesta “sí” a alguna de las preguntas, puede colocársele un DIU (ver también Cuándo comenzar, p. 140).

Para una clasificación completa, ver Criterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos, p. 323. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la paciente vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, aclare también qué afección puede hacer desaconsejable el método.

En casos especiales usar el juicio clínico

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

- Entre 48 horas y 4 semanas después del parto
- Enfermedad trofoblástica gestacional no cancerosa (benigna)
- Cáncer ovárico en curso
- Está en muy alto riesgo individual de contraer gonorrea o clamidia al momento de colocársele
- Tiene SIDA y no está en terapia antirretroviral o no está bien clínicamente
- Tiene lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia grave

Preguntas de pesquisa para el examen pélvico antes de colocar el DIU

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

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

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

NO SI Posible ITS.

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

NO SI Posible EPI.

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

NO SI Posible EPI.

4. ¿Presenta flujo cervical purulento?

NO SI Posible ITS o EPI.

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

NO SI Posible ITS o cáncer cervical.

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

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

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

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

Dispositivos intrauterinos para mujeres con VIH

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

Evaluación de la mujer frente al riesgo de infecciones de transmisión sexual

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

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

Pasos a seguir:

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

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

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

Las situaciones posiblemente riesgosas son:

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

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

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

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

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

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

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

Administración del dispositivo intrauterino

Cuándo comenzar

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

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Tiene ciclos menstruales

En cualquier momento del mes

- Si comienza durante los 12 días después de comenzar su menstruación, no necesita método de respaldo.
- Si transcurrieron más de 12 días desde el comienzo de la menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita método de respaldo.

Cambiar de método

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta y sistemática o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita esperar a su próxima menstruación. No necesita un método de respaldo.
- Si está cambiando de inyectables, puede colocársele el DIU cuando hubiese correspondido la siguiente inyección. No necesita un método de respaldo.

Poco después del parto

- En cualquier momento en el plazo de las 48 horas posteriores al parto, incluso si fue un parto por cesárea. (Se requiere un proveedor con capacitación específica en la inserción posparto.) El menor número de expulsiones ocurre cuando se insertan justo después de la expulsión de la placenta (si es posible).
- Si pasaron más de 48 horas del parto, postergue la colocación del DIU no menos de 4 semanas después del parto.

Lactancia exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido su menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses después del parto. No hay necesidad de método de respaldo.
- Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual (ver arriba).

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Lactancia exclusiva o casi exclusiva (continuación)

Más de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido su menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. No hay necesidad de método de respaldo.
- Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual (ver página anterior).

Lactancia parcial o no amamantando

Más de 4 semanas después del parto

- Si la menstruación no se ha restablecido, puede colocársele el DIU *si es posible determinar que no está embarazada*. No necesita método de respaldo.
- Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual (ver página anterior).

Sin menstruación (no vinculado con parto o lactancia)

- En cualquier momento *si es posible determinar que no está embarazada*. No necesita método de respaldo.

Después de pérdida de embarazo o aborto

- Inmediatamente, si el DIU es colocado en los 12 días posteriores al aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre y no hay infección presente. No necesita método de respaldo.
- Si pasaron más de 12 días del aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre y no hay infección presente, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita método de respaldo.
- Si hay infección presente, trate o remita a la paciente y ayúdela a elegir otro método. Si ella aún quiere el DIU, se lo puede colocar cuando la infección haya desaparecido completamente.
- La colocación del DIU después de un aborto o pérdida de embarazo del segundo trimestre requiere capacitación específica. Sin ésta, postergue la colocación hasta un mínimo de 4 semanas después del aborto o la pérdida.

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Para anticoncepción de emergencia

- En los 5 días posteriores al sexo sin protección.
- Cuando pueda calcularse el momento de la ovulación puede colocársele el DIU hasta 5 días después de la misma. Algunas veces puede ser más de 5 días después de sexo sin protección.

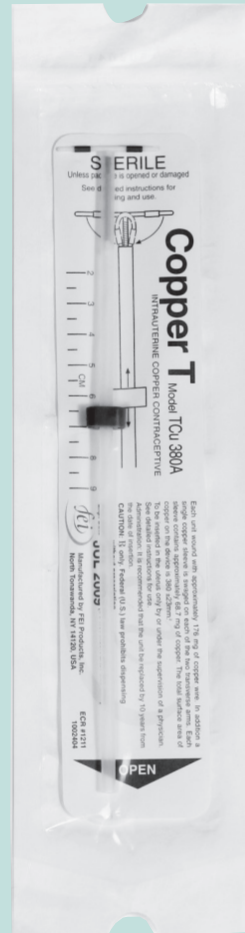
Después de tomar anticonceptivos orales de emergencia (AOE)

- Puede colocarse el DIU el mismo día en que toma los AOE. No hay necesidad de método de respaldo.

Prevención de infecciones en la inserción del DIU

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

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



Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de la colocación del DIU debe brindarse un asesoramiento minucioso sobre las modificaciones del sangrado. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir usando el método.

Describe los efectos secundarios más comunes

- Cambios en su patrón de sangrado:
 - Menstruación prolongada y profusa
 - Sangrado irregular
 - Más calambres y dolor durante la menstruación

Dé una explicación sobre estos efectos secundarios

- Los cambios en el sangrado no son signos de enfermedad.
- En general, disminuyen después de los primeros meses de la colocación.
- La paciente puede regresar si algo le preocupa.

Colocación del DIU

Hable con la paciente antes del procedimiento

- Explique el procedimiento de colocación (ver p. 144).
- Muéstrela el espéculo, el tenáculo, el DIU y el dispositivo de colocación en su embalaje.
- Dígale que va a sentir alguna molestia o calambres durante el procedimiento y que eso es de esperarse.
- Pídale que diga si en algún momento siente dolor o molestia.
- Puede administrarle ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325– 1000 mg), u otro analgésico 30 minutos antes de la colocación para ayudar a reducir los calambres y el dolor. No suministre aspirina ya que entorpece la coagulación sanguínea.

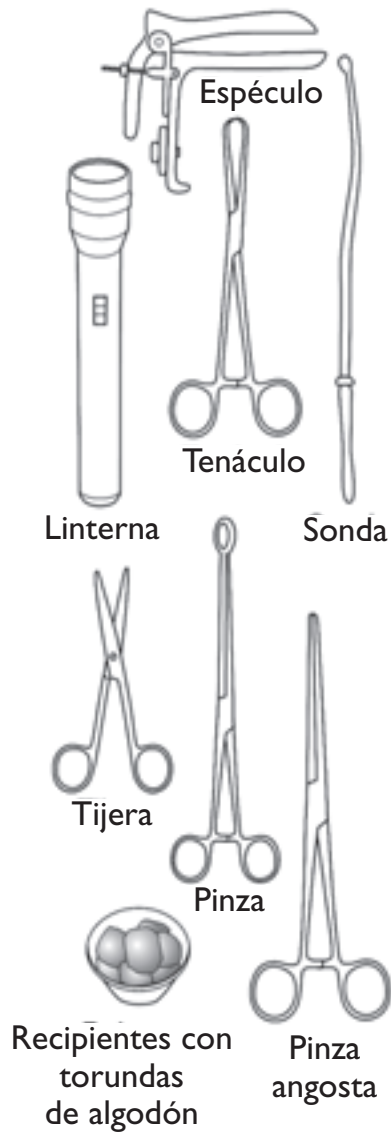
Hable con la paciente durante el procedimiento

- Dígale lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilícela.
- Alértela previo a un paso que pueda causarle dolor o que la pueda sorprender
- Cada tanto, pregúntele si siente dolor.

Explicación del procedimiento de colocación

Una mujer que ha elegido el DIU tiene que saber qué sucederá en el transcurso de su colocación. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Aprender a colocar el DIU requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción constituye un resumen y no instrucciones detalladas.

1. El proveedor realiza un examen pélvico para evaluar la elegibilidad (ver Preguntas de pesquisa del examen pélvico antes de colocar el DIU, p. 137). El proveedor realiza en primer término el examen bimanual y luego introduce un espéculo en la vagina para inspeccionar el cérvix.
2. El proveedor limpia el cérvix y la vagina con un antiséptico apropiado.
3. El proveedor introduce lentamente la pinza a través del espéculo y cierra el tenáculo sólo lo suficiente como para mantener fijos el cérvix y el útero.
4. El proveedor pasa lenta y suavemente la sonda uterina a través del cérvix para medir la profundidad y posición del útero.
5. El proveedor carga el DIU en el dispositivo de colocación mientras ambos están aún en su envase estéril.
6. El proveedor introduce lenta y suavemente el DIU y retira el dispositivo de colocación.
7. El proveedor corta los hilos del DIU, dejando que unos 3 centímetros queden colgando fuera del cérvix.
8. Después de la colocación, la mujer descansa. Permanece en la mesa de exámenes hasta que se sienta lista para vestirse.



Apoyo a la usuaria

Instrucciones específicas

Prevea calambres y dolor

- La paciente puede esperar algún calambre y dolor por unos días luego de la inserción.
- Sugiera ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico, según se requiera.
- Puede esperarse, también, algún sangrado o manchas de sangre inmediatamente después de la colocación. Esto puede continuar durante 3 a 6 meses.

La mujer puede revisar los hilos

- Si quiere, cada tanto, la mujer puede revisar los hilos del DIU, en especial en los primeros meses y después de una menstruación, para confirmar que el DIU está en su lugar (ver Pregunta 10, p. 156).

Duración de la protección contra embarazo

- Analice cómo recordar la fecha de regreso.
- Si es posible, informe a cada mujer acerca de cómo realizar una tarjeta recordatoria como la que se muestra debajo y explique:
 - El tipo de DIU que tiene
 - Fecha de colocación del DIU
 - Mes y año en que corresponde retirar o sustituir el DIU
 - Dónde acudir si tiene preguntas o problemas con el DIU

Tarjeta recordatoria del DIU

Nombre de la paciente: _____

Tipo de DIU: _____

Fecha de colocación: _____

Retirado o sustituido por: Mes Año

Si tiene problemas o preguntas, diríjase a: _____

(Nombre y ubicación de la unidad de salud)

-
- Consulta de control**
- Se recomienda una consulta de seguimiento después de la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas después de la colocación del DIU. Sin embargo no debe negarse el DIU a ninguna mujer porque le sea difícil o imposible concurrir a una consulta de control.
-

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

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

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

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

Ayuda a usuarias continuas

Consulta de seguimiento post colocación (3 a 6 semanas)

- 1.** Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o alguna observación.
- 2.** En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Sumínístrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de problemas, p. 149).
- 3.** Pregúntele si tiene:
 - Dolor intenso o en aumento en el abdomen inferior, dolor durante el sexo o al orinar
 - Flujo vaginal inusual
 - Fiebre o escalofríos
 - Signos o síntomas de embarazo (por síntomas y signos comunes, ver p. 371)
 - No logra palpar los hilos (si los ha controlado)
 - Siente que el plástico duro del DIU está parcialmente salido

4. En la consulta de control no se requiere examen pélvico de rutina. Sin embargo, podría corresponder en algunas circunstancias o para algunas usuarias. Realice un examen pélvico en particular si las respuestas de la paciente le hacen sospechar:
 - Una infección de transmisión sexual o una enfermedad pélvica inflamatoria
 - El DIU se ha salido parcial o totalmente

En toda consulta

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

Extracción del dispositivo intrauterino

IMPORTANTE: Si la mujer lo solicita, cualesquiera sean sus razones, médicas o personales, el proveedor no debe negar ni postergar la extracción del DIU. Todo el equipo debe comprender y aceptar que la usuaria no debe ser presionada a seguir utilizando el DIU.

Si la mujer encuentra algunos efectos secundarios difíciles de tolerar, primero hable con ella sobre los problemas que tiene (ver Manejo de problemas, p. 149). Vea si prefiere intentar manejar esos problemas o si prefiere que le extraigan el DIU de inmediato.

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

Explicación del procedimiento de extracción

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

1. El proveedor introduce el espéculo para ver el cérvix y los hilos del DIU y limpia cuidadosamente el cérvix y la vagina con una solución aséptica, como yodo.
2. El proveedor solicita a la paciente que respire lenta y profundamente y que se relaje. Le solicita a la mujer que avise si siente dolor en algún momento del procedimiento.
3. El proveedor tira lenta y suavemente de los hilos del DIU con una pinza angosta hasta que éste salga completamente del cérvix.

Cambiar del DIU a otro método

Estas pautas aseguran la protección ininterrumpida de la paciente frente al embarazo cuando cambia de un DIU de cobre o un DIU con hormonas a otro método. Ver, también, Cuándo comenzar con cada método.

Cambio a	Cuándo comenzar
Anticonceptivos orales combinados (AOC), Anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP), inyectables de progestágeno solo, inyectables mensuales, parche combinado, anillo vaginal combinado, o implantes	<ul style="list-style-type: none">● Si comienza durante los primeros 7 días de la menstruación (primeros 5 días para AOC y AOP), empiece con el método hormonal ahora y retire el DIU. No necesita método de respaldo.● Si comienza después de los primeros 7 días de la menstruación (después de los 5 primeros días para AOC y AOP) y ha tenido sexo después de su última menstruación, empiece con el método hormonal ahora. Es recomendable mantener el DIU colocado hasta su próxima menstruación.● Si comienza después de los primeros 7 días de la menstruación (después de los primeros 5 días para AOC y AOP) y no ha tenido sexo después de su última menstruación, puede mantenerse el DIU colocado y extraerse durante su próxima menstruación, o puede extraerse el DIU y la paciente utilizar un método de respaldo* durante los próximos 7 días (2 días para AOPs).
Condomes masculinos o femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales, o retiro	<ul style="list-style-type: none">● Inmediatamente, la próxima vez que tenga sexo después de extraerse el DIU.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none">● Inmediatamente después extraerse el DIU.
Esterilización femenina	<ul style="list-style-type: none">● Si comienza durante los primeros 7 días de la menstruación, retire el DIU y realice el procedimiento de esterilización femenina. No hay necesidad de método de respaldo.● Si comienza después de los primeros 7 días de la menstruación, realice el procedimiento de esterilización. El DIU puede mantenerse colocado hasta su consulta de control o su próxima menstruación. Si no es posible una consulta de control, retire el DIU al momento de la esterilización. No necesita método de respaldo.

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

Cambio a

Cuándo comenzar

Vasectomía

- En cualquier momento
- La mujer puede conservar el DIU durante 3 meses después de la vasectomía de su pareja, para seguir evitando el embarazo hasta que ésta sea completamente eficaz.

Manejo de problemas

Problemas informados como efectos secundarios o complicaciones

Pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas provocados por los efectos secundarios y las complicaciones afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los DIU. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o complicaciones, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o más adelante si no logra superar los problemas.

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

- Tranquilícela diciéndole que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado profuso o prolongado. No hace daño y en general se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.
- Se puede lograr un alivio modesto y breve con (uno a la vez):
 - Ácido tranexámico (1500 mg) 3 veces al día durante 3 días, luego 1000 mg una vez al día durante 2 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso.
 - Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) como ibuprofeno (400 mg) o indometacina (25 mg) 2 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso. Otros AINE—excepto aspirina—también pueden brindar algún alivio al sangrado profuso o prolongado.
- Si es posible, suminístrele comprimidos de hierro y recalque la importancia de ingerir alimentos con hierro (ver Posible anemia, p. 150).
- Si el sangrado profuso o prolongado continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna otra razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada al uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 153).

Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados que molesta a la usuaria)

- Aclárele que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.

- Se puede alcanzar un alivio modesto y breve con AINEs tales como ibuprofeno (400 mg) o indometacina (25 mg) 2 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empiece el sangrado irregular.
- Si el sangrado irregular continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal, o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna otra razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 153).

Calambres y dolor

- Pueden esperarse ciertos calambres y dolor durante 1 ó 2 días después de la colocación del DIU.
- Explique que los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU, en particular durante la menstruación. En general, esto no es perjudicial y generalmente disminuye con el tiempo.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico. Si la paciente presenta también sangrado profuso o prolongado debe evitar el uso de aspirina, ya que puede aumentar el sangrado.

Si los calambres continúan y ocurren fuera de la menstruación:

- Evalúe buscando patologías subyacentes y trate o remita a la usuaria.
- Si no se encuentra ninguna patología subyacente y los calambres son intensos, considere la posibilidad de retirar el DIU.
 - Si al retirar el DIU observa que se ha alterado su aspecto, o si es difícil extraerlo, lo que sugiere que no estaba en la posición correcta, explique a la paciente que puede colocarse un nuevo DIU y que posiblemente no le va a provocar esos calambres.

Posible anemia

- Si una mujer tiene ya un bajo nivel de hierro en la sangre antes de colocarse un DIU, el DIU de cobre puede aumentar la anemia al provocar menstruaciones más profusas.
- Preste especial atención a usuarias con los siguientes signos o síntomas:
 - Palidez del interior de los párpados o del lecho ungueal, fatiga o debilidad, mareos, irritabilidad, cefaleas, zumbidos en los oídos, ardor de lengua y uñas quebradizas.
 - Si puede hacer un análisis de sangre, compruebe si la hemoglobina es menor de 9 g/dl o hematocrito menor de 30.
- Si es posible, adminístrele suplementos de hierro.
- Dígame que es importante que ingiera alimentos con hierro, como carnes y aves (especialmente carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hojas verdes y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).

La pareja percibe los hilos del DIU durante el sexo

- Explique que esto sucede a veces cuando se han cortado los hilos demasiado cortos.
- Si la pareja encuentra que le molestan los hilos, describa las opciones posibles:
 - Se pueden cortar los hilos aún más, de modo que no se asomen por el canal cervical. La pareja no sentirá más los hilos, pero la mujer no podrá revisar en adelante los hilos del DIU.
 - Si la mujer desea tener la posibilidad de revisar los hilos, puede retirarse el DIU y colocarse uno nuevo. (Para evitar molestias, los hilos deberían cortarse de modo que unos 3 centímetros sobresalgan del cérvix.)

Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria [EPI])

- Algunos signos y síntomas comunes de EPI pueden aparecer también con otras patologías abdominales, como el embarazo ectópico. Si logra descartar el embarazo ectópico, haga los exámenes para EPI.
- Si es posible, realice exámenes abdominales y pélvicos (para signos del examen pélvico que puedan indicar EPI, ver Signos y síntomas de afecciones graves, p. 319).
- Si no es posible realizar un examen pélvico y la paciente presenta una combinación de los siguientes signos y síntomas además de dolor en el abdomen inferior, sospeche una EPI:
 - Secreción vaginal inusual
 - Fiebre o escalofríos
 - Dolor durante el sexo o al orinar
 - Sangrado después del sexo o entre menstruaciones
 - Náuseas y vómitos
 - Tumoración pélvica dolorosa
 - Sensibilidad a la palpación del abdomen (dolor abdominal directo) o al soltar repentinamente después de presionar suavemente (dolor de rebote)
- Trate la EPI, o remita a la paciente inmediatamente para tratamiento:
 - Debido a las graves consecuencias de una EPI, los proveedores de atención a la salud deben tratar todos los casos sospechosos, basándose en los signos y síntomas descritos anteriormente. Debe iniciarse el tratamiento lo antes posible. La prevención de complicaciones a largo plazo será más eficaz si se administran los antibióticos adecuados de manera inmediata.
 - Trate la gonorrea, clamidia y las infecciones bacterianas anaeróbicas. Asesore a la paciente sobre el uso del condón y si es posible, suminístreselos.
 - No hay necesidad de extraerse el DIU si ella desea seguir usándolo. Si la mujer desea que se lo extraigan, hágalo antes de empezar el tratamiento con antibióticos. (Si se extrae el DIU, ver Cambiar del DIU a otro método, p. 148.)

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

- Existen muchas patologías que pueden causar dolor abdominal severo. Esté particularmente alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que si bien es raro y no es causado por el DIU, puede presentar riesgo de muerte (ver Pregunta 11, p. 156).
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero pueden volverse graves con el tiempo. Una combinación de estos signos o síntomas debería hacer crecer la sospecha de embarazo ectópico:
 - Dolor o sensibilidad abdominal inusuales
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación—en especial si este cambio constituye una modificación de los patrones de sangrado
 - Vahídos o mareos
 - Desvanecimiento
- En caso de sospecha de embarazo u otra afección grave, remítala para su diagnóstico y atención inmediatos. (Para más información acerca de embarazos ectópicos, ver Esterilización femenina, manejo del embarazo ectópico, p. 179).
- Si la paciente no presenta estos signos o síntomas adicionales, realice los exámenes para enfermedad pélvica inflamatoria (ver Dolor intenso en el abdomen inferior, p. 151).

Sospecha de perforación uterina

- Si existe sospecha de perforación en el momento de la colocación o de la utilización de la sonda en el útero, detenga el procedimiento de inmediato (y extraiga el DIU si ya lo colocó). Observe a la paciente minuciosamente en la clínica:
 - Mantenga a la paciente en reposo en cama durante la primera hora y revise sus signos vitales (tensión arterial, pulso, respiración y temperatura) cada 5 a 10 minutos.
 - Si después de una hora la mujer se mantiene estable, examínela si es posible, en búsqueda de sangrado intraabdominal, por ejemplo, niveles bajos de hematocrito o hemoglobina, además de sus signos vitales. Manténgala en observación durante unas horas más. Si no presenta signos ni síntomas, puede mandarla a casa, pero la paciente deberá abstenerse de sexo por 2 semanas. Ayúdela a elegir otro método.
 - Si la paciente presenta aceleración del pulso y disminución de la tensión arterial, o aparición de nuevos dolores o dolor en aumento en la zona del útero, remítala a un nivel de atención superior.
 - Si durante las 6 semanas después de la colocación existe sospecha de perforación uterina, o si aparece luego una sospecha y presenta síntomas, remita a la paciente para ser evaluada por un médico con experiencia en la extracción de estos dispositivos (ver Pregunta 6, p. 155).

Si el DIU se sale parcialmente (expulsión parcial)

- Si el DIU se sale parcialmente, extráigalo. Analice con la paciente si ella quiere otro DIU o un método diferente. Si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada. Si la paciente no desea continuar utilizando un DIU, ayúdela a elegir otro método.

El DIU se sale por completo (expulsión completa)

- Si la paciente relata que el DIU se ha salido por completo, analice si ella quiere otro DIU o un método diferente. Si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada.
- Si se sospecha de una expulsión completa pero la paciente no sabe si se le ha salido por completo, envíela a radiología o ecografía para examinar si el DIU pudiera haberse movido a la cavidad abdominal. Déle un método de respaldo* para que utilice mientras tanto.

No están los hilos (sugiriendo un posible embarazo, perforación uterina, o expulsión)

- Pregúntele a la paciente:
 - Si vio salirse el DIU y cuándo
 - Cuándo notó los hilos por última vez
 - Cuándo tuvo su última menstruación
 - Si tiene síntomas de embarazo
 - Si ha utilizado un método de respaldo desde que percibió que le faltaban los hilos
- Sea suave, comience siempre con procedimientos menores y seguros. Utilizando las pinzas, busque los hilos en los pliegues del canal cervical. Cerca de la mitad de los hilos que faltan pueden encontrarse en el canal cervical.
- Si no se puede ubicar los hilos en el canal cervical, es que han subido al útero o que el DIU ha sido expulsado en forma inadvertida. Descarte el embarazo antes de intentar procedimientos más invasivos. Remita a la paciente para su evaluación. Déle un método de respaldo para utilizar mientras tanto, por si el DIU se ha salido.

Nuevos problemas que pueden requerir cambiar de método

Pueden o no deberse al método.

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

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

Sospecha de embarazo

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

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

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

Preguntas y respuestas sobre el dispositivo intrauterino

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

Por sí mismo, el DIU no causa EPI. La gonorrea y la clamidia son las causas primarias directas de EPI. Sin embargo, la inserción del DIU cuando la mujer tiene gonorrea o clamidia puede conducir a EPI. Esto no sucede a menudo. Cuando sucede, es más frecuente que ocurra en los primeros 20 días de la inserción. Se ha estimado que, en un grupo de pacientes en el que las ITS son comunes y las preguntas de pesquisa han identificado la mitad de los casos de ITS, podría haber 1 caso de EPI por cada 666 DIU colocados (o menos de 2 por 1000) (ver Evaluación de la mujer por riesgo de infecciones de transmisión sexual, p. 138).

2. ¿Pueden utilizar el DIU las mujeres jóvenes y de edad más avanzada?

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

3. Si una usuaria actual presenta una infección de transmisión sexual (ITS), o ha quedado en muy alto riesgo de infectarse con una ITS, ¿se le debe retirar el DIU?

No. Si una mujer presenta una nueva ITS después de colocarse un DIU, no está especialmente en riesgo de desarrollar una EPI por causa del DIU. Puede seguir utilizando el DIU mientras se la trata por la ITS. El extraer el DIU no representa ningún beneficio y puede dejarla en riesgo de un embarazo no deseado. Asesórela en el uso del condón y en otras estrategias destinadas a evitar las ITS en el futuro.

4. ¿Los DIU hacen infértil a la mujer?

No. Una vez retirado el DIU, la mujer puede quedar embarazada tan pronto como otra que nunca haya utilizado un DIU, sin perjuicio de que la fertilidad decrece con los años de edad. Hay estudios de buena calidad que han encontrado que no existe un mayor riesgo de infertilidad entre mujeres que han utilizado DIU, incluidas las mujeres jóvenes y mujeres sin hijos. Sin embargo, tenga o no la mujer un DIU, si desarrolla una EPI y ésta no es tratada, existe cierta probabilidad de que se vuelva infértil.

5. ¿Puede utilizar el DIU una mujer que no ha tenido hijos?

Sí. En general, una mujer que no ha tenido hijos puede utilizar el DIU, pero deberá comprender que será más propensa a que el DIU se le salga, debido a que su útero probablemente sea más pequeño que el de una mujer que sí ha tenido hijos.

6. ¿Es posible que el DIU se desplace del útero de la mujer a otras partes del cuerpo, como el corazón o el cerebro?

El DIU nunca se desplaza al corazón, al cerebro, ni a ninguna otra parte del cuerpo fuera del abdomen. Normalmente, el DIU permanece dentro del útero como una semilla dentro de su vaina. Rara vez, el DIU puede atravesar la pared del útero hacia la cavidad abdominal. Esto, en general, se debe a un error en la colocación. Si se descubre eso dentro de aproximadamente 6 semanas de la colocación, o si en cualquier momento causa síntomas, el DIU debe ser retirado mediante cirugía laparoscópica o por laparotomía. Sin embargo, por lo general, el DIU fuera de sitio no causa problemas y debe dejarse donde está. La mujer deberá usar otro método anticonceptivo.

7. ¿La mujer debe tomarse un “período de descanso” después de utilizar su DIU durante varios años o después de alcanzar la fecha recomendada de extracción de su DIU?

No. Esto no es necesario y podría ser perjudicial. Extraer el DIU viejo y colocar el nuevo de inmediato presenta menos riesgo de infección que 2 procedimientos separados. Además, la mujer podría quedar embarazada durante el “período de descanso” antes de colocarse el nuevo DIU.

8. ¿Hay que administrar antibióticos de rutina antes de la colocación del DIU?

No, en general no. La mayor parte de las investigaciones realizadas donde las ITS no son comunes sugieren que el riesgo de EPI es bajo con o sin antibióticos. Cuando se utilizan las preguntas adecuadas de pesquisa para ITS y la colocación del DIU es realizada con procedimientos apropiados de prevención de infecciones (como la técnica de colocación sin contacto), existe bajo riesgo de infección. Sin embargo, los antibióticos deben ser una opción en áreas en que las ITS sean comunes y el tamizaje de ITS limitado.

9. ¿Debe colocarse el DIU únicamente durante la menstruación?

No. Para la mujer que está presentando sus ciclos menstruales, se puede colocar el DIU en cualquier momento del ciclo si se tiene una certeza razonable de que no está embarazada. La menstruación puede ser un buen momento para la colocación del DIU porque da la certeza de que no está embarazada y la inserción resulta más fácil. Sin embargo, durante la menstruación no es tan fácil percibir signos de infección.

10. ¿Debe negarse el DIU a una mujer porque no desea controlar los hilos de su DIU?

No. No debe negársele el DIU a una mujer porque no quiera controlar los hilos de su DIU. Se ha exagerado la importancia de revisar los hilos del DIU. No es común que el DIU se salga y es raro que se salga sin que la mujer lo advierta.

Las mayores posibilidades de salirse se presentan durante los primeros meses de colocado el DIU, durante la menstruación, entre mujeres que se lo colocaron inmediatamente después de un parto, un aborto de segundo o tercer trimestre, o pérdida de embarazo y entre mujeres que nunca han estado embarazadas. La mujer puede revisar los hilos del DIU si quiere tener la seguridad de que está en su sitio. O si no quiere controlar sus hilos, puede fijarse cuidadosamente si se le ha salido el DIU más o menos en el primer mes y en el curso de la menstruación.

11. ¿El DIU aumenta el riesgo de embarazo ectópico?

No. Al contrario, el DIU reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. El embarazo ectópico es raro entre usuarias de DIU. La tasa de embarazos ectópicos entre mujeres con DIU es de 12 por 10.000 mujeres por año. La tasa de embarazos ectópicos entre mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos en los Estados Unidos es de 65 por 10.000 mujeres por año.

En las raras ocasiones en que el DIU falla y ocurre el embarazo, 6 a 8 de cada 100 de esos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayor parte de los embarazos después de fallar el DIU no son ectópicos. Aún así, el embarazo ectópico puede suponer riesgo de muerte, por lo que el proveedor deberá estar prevenido de que el embarazo ectópico es posible si llega a fallar el DIU.

Dispositivo intrauterino con levonorgestrel

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Protección del embarazo por un período prolongado.** Muy eficaz durante 5 años, inmediatamente reversible.
- **Debe ser colocado en el útero por un proveedor con capacitación específica.**
- **Una vez colocado, el DIU-LNG requiere poco de la usuaria.**
- **Los cambios en el sangrado son frecuentes pero no perjudiciales.** Por lo general, sangrado más leve y de menos días de duración, o sangrado infrecuente o irregular.

10

DIU con levonorgestrel

¿En qué consiste el dispositivo intrauterino de levonorgestrel?

- El dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG) es un dispositivo plástico en forma de T que libera constantemente pequeñas cantidades de levonorgestrel cada día. (Levonorgestrel es un progestágeno ampliamente utilizado en implantes y anticonceptivos orales.)
- Un proveedor de atención de salud específicamente capacitado lo coloca en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino.
- También se le conoce como el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, SIU-LNG, o DIU hormonal.
- Comercializado bajo la marca Mirena.
- Funciona fundamentalmente evitando la proliferación del revestimiento del útero (endometrio).

¿Cuál es su eficacia?

Uno de los métodos de mayor eficacia y larga duración:

- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU-LNG en el correr del primer año (2 por 1000 mujeres). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres que utilizan DIU-LNG no quedarán embarazadas.
- Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y el riesgo continúa mientras que la mujer utilice el DIU-LNG.
 - Más de 5 años de uso del DIU-LNG: Menos de 1 embarazo por 100 mujeres (5 a 8 por 1000 mujeres).
- Aprobado para ser utilizado durante más de 5 años.



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

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios

Algunas usuarias informan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:
 - Sangrado más leve y de menos días
 - Sangrado infrecuente
 - Sangrado irregular
 - Ausencia de menstruación
 - Sangrado prolongado
- Acné
- Cefaleas
- Dolor o sensibilidad en los senos
- Náuseas
- Aumento de peso
- Mareos
- Cambios de humor

Otros posibles cambios físicos:

- Quistes ováricos

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- Anemia por deficiencia de hierro

Puede ayudar a proteger contra:

- Enfermedad Pélvica Inflamatoria

Reduce:

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

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Complicaciones

Raras:

- Perforación de la pared del útero por el DIU-LNG o un instrumento utilizado para su colocación. Generalmente cicatriza sin tratamiento.

Muy raras:

- Pérdida de embarazo, parto prematuro o infección para la muy rara circunstancia en que la mujer quede embarazada utilizando el DIU-LNG colocado en su lugar.



Quién puede y quién no puede utilizar DIU de levonorgestrel

Seguro y adecuado para casi todas las mujeres

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

Criterios médicos de elegibilidad para

DIU de levonorgestrel

Realice a la paciente las preguntas de Criterios médicos de elegibilidad para DIU de Cobre (ver p. 135). Incluya además las preguntas de más abajo sobre afecciones conocidas. Si la mujer responde “no” a todas las preguntas de aquí y del DIU de cobre, entonces puede colocársele el DIU-LNG si lo desea. Si la respuesta a una pregunta es “sí”, siga las instrucciones. En algunos casos, aún así podrá colocarse el DIU-LNG.

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

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

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

- NO **SI** Si la mujer relata un coágulo sanguíneo (no coágulos superficiales) y no está recibiendo terapia anticoagulante, no le suministre el DIU-LNG. Ayúdela a elegir un método sin hormonas

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

- NO **SI** Si la mujer relata enfermedad hepática grave en curso (ictericia, hepatitis activa, cirrosis grave, tumor hepático), no suministre el DIU-LNG. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

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

Para clasificaciones completas, ver “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, p. 323. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria vaya a utilizar. Destaque también cualquier afección por la cual no se deba recomendar el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

En casos especiales usar el juicio clínico

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

- Está amamantando y han pasado menos de 4 semanas desde el parto (considerar los riesgos de otro embarazo y que la mujer posiblemente tenga acceso limitado al DIU-LNG)
- Coágulo sanguíneo agudo en venas profundas de piernas o pulmones
- Tuvo cáncer de mama más de 5 años atrás y no ha recaído
- Enfermedad hepática grave, infección hepática o tumor hepático
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)

Ver, también, DIU de Cobre, En casos especiales usar el juicio clínico, p. 136.

Administración del dispositivo intrauterino de levonorgestrel

Cuándo comenzar

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

Situación de la mujer Cuándo comenzar

Tiene ciclos menstruales o cambia de método sin hormonas

En cualquier momento del mes

- Si comienza durante los 7 días de empezar la menstruación, no precisa método de respaldo.
- Si han pasado 7 días desde el comienzo de su menstruación, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe certeza razonable de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo* los primeros 7 días después de colocado el DIU-LNG.

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

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

Cambiar de un método hormonal

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o, de no ser así, si existe certeza razonable de que no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo.
 - Si está dejando los inyectables, puede colocarse el DIU-LNG cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. Necesitará un método de respaldo durante los primeros 7 días después de la colocación.
-

Poco después del parto

- Si no está amamantando, en cualquier momento en el plazo de las 48 horas posteriores al parto. (Se requiere un proveedor con capacitación específica en la colocación del DIU posparto.) Después de 48 horas, esperar por lo menos 4 semanas.
 - Si está amamantando, postergar la colocación del DIU-LNG hasta 4 semanas posparto. (Ver p. 129, Pregunta 8.)
-

Lactancia exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si tuvo su parto hace menos de 4 semanas, postergue la colocación hasta por lo menos 4 semanas posparto. (Ver p. 129, Pregunta 8.)
 - Si su menstruación no se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses. No hay necesidad de método de respaldo.
 - Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG según lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver p. 161).
-

Más de 6 meses después del parto

- Si su menstruación no se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo para los primeros 7 días posteriores a la colocación.
 - Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG según lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver p. 161).
-

Lactancia parcial o no amamantando

Más de 4 semanas después del parto

- Postergue la colocación del DIU-LNG hasta por lo menos 4 semanas después del parto. (ver p. 129, Pregunta 8.)
- Si su menstruación no se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento *si puede determinarse que no está embarazada*. Necesitará un método de respaldo durante los primeros 7 días posteriores a la colocación.
- Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG según lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver p. 161).

Sin menstruación
(no relacionado con parto o lactancia)

- En cualquier momento *si puede determinarse que no está embarazada*. Necesitará un método de respaldo durante los primeros 7 días posteriores a la colocación.

Después de una pérdida de embarazo o aborto

- Inmediatamente, si se coloca el DIU-LNG durante los primeros 7 días posteriores a la pérdida de embarazo o aborto del primer o segundo trimestre y no hay infección presente. No se necesita método de respaldo.
 - Si han pasado más de 7 días desde la pérdida de embarazo o aborto del primer o segundo trimestre y no hay infección presente, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días posteriores a la colocación.
 - Si hay infección presente, trátela o remítala y ayúdela elegir otro método. Si ella aún quiere el DIU-LNG, puede colocárselo una vez que la infección se haya resuelto por completo.
 - La colocación del DIU-LNG después de pérdida de embarazo o aborto del segundo trimestre requiere capacitación. Si no tiene capacitación específica, postergue la colocación hasta por lo menos 4 semanas después de la pérdida de embarazo o aborto.
-

Después de tomar anticonceptivos orales de emergencia (AOE)

- El DIU-LNG puede colocarse durante los primeros 7 días posteriores al inicio de su siguiente menstruación o en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Déle un método de respaldo, o anticonceptivos orales para que comience el día después de terminar de tomar las AOE, para que los utilice hasta que se le coloque el DIU-LNG.
-

Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de la colocación del DIU debe brindarse un asesoramiento detallado sobre los cambios en el sangrado. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir utilizando el método.

Describa los efectos secundarios más comunes

- Cambios en los patrones de sangrado:
 - Ausencia de menstruación, sangrado más leve, menos días de sangrado, sangrado infrecuente o irregular.
 - Acné, cefaleas, sensibilidad y dolor en los senos y posiblemente otros efectos secundarios.
-

Dé una explicación sobre estos efectos secundarios

- En general, los cambios en el sangrado no son signos de enfermedad.
 - Por lo general, tienden a disminuir después de los primeros meses de la colocación.
 - La usuaria puede volver a consultar si le preocupan los efectos secundarios.
-

Esterilización femenina

Puntos clave para proveedores y pacientes

- **Permanente.** Destinado a brindar una protección de por vida, permanente y muy eficaz contra el embarazo. En general no es reversible.
- **Implica un examen físico y cirugía.** El procedimiento lo realiza un proveedor con capacitación específica.
- **No tiene efectos secundarios a largo plazo.**

11

Esterilización femenina

¿Qué es la esterilización femenina?

- Anticoncepción permanente para mujeres que no quieren tener más hijos.
- Los 2 abordajes quirúrgicos de más frecuente utilización son:
 - La minilaparotomía supone la realización de una pequeña incisión en el abdomen. Se traen las trompas de Falopio a la incisión, para cortarlas o bloquearlas.
 - La laparoscopia supone la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopio le permite al médico ver y bloquear o cortar las trompas en el abdomen.
- También llamada esterilización tubaria, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria, salpingectomía, atadura de trompas, minilaparotomía y “la operación.”
- Funciona porque se cortan o bloquean las trompas. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden moverse por las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con el espermatozoides.

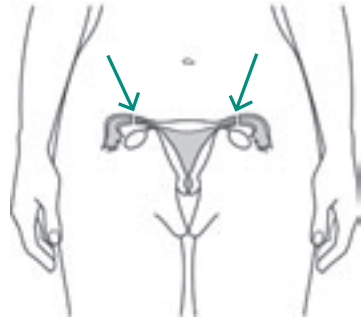


¿Qué tan eficaz es?

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

- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres durante el primer año después del procedimiento de esterilización (5 por 1000). Significa que 995 de cada 1000 mujeres que confían en la esterilización femenina no se embarazan.

- Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y hasta que la mujer alcance la menopausia.
 - Más de 10 años de uso: Aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres (18 a 19 por 1000 mujeres).
- Su eficacia varía ligeramente dependiendo de la forma de bloquear las trompas, pero las tasas de embarazo son bajas para todas las técnicas. Una de las técnicas más eficaces es cortar y atar los extremos cortados de las trompas de Falopio después del parto (ligadura de trompas posparto).



La fertilidad no se restablece porque en general la esterilización no puede interrumpirse ni revertirse. El procedimiento pretende ser permanente. La cirugía para revertirlo es difícil, costosa y no está disponible en la mayoría de las zonas. Cuando se realiza, la cirugía de reversión a menudo no logra que la mujer luego se embarace (ver Pregunta 7, p. 181).

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgos de embarazo
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)

Puede ayudar a proteger contra:

- Cáncer de ovario

Riesgos conocidos para la salud

Poco comunes a extremadamente raros:

- Complicaciones de cirugía y anestesia (ver debajo)

Complicaciones de la cirugía (ver también, Manejo de problemas, p. 178)

Poco comunes a extremadamente raros:

- La esterilización femenina es un método de anticoncepción seguro. Sin embargo, requiere cirugía y anestesia, lo que conlleva algunos riesgos, tales como infección o absceso de la herida. Las complicaciones graves no son comunes. La muerte debida al procedimiento es extremadamente rara.

El riesgo de complicaciones es significativamente más bajo con anestesia local que con anestesia general. Si se usan técnicas adecuadas y el procedimiento se realiza en condiciones apropiadas, las complicaciones pueden mantenerse en un mínimo.

Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 180)

La esterilización femenina:

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

Quién puede someterse a la esterilización femenina

Es seguro para todas las mujeres

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

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

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

La mujer se puede someter a esterilización femenina:

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

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta la esterilización femenina

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



Criterios médicos de elegibilidad para Esterilización femenina

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

En la siguiente lista de verificación:

- *Cautela* significa que el procedimiento puede realizarse en condiciones de rutina pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
- *Demora* significa postergar la esterilización femenina. Estas patologías deben ser tratadas y resueltas antes de poder realizar la esterilización femenina. Proporcione a la usuaria otro método para usar hasta que se pueda someter al procedimiento.

- *Especial* significa que hay que tomar precauciones o hacer preparativos especiales para realizar el procedimiento con cirujano y personal experimentados, equipo para realizar anestesia y soporte médico de respaldo. Para estas patologías también es preciso poder determinar cuál es el procedimiento y el régimen de anestesia más apropiado. Debe darle a la usuaria otro método que pueda usar hasta que se pueda realizar el procedimiento.

I. ¿Presenta o ha presentado algún problema o alguna afección propia de la mujer (trastornos o problemas ginecológicos u obstétricos), como infección o cáncer? De ser así, ¿qué problemas?

- NO ● **SI** Si tiene alguno de los siguientes, sea *cauteloso*:
- Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria después del último embarazo
 - Cáncer de mama
 - Fibromas uterinos
 - Antecedentes de cirugía abdominal o pelviana
- ▶ Si tiene alguno de los siguientes, *demore* la EF:
- Embarazo en curso
 - 7 a 42 días posparto
 - Posparto después de un embarazo con preeclampsia grave o eclampsia
 - Complicaciones posparto o postaborto graves (como infección, hemorragia, o traumatismo) excepto rotura o perforación uterina (*especial*; ver abajo)
 - Mucha sangre acumulada en el útero
 - Sangrado vaginal inexplicado que sugiera una patología médica subyacente
 - Enfermedad pélvica inflamatoria
 - Cervicitis purulenta, clamidia, o gonorrea
 - Cánceres pelvianos (el tratamiento puede causar esterilidad, de cualquier modo)
 - Enfermedad trofoblástica maligna
- ▶ Si presenta alguno de los siguientes, haga preparativos *especiales*:
- SIDA (ver Esterilización femenina en mujeres con VIH, p. 171)
 - Útero fijo a causa de cirugía o infección previas
 - Endometriosis
 - Hernia (de pared abdominal o umbilical)
 - Rotura o perforación uterina posparto o postaborto

(Continuación en la página siguiente)

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

- NO
- **SI** Si presenta alguna de las siguientes patologías, tenga *cautela*:
 - Hipertensión controlada
 - Hipertensión leve (140/90 a 159/99 mm Hg)
 - Antecedentes de accidente cerebrovascular o cardiopatía sin complicaciones
 - ▶ Si presenta alguna de las siguientes patologías, *postergue* la esterilización femenina:
 - Cardiopatía provocada por bloqueo o estenosis arterial
 - Coágulos sanguíneos en venas profundas de miembros inferiores o pulmones
 - ▶ Si presenta alguna de las siguientes patologías, tome precauciones *especiales*:
 - La conjunción de varias patologías, tales como edad avanzada, tabaquismo, hipertensión o diabetes, aumenta las probabilidades de cardiopatía o accidente cerebrovascular
 - Hipertensión arterial moderada o grave (160/100 mm Hg o más)
 - Diabetes de más de 20 años de evolución o daño arterial, a la visión, riñones, o del sistema nervioso provocado por la diabetes
 - Valvulopatía complicada

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

- NO
- **SI** Si presenta alguna de las siguientes patologías o condiciones tenga *cuidado*:
 - Epilepsia
 - Diabetes sin arteriopatía, daño de la visión, renal o del sistema nervioso
 - Hipotiroidismo
 - Cirrosis hepática leve, tumores de hígado (¿Tiene los ojos o la piel inusualmente amarillos?), o esquistosomiasis con fibrosis hepática
 - Anemia ferropénica moderada (hemoglobina 7–10 g/dl)
 - Enfermedad falciforme
 - Anemia hereditaria (talasemia)
 - Nefropatía
 - Hernia diafragmática

- Desnutrición severa (¿Es demasiado delgada?)
 - Obesidad (¿Tiene un sobrepeso extremo?)
 - Cirugía abdominal electiva para cuando se desea hacer la esterilización
 - Depresión
 - Juventud
 - Lupus sin complicaciones
- ▶ Si la usuaria presenta cualquiera de los siguientes, postergue la esterilización femenina:
- Patología sintomática de vesícula biliar
 - Hepatitis viral activa
 - Anemia ferropénica severa (hemoglobina menor a 7 g/dl)
 - Patología pulmonar (bronquitis o neumonía)
 - Infección sistémica o gastroenteritis importante
 - Infección cutánea abdominal
 - Cirugía abdominal de emergencia o infección, o cirugía mayor con inmovilización prolongada
- ▶ Si presenta alguna de las siguientes, tome precauciones especiales:
- Cirrosis hepática grave
 - Hipertiroidismo
 - Trastornos de la coagulación (la sangre no coagula).
 - Patología pulmonar crónica (asma, bronquitis, enfisema, infección pulmonar)
 - Tuberculosis pelviana
 - Lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos) y trombocitopenia grave, o está recibiendo tratamiento inmunosupresor

Esterilización femenina para mujeres con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH, portadoras de SIDA, o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden someterse sin peligro a la esterilización femenina. Para realizar la esterilización femenina en una mujer con SIDA es preciso realizar algunos preparativos especiales.
- Recomiende a estas mujeres usar condones además de la esterilización femenina. Usados sistemática y correctamente, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS.
- Nadie debe ser sometida a coerción ni presión para realizarse esterilización femenina, incluidas las mujeres con VIH.

Proporcionando esterilización femenina

Cuándo realizar el procedimiento

IMPORTANTE: Si no hay una razón médica para postergarla, la mujer puede someterse al procedimiento de esterilización femenina cuando quiera si es razonablemente seguro que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no esté embarazada, use la Lista de verificación del embarazo (ver p. 372).

Situación de la mujer	Cuándo realizarlo
Tiene ciclos menstruales o cambia de método	En cualquier momento del mes <ul style="list-style-type: none">• En cualquier momento dentro de los 7 días siguientes al inicio de su menstruación. No precisa usar otro método antes del procedimiento.• Hace más de 7 días del inicio de su menstruación, se puede someter al procedimiento en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.• Si está sustituyendo anticonceptivos orales, puede seguir tomando las pastillas hasta que haya terminado el paquete para mantener su ciclo regular.• Si está sustituyendo un DIU, se puede someter al procedimiento inmediatamente (ver DIU de Cobre, cambiar el DIU a otro método, p. 148).
No menstrúa	<ul style="list-style-type: none">• En cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.
Después del parto	<ul style="list-style-type: none">• Inmediatamente o dentro de los 7 días siguientes al parto, si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado.• En cualquier momento en las 6 semanas o más siguientes al parto si es razonablemente seguro que no esté embarazada.
Después de pérdida de embarazo o aborto	<ul style="list-style-type: none">• Dentro de las 48 horas de un aborto no complicado si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado.
Después de usar anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	<ul style="list-style-type: none">• El procedimiento de esterilización puede ser realizado durante los primeros 7 días después del inicio de su próxima menstruación o cualquier otro momento en que se esté razonablemente seguro que no esté embarazada. Déle un método de respaldo o anticonceptivos orales y dígame que comience a tomarlos cuando termine los PAE, y que los use hasta que se pueda someter al procedimiento.



Asegurar la elección informada

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

Los 6 puntos del consentimiento informado

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

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

Considere que la esterilización es permanente

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

Puede servir plantear algunas preguntas. El proveedor podría preguntar:

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

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

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

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

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

La decisión sobre la esterilización corresponde sólo a las usuarias y los usuarios

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

Realización del procedimiento de esterilización

Explicación del procedimiento

Una mujer que ha elegido la esterilización femenina tiene que saber lo que ocurrirá durante el procedimiento. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Para aprender a hacer la esterilización femenina se requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no da instrucciones detalladas.

(La siguiente descripción se aplica a procedimientos realizados más de 6 semanas después del parto. El procedimiento usado hasta los 7 días después del parto es levemente diferente.)

Procedimiento de minilaparotomía

1. El proveedor usa procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento (ver Prevención de infecciones en la clínica, p. 312).
2. El proveedor realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.
3. La mujer generalmente recibe una sedación liviana (con píldoras o por vía intravenosa) para relajarla. Se mantiene despierta. Se le inyecta un anestésico local por encima de la línea de vello pubiano.
4. El proveedor hace una incisión pequeña vertical (2-5 centímetros) en el área anestesiada. Por lo general, causa poco dolor. (Para la mujer que acaba de tener un parto, la incisión se hace horizontalmente en el borde inferior del ombligo.)
5. El proveedor inserta un instrumento especial (elevador uterino) en la vagina, atravesando el cérvix, entrando al útero para elevar las dos trompas de Falopio para que estén más cerca de la incisión. Esto puede provocar molestia.
6. Se hace la ligadura y se corta cada trompa o se cierran con un gancho o una argolla.
7. El proveedor cierra la incisión con puntos y la cubre con una venda adhesiva.
8. La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer al irse de la clínica u hospital (ver Explicación sobre los autocuidados luego de la esterilización Femenina, p. 177). Usualmente puede irse en unas pocas horas.



El procedimiento laparoscópico

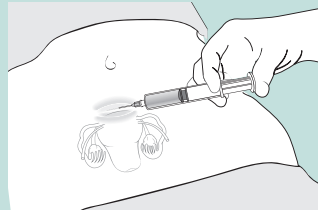
1. El proveedor usa procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento (ver Prevención de infecciones en la clínica, p. 312).
2. El proveedor realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.
3. La mujer habitualmente recibe una sedación liviana (con píldoras o por vía intravenosa) para relajarla. Se mantiene despierta. Se le inyecta un anestésico local bajo el ombligo.
4. El proveedor coloca una aguja especial en el abdomen de la mujer y a través de la aguja, insufla el abdomen con gas o aire. Esto eleva la pared del abdomen, y la separa de los órganos pelvianos.

5. El proveedor hace una incisión pequeña (alrededor de un centímetro) en el área anestesiada e inserta un laparoscopio. El laparoscopio es un tubo largo y delgado que contiene lentes. A través de las lentes el proveedor puede ver el interior del organismo y localizar las 2 trompas de Falopio.
6. El proveedor inserta un instrumento a través del laparoscopio (o, algunas veces, a través de una segunda incisión) para cerrar las trompas de Falopio.
7. Se cierra cada trompa con un gancho o una argolla, o con una corriente eléctrica aplicada para bloquear la trompa (electrocoagulación).
8. El proveedor retira el instrumento y el laparoscopio. Se deja salir el gas o el aire del abdomen de la mujer. El proveedor cierra la incisión con puntos y la cubre con una venda adhesiva.
9. La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer una vez que se va de la clínica u hospital (ver Explicación de los autocuidados para la esterilización femenina, en la página siguiente). Usualmente puede irse en unas pocas horas.

Anestesia local es mejor para la esterilización femenina

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

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



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

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

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

En algunos casos puede necesitarse anestesia general. Ver Criterios médicos de elegibilidad para esterilización femenina, p. 168, para afecciones médicas que necesitan preparativos especiales, que podrían incluir anestesia general.

Apoyo a la usuaria

Explicación del autocuidado para la esterilización femenina

Antes del procedimiento la mujer debería

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

Después del procedimiento la mujer debería



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

Qué hacer con los problemas más comunes

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

Planificar la visita de control

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

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

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

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

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

Ayuda a las usuarias

Manejo de problemas

Problemas comunicados como complicaciones

- Los problemas afectan la satisfacción de la mujer con la esterilización femenina. Hay que prestarles atención. Si la usuaria refiere complicaciones de la esterilización femenina, escuche sus inquietudes y si corresponde, trátela.

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

- Limpie el área infectada con agua y jabón o con un antiséptico
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquelo a la usuaria que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si la infección no se ha resuelto.

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

- Limpie el área con un antiséptico.
- Abra con un corte (incisión) y drene el absceso.
- Trate la herida.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquelo a la usuaria que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si siente rubor, calor, dolor o le supura o tiene secreción por la herida.

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

- Ver Manejo del embarazo ectópico, a continuación.

Sospecha de embarazo

- Descartar embarazo, incluso el embarazo ectópico.

Manejo del embarazo ectópico

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

Preguntas y respuestas sobre la esterilización femenina

1. ¿La esterilización altera la menstruación o la interrumpe?

No. La mayoría de los estudios de investigación encuentran que no aparecen alteraciones importantes en los patrones de sangrado tras la esterilización femenina. Si una mujer estaba usando un método hormonal o un DIU antes de la esterilización, su patrón de sangrado volverá al mismo patrón que antes de usar esos métodos. Por ejemplo, las mujeres que pasan de los anticonceptivos orales combinados a la esterilización femenina pueden notar un sangrado más profuso cuando su menstruación recupera los patrones habituales. Es de destacar, sin embargo, que la menstruación habitualmente se hace menos regular a medida que se acerca la menopausia.

2. ¿La esterilización hace que la mujer pierda el deseo sexual? ¿La hace engordar?

No. Después de la esterilización la mujer luce y se siente igual que antes. Puede tener sexo igual que antes. Puede hallar que disfruta más del sexo porque no tiene que preocuparse de quedar embarazada. No aumentará de peso a causa del procedimiento de esterilización.

3. ¿Hay que ofrecer esterilización sólo a mujeres que hayan tenido una cierta cantidad de hijos, que hayan alcanzado una cierta edad, o que estén casadas?

No. No hay ninguna justificación para negar la esterilización a una mujer debido a su edad, la cantidad de hijos vivos, o su estado civil. Los proveedores de atención de salud no deben imponer reglas rígidas en cuanto a la edad, la cantidad de hijos, edad del último hijo, o estado civil. Debe permitirse a toda mujer que decida por sí misma si quiere o no tener más hijos y si quiere o no la esterilización.

4. ¿No es más fácil para la mujer y el proveedor de atención de salud usar anestesia general? ¿Por qué usar anestesia local?

La anestesia local es más segura. La anestesia general es más riesgosa que el procedimiento de esterilización en sí. El uso correcto de la anestesia local elimina la mayor fuente de riesgo de los procedimientos de esterilización femenina— la anestesia general. Asimismo, después de la anestesia general, las mujeres a menudo presentan náuseas. Esto no ocurre con tanta frecuencia tras la anestesia local.

Sin embargo, cuando se use la anestesia local con sedación, los proveedores deben tener cuidado de no excederse en la dosis de sedación de la mujer. Deben tratar a la mujer con suavidad y hablarle durante el procedimiento. Esto ayuda a tranquilizarla. Con muchas usuarias es posible prescindir de los sedantes, especialmente cuando se hace un buen asesoramiento y el proveedor está bien capacitado.

5. ¿Una mujer que se ha hecho un procedimiento de esterilización alguna vez se tiene que preocupar nuevamente de quedar embarazada?

Generalmente no. La esterilización femenina es muy eficaz en la prevención del embarazo y se supone que sea permanente. Sin embargo, no es el 100% eficaz. Las mujeres que han sido esterilizadas tienen un ligero riesgo de quedar embarazadas: alrededor de 5 de cada 1000 mujeres quedan embarazadas en el transcurso del primer año del procedimiento. El pequeño riesgo de embarazo se mantiene más allá del año y hasta que la mujer alcance la menopausia.

6. El embarazo después de la esterilización femenina es infrecuente, ¿pero hay algún caso?

En general lo que ocurre es que la mujer ya estaba embarazada en el momento de la esterilización. En algunos casos se produce una abertura de la trompa de Falopio. También puede producirse el embarazo si el proveedor hace un corte en el lugar equivocado en vez de las trompas.

7. ¿Puede revertirse la esterilización si la mujer decide que quiere tener otro hijo?

Generalmente no. La esterilización pretende ser permanente. La gente que posiblemente quiera tener más hijos debería optar por otro método de planificación familiar. La cirugía que pretende revertir la esterilización tiene éxito sólo en algunas mujeres— aquellas a las que les queda suficiente trompa de Falopio. Incluso entre estas mujeres, la reversión a menudo no termina en embarazo. El procedimiento es difícil y caro y es difícil encontrar proveedores capaces de realizar este tipo de cirugía. Cuando se presenta el embarazo después de la reversión, el riesgo que el embarazo sea ectópico es mayor que lo habitual. Por lo tanto, la esterilización debe considerarse irreversible.

8. ¿Es mejor que la mujer se someta a esterilización femenina o que el hombre se haga una vasectomía?

Cada pareja debe decidir por sí misma qué método le resulta mejor. Ambos son métodos permanentes, muy eficaces y seguros para las parejas que saben que no quieren tener más hijos. Idealmente, una pareja debería considerar ambos métodos. Si ambos son aceptables para la pareja, debería preferirse la vasectomía porque es más sencilla, segura, fácil y más barata que la esterilización femenina.

9. ¿Duele el procedimiento de esterilización femenina?

Sí, un poco. Las mujeres reciben anestesia local para eliminar el dolor y excepto en casos especiales, permanecen despiertas. La mujer puede sentir que el proveedor mueve su útero y las trompas de Falopio. Esto puede resultar incómodo. Si hay un anestesista capacitado y se dispone de un equipo adecuado, puede optarse por la anestesia general para las mujeres que le temen mucho al dolor. La mujer puede sentirse dolorida y débil durante varios días o incluso unas pocas semanas después de la cirugía, pero pronto recuperará su fuerza.

10. ¿Cómo pueden los proveedores ayudar a la mujer a decidir sobre la esterilización femenina?

Proporcionando información clara y balanceada acerca de la esterilización femenina y otros métodos de planificación familiar y ayudando a la mujer a meditar su decisión. Pueden hablar minuciosamente sobre sus sentimientos acerca de tener hijos y poner fin a su fertilidad. Por ejemplo, un proveedor puede ayudar a una mujer a pensar cómo se sentiría sobre posibles cambios en su vida, como un cambio de pareja o la muerte de un hijo. Revise los 6 Puntos del consentimiento Informado para asegurarse de que la mujer comprenda el procedimiento de esterilización (ver p. 173).

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

No. Al contrario, la esterilización femenina reduce en gran medida el riesgo de embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos son muy infrecuentes entre las mujeres sometidas a un procedimiento de esterilización. La tasa de embarazos ectópicos entre las mujeres después de la esterilización femenina es de 6 por 10.000 mujeres por año. La tasa de embarazos ectópicos entre las mujeres en los Estados Unidos que no usan ningún método anticonceptivo es 65 por 10.000 mujeres por año.

En raras ocasiones la esterilización fracasa y ocurre embarazo, 33 de cada 100 (1 de cada 3) de estos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayoría de los embarazos que ocurren luego de falla de la esterilización no son ectópicos. Aún así, el embarazo ectópico puede amenazar la vida, por lo que un proveedor debería ser consciente de que existe la posibilidad de embarazo ectópico si falla la esterilización.

12. ¿Dónde puede realizarse la esterilización femenina?

Si no hay ninguna patología médica preexistente que requiera preparativos especiales:

- La minilaparotomía puede realizarse en las maternidades y en instalaciones de salud básicas donde se puede hacer la cirugía. Eso incluye las unidades permanentes y transitorias que pueden remitir a la mujer a un nivel de atención superior en caso de emergencia.
- La laparoscopia requiere un centro mejor equipado, donde se realice el procedimiento regularmente y haya anestesiista disponible.

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

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

Vasectomía

Puntos clave para proveedores y usuarios

- **Permanente.** Destinado a brindar una protección de por vida, permanente y muy eficaz contra el embarazo. Generalmente es irreversible.
- **Se trata de un procedimiento quirúrgico seguro y sencillo.**
- **Demora 3 meses en actuar.** El hombre o la pareja deben usar condones u otro método anticonceptivo durante los 3 meses siguientes a la vasectomía.
- **No afecta el desempeño sexual masculino.**

¿En qué consiste la vasectomía?

- Es un método de anticoncepción masculina permanente para aquellos hombres que no quieren más hijos.
- A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el proveedor ubica ambos conductos que transportan el espermatozoides al pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).
- También llamada esterilización masculina y anticoncepción quirúrgica masculina.
- Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo el pasaje de los espermatozoides del semen. Se eyacula el semen, pero no puede generar embarazo.

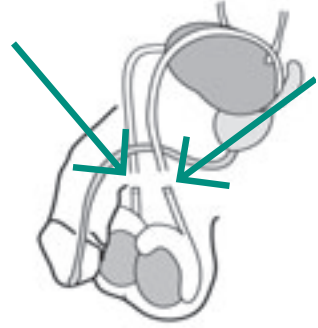
¿Cuál es su eficacia?

Es uno de los métodos más eficaces, pero se acompaña de un pequeño riesgo de fracaso:

- En los casos en los que el hombre no se puede hacer el examen de semen 3 meses después del procedimiento para ver si todavía contiene espermatozoides, las tasas de embarazo son alrededor de 2 a 3 por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja. Esto significa que de 97 a 98 de 100 mujeres cuyas parejas se hayan hecho una vasectomía no van a quedar embarazadas.
- En los casos en los que el hombre se puede hacer el examen de semen después de la vasectomía, hay menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja (2 por 1000). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres cuyas parejas se han hecho vasectomías no quedarán embarazadas.



- La vasectomía no es totalmente eficaz hasta 3 meses después del procedimiento.
 - En el correr del primer año ocurren algunos embarazos porque la pareja no usa condones u otro método eficaz sistemática y correctamente en los primeros 3 meses, antes de que la vasectomía sea plenamente eficaz.
- Sigue manteniéndose un riesgo de embarazo más allá del primer año después de la vasectomía y hasta que la pareja del hombre alcance la menopausia.



- Más de 3 años de uso: Alrededor de 4 embarazos por cada 100 mujeres
- Si la pareja de un hombre que se ha hecho una vasectomía queda embarazada, puede ser porque:
 - La pareja no usó siempre otro método durante los primeros 3 meses siguientes al procedimiento
 - El proveedor cometió algún error
 - Los extremos por los que se cortaron los conductos deferentes se volvieron a juntar

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

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): ninguna

Por qué algunos hombres dicen que les gusta la vasectomía

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

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios, beneficios conocidos para la salud y riesgos para la salud

Ninguno

Complicaciones (ver también Manejo de problemas, p. 194)

Infrecuentes a raras:

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

Infrecuentes a muy raras:

- Infección en el sitio de incisión o dentro de la incisión (infrecuente con la técnica de incisión convencional; muy raro con la técnica sin bisturí; ver Técnicas de vasectomía, p. 190).

Raras:

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

Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 195)

Vasectomía:

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

¿Quién se puede hacer una vasectomía?

Es segura para todos los hombres

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

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

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

Los hombres se pueden hacer la vasectomía:

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



Vasectomía

Todos los hombres se pueden hacer una vasectomía. No hay ninguna patología médica que impida que un hombre se haga una vasectomía. Esta lista de verificación interroga al usuario sobre patologías médicas que puedan limitar el lugar o el modo en que se debe realizar el procedimiento de vasectomía. Pregúntele al usuario las siguientes preguntas. Si responde “no” a todas las preguntas, se puede hacer la vasectomía en condiciones de rutina sin demoras. Si responde “sí” a la siguiente pregunta, siga las instrucciones, que recomiendan cautela, postergar el procedimiento, o tomar precauciones especiales.

En la lista de verificación a continuación:

- *Cautela* quiere decir que se puede realizar el procedimiento en condiciones de rutina pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
- *Postergar* significa dejar la vasectomía para más adelante. Estas afecciones deben ser tratadas y resueltas antes de que se pueda hacer la vasectomía. Déle al usuario otro método para usar hasta que se pueda realizar el procedimiento.
- *Especial* significa que hay que hacer preparaciones especiales para realizar el procedimiento en una situación con un cirujano y personal experimentado y el equipamiento como para administrar anestesia general y otro apoyo médico de respaldo. Para estas condiciones, también se necesita la capacidad para decidir cuál es el procedimiento más apropiado y el régimen anestésico. Déle al usuario un método de respaldo* para usar hasta que se pueda realizar el procedimiento.

I. ¿Tiene algún problema con sus genitales, como infecciones, tumefacción, lesiones, o bultos en el pene o el escroto? De ser así, ¿qué problemas?

- NO **SI** Si presenta alguno de los siguientes. Tenga *cautela*:
- Lesión escrotal previa
 - Escroto inflamado a causa del agrandamiento de venas o de membranas en el cordón espermático o testículos (gran varicocele o hidrocele)
 - Testículo no descendido— sólo de un lado. (Se realiza la vasectomía sólo del lado normal. Luego, si hay espermatozoides presentes en una muestra de semen después de 3 meses, hay que hacer también el otro lado.)

(Continúa en la página siguiente)

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

Criterios médicos de elegibilidad para vasectomía (continuación)

- ▶ Si presenta cualquiera de los siguientes, *postergue* la vasectomía:
 - Infección de transmisión sexual activa
 - Punta del pene, conductos espermáticos (epidídimo), o testículos tumefactos, dolorosos o inflamados
 - Infección cutánea del escroto o tumoración escrotal
- ▶ Si presenta cualquiera de los siguientes, tome precauciones *especiales*:
 - Hernia inguinal. (De ser capaz de hacerlo, 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

2. ¿Presenta alguna otra patología, condición o infección? De ser así, ¿cuál?

- NO **SI** Si presenta cualquiera de los siguientes, tenga *cautela*:
- Diabetes
 - Depresión
 - Juventud
 - Lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos) y está recibiendo tratamiento inmunosupresor
- ▶ Si presenta cualquiera de los siguientes, *postergar* la vasectomía:
- Infección sistémica o gastroenteritis
 - Filariasis o elefantiasis
- ▶ Si presenta cualquiera de los siguientes, tome precauciones *especiales*:
- SIDA (ver Vasectomía para los hombres con VIH, a continuación)
 - La sangre no coagula (coagulopatía)
 - Lupus y trombocitopenia grave

Vasectomía para los hombres con VIH

- Los hombres que están infectados con VIH, que tienen SIDA, o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden hacerse la vasectomía con seguridad. En un hombre con SIDA se requieren algunas preparaciones especiales.
- La vasectomía no evita la transmisión del VIH.
- Recomiende a estos hombres que usen condones además de la vasectomía. Usados sistemática y correctamente, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS.
- Nadie debe ser coercionado o presionado para hacerse una vasectomía y eso incluye a los hombres con VIH.

Realización de la vasectomía

Cuándo realizar el procedimiento

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



Asegurar una elección informada

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

Los 6 puntos del consentimiento informado

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

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

Técnicas de vasectomía

Llegada al conducto: vasectomía sin bisturí

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

Diferencias con respecto al procedimiento convencional que usa incisiones:

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

Ventajas:

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

Ambos procedimientos, sin bisturí y con incisión convencional, son rápidos, seguros y eficaces.

Bloqueo de los deferentes

Para la mayoría de las vasectomías se utiliza ligadura y exéresis. Esto implica cortar y extirpar un pequeño trozo de cada conducto y luego atar los dos extremos remanentes del conducto. Este procedimiento tiene una tasa baja de fracasos. La aplicación de calor o electricidad en los cabos de cada conducto (cauterización) tiene una tasa de fracasos más baja que la ligadura y la exéresis. Las probabilidades de que una vasectomía falle se pueden reducir aún más si se envuelve la punta cortada del conducto, después que se ataron o cauterizaron los extremos, en la fina capa de tejido que rodea el conducto (interposición de fascia). Si se cuenta con la capacitación y los equipos necesarios, se recomienda cauterizar y/o interponer fascia. No se recomienda bloquear el conducto con agrafes, ya que da cifras más altas de embarazos.

Realización del procedimiento de vasectomía

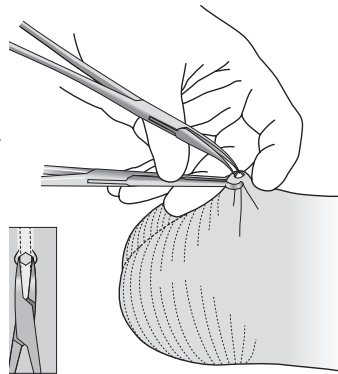
Explicación del procedimiento

El hombre que ha elegido la vasectomía tiene que saber qué va a ocurrir durante el procedimiento. La descripción que sigue puede ayudar a explicarlo. El aprendizaje del procedimiento de vasectomía requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no busca dar instrucciones detalladas.

1. El proveedor usa en todo momento procedimientos correctos de prevención de infecciones (ver Prevención de infecciones en la clínica, p. 312).
2. El hombre recibe una inyección de anestésico local en el escroto para evitar el dolor. Permanece despierto durante el procedimiento.
3. El proveedor palpa la piel del escroto para ubicar cada conducto deferente— los 2 conductos del escroto que transportan los espermatozoides.

4. El proveedor hace la punción o incisión cutánea:

- Usando la técnica de vasectomía sin bisturí, el proveedor toma el conducto con pinzas especialmente diseñadas y hace una pequeña punción en la piel en la línea media del escroto con un instrumento quirúrgico especial afilado.



- Usando el procedimiento convencional, el proveedor hace 1 ó 2 pequeñas incisiones en la piel con el bisturí.

5. El proveedor eleva una pequeña asa de cada conducto desde el sitio de punción o incisión. La mayoría de los proveedores seccionan luego cada conducto y atan uno o los dos cabos con hilo. Algunos obturan los conductos con calor o electricidad. También pueden rodear un extremo del conducto en la capa delgada de tejido que rodea el conducto (ver Técnicas de vasectomía, página anterior).
6. Se cubre la punción con un vendaje adhesivo y, si es una incisión, se puede cerrar con puntos.
7. El hombre recibe instrucciones sobre qué hacer luego de abandonar la clínica o el hospital (ver Explicación de autocuidados luego de vasectomía, p. 192). Es posible que se sienta mareado después del procedimiento. Primero se tiene que poner de pie con ayuda y debe mantener reposo de 15 a 30 minutos. Lo habitual es que pueda irse en el correr de la primera hora.

Apoyo al usuario

Explicación del autocuidado para la vasectomía

Antes del procedimiento el hombre debería

- Vestir prendas limpias y flojas al acudir al centro.

Después del procedimiento el hombre debería



- Descansar durante 2 días, de ser posible.
- De ser posible, debe aplicar compresas frías sobre el escroto las primeras 4 horas, para reducir el dolor y el sangrado. Tendrá molestia, hinchazón y equímosis, que deberían desaparecer en 2 ó 3 días.
- Usar calzoncillos o pantalones ajustados durante 2 ó 3 días para ayudar a sostener el escroto. Esto disminuye la hinchazón, el sangrado y el dolor.
- Mantener el sitio de punción/incisión limpio y seco durante 2 ó 3 días. Puede utilizar una toalla para limpiar su cuerpo pero no debe empararlo con agua.
- Abstenerse de tener sexo durante al menos 2 ó 3 días.
- Usar condones u otro método eficaz de planificación familiar durante 3 meses después del procedimiento. (La alternativa recomendada previamente, esperar 20 eyaculaciones, ha resultado menos confiable que esperar 3 meses, y ya no se recomienda.)

Qué hacer con los problemas más comunes

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

Planificar la visita de control

- Dígle que vuelva a los 3 meses, para analizarse el semen, si se cuenta con esa posibilidad (ver Pregunta 4, p. 196).
 - Sin embargo, no debería negársele la vasectomía a nadie por el hecho de que su seguimiento pueda resultar dificultoso o imposible.
-

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

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

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

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



Ayuda a los usuarios

Manejo de problemas

Problemas comunicados como complicaciones

- Existen problemas de la vasectomía que afectan la satisfacción del hombre. Hay que prestarles atención. Si el usuario refiere complicaciones de la vasectomía, escuche sus inquietudes y si corresponde, trátelo.

Sangrado o coágulos después del procedimiento

- Tranquilícelo diciendo que los sangrados leves y los coágulos pequeños no infectados habitualmente desaparecen sin tratamiento en un par de semanas.
- Los coágulos de sangre de gran tamaño pueden requerir drenaje quirúrgico.
- Los coágulos de sangre infectados requieren antibióticos y hospitalización.

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

- Limpie el área infectada con agua y jabón o con un antiséptico.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquelo al usuario que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si la infección no se ha resuelto.

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

- Limpie el área con un antiséptico.
- Abra con un corte (incisión) y drene el absceso. Trate la herida.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquelo al usuario que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si siente rubor, calor, dolor o supura o tiene secreción por la herida.

Dolor que se prolonga meses

- Sugiera elevar el escroto con ropa interior ajustada, pantalones cómodos o un suspensor.
- Sugiera baños de agua tibia.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Adminístrele antibióticos si se sospecha infección.
- Si el dolor persiste y se hace intolerable, remítalo para otros cuidados (ver Pregunta 2, página siguiente).

Preguntas y respuestas sobre la vasectomía

1. ¿La vasectomía hace que el hombre pierda su capacidad sexual? ¿Lo debilita o lo hace engordar?

No. Después de la vasectomía, el hombre tiene el mismo aspecto y se siente igual que antes. Puede tener sexo igual que antes. Sus erecciones tendrán la misma firmeza y duración que antes y las eyaculaciones de semen serán iguales. Puede trabajar tan duro como antes y no aumentará de peso debido a la vasectomía.



2. ¿Después de la vasectomía duele durante mucho tiempo?

Algunos hombres relatan dolor crónico o molestia en el escroto que puede durar de 1 a 5 años o más después de una vasectomía. En los estudios de mayor tamaño, de varios miles de hombres, menos de 1% relató dolor en el escroto o testículos que requirieron tratamiento quirúrgico. En estudios de menor tamaño, de alrededor de 200 hombres, hasta el 6% relató un dolor intenso en el escroto o testículos más de 3 años después de la vasectomía. En un grupo similar de hombres que no se habían hecho vasectomía, sin embargo, el 2% relató un dolor similar. Unos pocos de los hombres con dolor intenso manifiestan que lamentan haberse hecho la vasectomía. No se conoce la causa del dolor. Puede ser debido a acumulación de esperma que se ha escurrido a través de conductos deferentes mal sellados o ligados, o por lesión nerviosa. El tratamiento incluye la elevación del escroto y administración de analgésicos. Se puede inyectar un anestésico en el cordón espermático para dormir los nervios que inervan los testículos. Algunos proveedores relatan que la cirugía de remoción del sitio doloroso o de reversión de la vasectomía alivia el dolor. Es inhabitual ver un dolor intenso, de larga duración, luego de la vasectomía, pero es preciso comunicarle la posibilidad de este riesgo a todos los hombres que consideren una vasectomía.

3. ¿Después de una vasectomía, el hombre tiene que usar otro método anticonceptivo?

Sí, los primeros 3 meses. Si su pareja ha estado utilizando un método anticonceptivo, puede seguir usándolo durante este tiempo. El no usar otro método en los primeros 3 meses es la principal causa de embarazos entre las parejas que confían en la vasectomía.

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

Sí. Un proveedor puede examinar una muestra de semen por microscopio para ver si todavía contiene espermatozoides. Si el proveedor no logra ver espermatozoides móviles, la vasectomía está funcionando. Se recomienda hacer un análisis del semen en cualquier momento después de los 3 meses siguientes al procedimiento, pero no es esencial.

Si hay menos de un espermatozoide inmóvil cada 10 campos con alto aumento (menos de 100.000 espermatozoides por mililitro) en la muestra fresca, el hombre puede entonces confiar en su vasectomía y dejar de usar un método anticonceptivo de respaldo. Si su semen contiene más espermatozoides móviles, el hombre debe seguir usando un método de respaldo y volver a la clínica mensualmente para un análisis del semen. Si su semen sigue presentando espermatozoides móviles, tal vez tenga que repetirse la vasectomía.

5. ¿Qué pasa si la pareja queda embarazada?

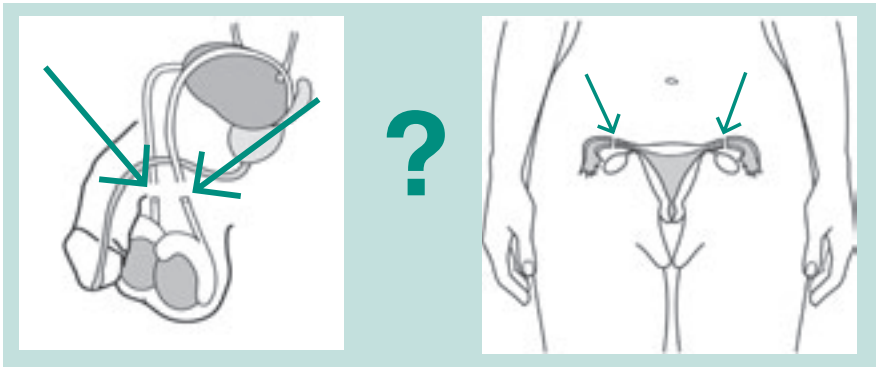
Todo hombre que se hace una vasectomía debe saber que esos procedimientos algunas veces fracasan y que como resultado su pareja podría quedar embarazada. No debería suponer que su pareja le ha sido infiel si queda embarazada. Si la pareja de un hombre queda embarazada en el transcurso de los 3 meses siguientes a su vasectomía, recuérdle al hombre que era preciso usar otro método anticonceptivo durante los primeros 3 meses. De ser posible, ofrezca hacer un análisis del semen y, si se hallaran espermatozoides, se puede repetir la vasectomía.

6. Después de un tiempo ¿es posible que la vasectomía deje de funcionar?

Generalmente no. La vasectomía pretende ser permanente. Sin embargo, en raros casos, los conductos que transportan los espermatozoides vuelven a comunicarse y es preciso repetir la vasectomía.

7. Si un hombre decide tener otro hijo, ¿puede revertirse la vasectomía?

Generalmente, no. La vasectomía pretende ser permanente. Las personas que puedan cambiar de opinión deberían optar por algún otro método. Es posible operar para revertir la vasectomía sólo en algunos hombres y la reversión a menudo no lleva a embarazo. El procedimiento es difícil y caro y es difícil encontrar proveedores capaces de realizar esa cirugía. Por ende, debería considerarse que la vasectomía es irreversible.



8. ¿Es mejor que el hombre se haga una vasectomía o que la mujer se haga la esterilización femenina?

Cada pareja debe decidir por sí sola cuál es el mejor método para ellos. Ambos son métodos muy eficaces, seguros y permanentes para las parejas que saben que no querrán más hijos. Idealmente, la pareja debe considerar ambos métodos. Si ambos son aceptables para la pareja, sería preferible la vasectomía porque es más sencilla, segura, más fácil y más barata que la esterilización femenina.

9. ¿Cómo pueden los proveedores de salud ayudar al hombre a decidirse acerca de la vasectomía?

Pueden proporcionar información clara y equilibrada sobre la vasectomía y otros métodos de planificación familiar y ayudar al hombre a meditar plenamente su decisión. Hable minuciosamente acerca de sus sentimientos con respecto a tener hijos y poner fin a su fertilidad. Por ejemplo, un proveedor puede ayudar a un hombre a pensar sobre posibles cambios en su vida, como cambio de pareja o la muerte de un hijo. Revisar la sección: Los 6 puntos del consentimiento informado para asegurarse de que el hombre comprenda el procedimiento de la vasectomía (ver p. 189).

10. ¿Debería ofrecerse la vasectomía sólo a los hombres que hayan llegado a determinada edad o que tengan un cierto número de hijos?

No. No existe ninguna justificación para negarle la vasectomía a un hombre simplemente por su edad, la cantidad de hijos vivos que tenga, o su estado civil. Los proveedores de atención de salud no deben imponer reglas rígidas sobre la edad, el número de hijos, la edad del hijo menor, o el estado civil. Se le debe permitir a todo hombre decidir por sí mismo si quiere tener más hijos o no y si se quiere hacer la vasectomía.

11. ¿La vasectomía aumenta el riesgo de cáncer o de cardiopatía más adelante en la vida del hombre?

No. Las evidencias que surgen de estudios de gran tamaño y bien diseñados muestran que la vasectomía no aumenta los riesgos de cáncer de testículo (cáncer testicular), de cáncer de próstata o de cardiopatía.

12. ¿Un hombre con una vasectomía puede transmitir o contagiarse con infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido VIH?

Sí. Las vasectomías no protegen contra las ITS, incluido el VIH. Todos los hombres en riesgo de ITS/VIH, se hayan practicado o no una vasectomía, tienen que usar condones para protegerse a sí mismos y a sus parejas de la infección.

13. ¿Dónde se pueden realizar las vasectomías?

Si no hay ninguna patología médica previa que requiera alguna preparación especial, se puede realizar la vasectomía en casi cualquier dependencia sanitaria, como centros de salud, clínicas de planificación familiar y consultorios privados. En los lugares en los que no se dispone de otros servicios de vasectomía, los equipos móviles pueden realizar vasectomías y todo tipo de exámenes de seguimiento en instalaciones sanitarias básicas y vehículos especialmente equipados, siempre y cuando se disponga de medicamentos, insumos, instrumentos y equipos.

Condomes masculinos

En este capítulo se describen los condones masculinos de látex. En algunas áreas se dispone de condones femeninos, generalmente de plástico, que se insertan en la vagina (ver *Condomes femeninos*, p. 211, y *Comparación de condones*, p. 360).

Puntos clave para los proveedores y usuarios

- **Los condones masculinos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.** Los condones son el único método anticonceptivo que puede proteger tanto contra embarazo como infecciones de transmisión sexual.
- **Requiere el uso correcto con cada acto sexual para una mayor eficacia.**
- **Requiere la cooperación tanto del hombre como de la mujer.** Hablar sobre el uso de condones antes del sexo puede mejorar las probabilidades de que los usen.
- **En algunos hombres puede amortiguar la sensación sexual.** Hablarlo con la pareja a veces ayuda a vencer esta objeción.

¿Qué son los condones masculinos?

- Son fundas, o forros, que se adaptan a la forma del pene erecto.
- Reciben también el nombre de preservativos, condones, “forros” y profilácticos; o se les conoce también por el nombre de una de las muchas marcas.
- La mayoría está hecha de una fina goma de látex.
- Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que las infecciones en el semen, en el pene, o en la vagina infecten a la pareja.

¿Cuál es su eficacia?

La eficacia depende del usuario: El riesgo de embarazo o de infección de transmisión sexual (ITS) es mayor cuando no se utilizan los condones en cada acto sexual. Son muy pocos los casos de embarazos o infecciones que ocurren por el uso incorrecto del condón, o porque se salga o se rompa.

Protección contra embarazos:

- Tal como se utilizan comúnmente, hay alrededor de 15 embarazos por 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos durante el primer año. Esto significa que 85 de cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos no quedarán embarazadas.
- Cuando se usan correctamente, con cada acto sexual, hay alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos en el primer año.

Recuperación de la fertilidad después de dejar de usar condones:

No hay demoras

Protección contra VIH y otras ITS:

- Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con VIH cuando se usan correctamente, con cada acto sexual.
- Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los condones evitan entre el 80% y el 95% de la transmisión del VIH que hubiera ocurrido sin ellos (ver Pregunta 2, p. 208).
- Los condones reducen el riesgo de contagio de muchas ITS cuando se usan sistemática y correctamente.
 - Protegen mejor contra la diseminación a través del flujo o secreciones, como sucede con el VIH, la gonorrea y la clamidia.
 - También protegen contra la diseminación de ITS a través del contacto cutáneo – de piel a piel, como es el caso del herpes y el virus del papiloma humano.



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- ITS, incluido VIH

Puede ayudar a proteger contra:

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

Riesgos conocidos para la salud

Extremadamente raros:

- Reacción alérgica grave (en personas que sufren de alergia al látex)

Razones por las que a algunos hombres y mujeres les gustan los condones

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

Cómo hablar sobre el uso del condón

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



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

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

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

Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 208)

Condomes masculinos:

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

Quién puede y quién no puede usar condones masculinos

Criterios médicos de elegibilidad para

Condomes masculinos

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

- Si presentan una reacción alérgica grave al látex

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

Suministro de condones masculinos

Cuándo comenzar

- En cualquier momento que el usuario lo desee.

Explicación del uso

IMPORTANTE: Siempre que sea posible, muestre a los usuarios cómo ponerse un condón. Use un modelo de un pene, si tiene uno, u otro artículo, como una banana, para hacer la demostración.

Explique los 5 pasos básicos del uso de un condón masculino

Pasos básicos	Detalles importantes
1. Utilice un condón nuevo para cada acto sexual	<ul style="list-style-type: none">● Revise la envoltura del condón. No lo utilice si el paquete está roto o dañado. Evite utilizar un condón con fecha vencida—hágalo sólo si no dispone de un condón más nuevo.● Abra el envase cuidadosamente. No utilice las uñas, dientes, ni nada que pueda dañar el condón.
2. Antes de cualquier contacto físico, coloque el condón en la punta del pene en erección con el lado enrollado hacia afuera	<ul style="list-style-type: none">● Para una mayor protección, póngase el condón antes de que el pene haga contacto genital, bucal o anal.
3. Desenrolle el condón bien hasta la raíz del pene en erección	<ul style="list-style-type: none">● El condón debería desenrollarse con facilidad. Lo único que se logra si hace fuerza es que se rompa durante su uso.● Si el condón no se desenrolla con facilidad, puede ser que lo haya puesto al revés, hacia atrás, que esté dañado o que sea demasiado viejo. Arrójelo a la basura y utilice uno nuevo.● Si el condón está hacia atrás y no tiene otro, voltéelo y desenrrollelo sobre el pene.
4. Inmediatamente después de la eyaculación, sostenga el borde del condón en su lugar y retire el pene mientras que aún está erecto	<ul style="list-style-type: none">● Retire el pene.● Quite el condón deslizándolo, evitando que se derrame el semen● Si vuelve a tener sexo o si pasa de un acto sexual a otro, use un condón nuevo.
5. Elimine el condón utilizado de manera segura	<ul style="list-style-type: none">● Envuelva el condón en su envoltura y arrójelo a la basura o la letrina. No lo arroje por el inodoro, ya que puede causar problemas en la cañería.

Apoyo al usuario

Asegúrese de que el usuario comprenda el uso correcto

- Solicite al usuario que explique los 5 pasos básicos del uso del condón poniéndoselo a un modelo o a otro objeto y luego quitándoselo. Al dar asesoramiento, use la gráfica en la p. 363, Uso correcto del condón masculino.

Pregunte al usuario cuántos condones va a necesitar hasta que regrese

- Suministre suficientes condones y, si están disponibles, un lubricante a base de agua o silicona. Los lubricantes a base de agua no se deben utilizar con condones de látex. Ver recuadro a continuación.
- Diga a los usuarios dónde pueden comprar condones, si necesitan.

Explique por qué es importante usar un condón con cada acto sexual

- Un único acto sexual no protegido puede llevar a embarazo o ITS—o ambos.
- Si no usa un condón para cada acto sexual, pruebe usar uno la vez siguiente. Que se cometa un error una o dos veces no quiere decir que no tenga sentido usar condones en el futuro.

Explique el uso de los anticonceptivos orales de emergencia (AOE)

- Explique el uso de los AOE en caso de error en el uso del condón—o cuando no se usa condón—para ayudar a evitar el embarazo (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45). Administre AOE, si hay disponibles.

Converse sobre cómo hablar sobre el uso de condones

- Hable de técnicas para negociar el uso del condón con la pareja (ver Cómo hablar sobre el uso del condón, p. 201).

Lubricantes para condones de látex

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

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

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

Qué no hay que hacer cuando se usa un condón

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

- No desenrolle el condón antes de aplicarlo sobre el pene
- No utilice lubricante con base oleosa porque pueden dañar el látex del condón
- No utilice un condón decolorido, con color desparejo o con cambios de color
- No utilice un condón que esté quebradizo, reseco o muy pegajoso
- No use el condón más de una vez
- No tenga sexo en seco

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

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

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

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

Ayuda a los usuarios continuos

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

Manejo de problemas

Problemas con el uso

Los problemas pueden o no deberse al método.

- Los problemas con los condones afectan la satisfacción de los usuarios y el uso del método. El proveedor tiene que prestarles atención. Si el usuario relata que hay problemas, escuche su inquietud y asesórelo.
- Ofrezca al usuario su ayuda para elegir otro método— ahora, si él lo desea, o si no se pueden resolver los problemas— a no ser que se necesiten condones como protección de ITS/VIH.

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

- En esos casos los AOE pueden ayudar a evitar el embarazo (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45). Si un hombre nota que el condón se ha roto o se ha corrido, debe comunicárselo a su pareja para que ésta pueda usar AOE si lo desea.
- Es poco lo que se puede hacer para reducir el riesgo de ITS si se rompe o se desliza un condón, o si no se usa (ver Pregunta 7, p. 209). Si el usuario tiene signos o síntomas de ITS luego de tener sexo no protegido, evalúelo o remítalo.
- Si un usuario relata que el condón se rompió o se salió:
 - Solicite al usuario que le muestre cómo abre el envase del condón y cómo se lo coloca, usando un modelo u otro artículo. Corrija los errores.
 - Pregunte si está usando algún lubricante. El uso de un lubricante equivocado o si se coloca demasiado poco lubricante puede hacer que se rompa con más facilidad (ver Lubricantes para condones de látex, p. 204). Un exceso de lubricante puede hacer que el condón se resbale y se salga.
 - Pregunte en qué momento retira el pene el hombre. Si espera demasiado para retirarlo, cuando ya la erección ha comenzado a ceder, puede aumentar la posibilidad de que se deslice el pene.

Dificultades al ponerse el condón

- Solicite al usuario que le muestre cómo se pone el condón, usando un modelo u otro artículo. Corrija los errores.

Dificultades para persuadir a la pareja a utilizar condones o le cuesta que use condones siempre

- Analice con el usuario las maneras en que puede hablar sobre los condones con la pareja (ver Cómo hablar sobre el uso del condón, p. 201) y también los justificativos de la doble protección (ver Elección de una estrategia de doble protección, p. 280).
- Considere la combinación de los condones con:
 - Otro método anticonceptivo eficaz para una mejor protección del embarazo.
 - Si no hay riesgo de ITS, un método basado en el conocimiento de la fertilidad, dejando el uso de los condones sólo durante el período fértil (ver Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, p. 239).
- Especialmente si el usuario o la pareja presenta riesgo de ITS, aconséjele que siga usando el condón de manera continua mientras que se solucionan los problemas. Si ninguno de la pareja tiene una infección, una

relación sexual de mutua fidelidad brinda protección frente a las ITS sin necesidad de usar condón, pero no brinda protección frente al embarazo.

Leve irritación en la vagina o el pene, o alrededor, o una leve reacción alérgica al condón (prurito, rubor, erupción y/o inflamación de genitales, ingle o muslos durante el uso del condón, o después del uso del condón)

- Sugiera probar otra marca de condones. La gente puede ser más sensible a una marca de condones que a otras.
- Sugiera poner lubricante o agua en el condón para reducir el roce causante de la irritación.
- Si los síntomas persisten, examine o remita a la usuaria por posible infección vaginal o ITS, según corresponda.
 - Si no existe infección pero la irritación continúa o se repite, puede que la paciente tenga alergia al látex.
 - Si no está en riesgo de ITS/VIH, ayude a la paciente a elegir otro método.
 - Si la paciente o su pareja presentan riesgo de ITS, sugiera usar condón femenino o condón masculino de plástico, si hubiera disponibles. Si no hubiera disponibles, recomiende el uso continuado del condón de látex. Si los síntomas se vuelven graves, dígame a la paciente que deje de utilizar condones de látex (ver abajo, Reacción alérgica grave al condón).
 - Si nadie en la pareja presenta infección, la relación sexual de mutua fidelidad brinda protección contra ITS sin requerir el uso del condón pero no brinda protección contra el embarazo.

Nuevos problemas que pueden requerir cambiar de método

Pueden o no deberse al método.

La mujer del usuario está usando miconazol o econazol (para el tratamiento de infecciones vaginales)

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

Reacción alérgica 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). Ver Signos y síntomas de afecciones graves, p.320.

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

Preguntas y respuestas sobre los condones masculinos

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

Sí, los condones masculinos son eficaces, pero sólo si se usan correctamente en cada acto sexual. Cuando se utilizan sistemáticamente y correctamente, sólo 2 de cada 100 mujeres cuya pareja usa condones quedan embarazadas en el correr del primer año de uso. Sin embargo, muchas personas no usan un condón cada vez que tienen sexo o no lo usan de forma correcta. Esto reduce la protección contra el embarazo.

2. ¿Hasta qué punto sirven los condones para proteger contra la infección por VIH?

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

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

Las probabilidades de que una persona que está expuesta a VIH se infecte varían considerablemente. Estas probabilidades dependen de la etapa de la infección por VIH de la pareja (las etapas temprana y tardía son más infectantes); si la persona expuesta presenta otras ITS (incrementa la susceptibilidad), la condición de circuncisión del hombre (los hombres no circuncidados son más proclives a infectarse con VIH) y el embarazo (las mujeres embarazadas podrían estar en riesgo más alto de infección), entre otros factores. En promedio, las mujeres enfrentan el doble de riesgo de infección, si están expuestas, que los hombres.

3. Si se usa el condón sólo parte de las veces, ¿ofrece alguna protección contra ITS/VIH?

Para obtener la mejor protección, habría que usar el condón en cada acto sexual. Sin embargo, en algunos casos, el uso ocasional puede resultar protector. Por ejemplo, si una persona tiene una pareja regular, fiel y tiene un acto sexual fuera de la relación, el uso del condón para ese acto puede ser muy protector. Sin embargo, para personas expuestas a ITS/VIH, frecuentemente el uso del condón sólo algunas veces ofrece una protección limitada.

4. ¿El uso de condones durante el sexo anal reduce el riesgo de transmisión de ITS?

Sí. Las ITS pueden transmitirse de una persona a otra durante el acto sexual en el que se introduce el pene en cualquier parte del cuerpo de otra persona (penetración). Algunos actos sexuales son más riesgosos que otros. Por ejemplo, el riesgo de infectarse con VIH es 5 veces más alto con sexo anal receptivo sin protección que con sexo vaginal receptivo sin protección. Al utilizar el condón de látex durante el sexo anal, un lubricante con base hidrófila o silicona resulta esencial para ayudar a que el condón no se rompa.

5. ¿Son eficaces los condones de plástico (sintéticos) en la prevención de ITS/VIH?

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

6. ¿Los condones se rompen o salen con frecuencia durante el sexo?

No. En promedio, cerca del 2% de los condones se rompe o se sale por completo durante el sexo, principalmente porque se utilizan de manera incorrecta. Usados como se debe, los condones casi nunca se rompen. En algunos estudios con tasas más altas de rotura, es frecuente ver que es un grupo pequeño de usuarios el que experimenta la mayor parte de las roturas. Además, otros estudios sugieren que mientras la mayoría usa los condones de manera correcta, hay unos pocos hombres que los utilizan siempre mal, lo que hace que se rompan o que se salgan. Por lo tanto, es importante enseñar a la gente la manera correcta de abrir el envase y de ponerse y quitarse el condón (ver Uso correcto del condón masculino, p. 363) y también hay que enseñarles a evitar prácticas riesgosas que incrementan el riesgo de rotura (ver Lo que los usuarios de condones no debieran hacer, p. 205).

7. ¿Qué pueden hacer los hombres y mujeres para reducir el riesgo de embarazo e ITS si el condón se rompe o se sale durante el sexo?

Si un condón se sale o rompe, se indica tomar anticonceptivos orales de emergencia, ya que pueden reducir el riesgo de embarazo (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45). Sin embargo, poco se puede hacer para reducir el riesgo de ITS, excepto para VIH. Lavar el pene no sirve de nada. La ducha vaginal no es muy eficaz para prevenir el embarazo, e incrementa el riesgo de que la mujer adquiera ITS/VIH y enfermedad pélvica inflamatoria. Si se tiene certeza sobre la exposición al VIH, el tratamiento antirretroviral (profilaxis post-exposición) puede ayudar a reducir la transmisión de VIH, si hubiera disponible. Si se tiene certeza sobre la exposición a otras ITS, el proveedor puede tratar presuntivamente aquellas ITS en cuestión—es decir, puede tratar al paciente o a la paciente como si estuvieran infectados.

8. ¿Se logra una mayor protección si uno se pone 2 ó 3 condones a la vez?

Hay muy poca evidencia que indique que utilizar 2 o más condones sirva para algo. En general no es recomendable debido al temor de que la fricción entre los condones pueda incrementar la probabilidad de rotura. Sin embargo, en un estudio, los usuarios relataron menos roturas al utilizar 2 condones juntos, comparado con el uso de 1 condón.

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

No, en la mayoría de los hombres no. La impotencia tiene muchas causas. Algunas causas son físicas y otras emocionales. Los condones por sí mismos no producen impotencia. Sin embargo, algunos hombres pueden tener problemas en mantener la erección cuando usan condones. Otros hombres—en especial los mayores—pueden tener dificultad en mantener una erección porque el condón puede disminuir la sensación del sexo. El uso de una mayor lubricación puede ayudar a aumentar la sensibilidad en los hombres que usan condones.

10. ¿En general los que usan condones no son los que tienen relaciones casuales o los que tienen sexo por dinero?

No. Si bien muchas parejas casuales confían en los condones para la protección contra las ITS, las parejas casadas de todo el mundo usan condones también, para el 42% evitar el embarazo. En Japón, por ejemplo, el 42% de las parejas casadas usan condones—más que cualquier otro método de planificación familiar.

11. ¿Es común la alergia al látex?

No. La alergia al látex no es frecuente en la población y rara vez se informa de reacciones alérgicas leves a los condones. Las reacciones alérgicas graves son extremadamente raras.

Las personas que presentan reacciones alérgicas a los guantes de goma o a los globos pueden tener una reacción similar ante los condones de látex. La reacción leve supone rubor, prurito, erupción, o hinchazón de la piel que estuvo en contacto con el látex. La reacción grave implica urticaria o erupción en buena parte del cuerpo, mareos, dificultad respiratoria, o pérdida de conocimiento después de entrar en contacto con el látex. Tanto el hombre como la mujer pueden ser alérgicos al látex y a los condones de látex.

Condomes femeninos

En este capítulo se describen los condones femeninos de plástico (sintéticos).

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Los condones femeninos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.** Los condones son el único método anticonceptivo que puede proteger tanto contra el embarazo como contra las infecciones de transmisión sexual.
- **Para su mejor eficacia requiere un uso correcto en cada acto sexual.**
- **La mujer puede comenzar a usar el condón femenino,** pero el método necesita la cooperación de su pareja.
- **Puede requerir alguna práctica.** Al adquirir experiencia se hace más fácil introducir y retirar el condón femenino de la vagina.

¿Qué son los condones femeninos?

- Se trata de revestimientos que se adaptan a la vagina de la mujer y quedan medio flojos y están hechos de una película delgada de plástico suave y transparente.
 - Tiene aros flexibles en ambos extremos
 - Tiene un aro en el extremo cerrado que ayuda a la inserción del condón
 - El aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del condón fuera de la vagina
- Entre las marcas disponibles se incluyen Care, Dominique, FC Female Condoms, Femidom, Femy, Myfemy, Protectiv' y Reality Protectiv', Reality y Woman's Condom.
- Están lubricados por dentro y por fuera con un lubricante a base de silicona.
- En algunos países hay condones femeninos de látex. Entre las diferentes marcas se encuentran: L'amour, Reddy Female Condom, V Amour y VA w.o.w. Condom Feminine, hechos de látex, y el Condón Femenino FC 2, hecho de nitrilo.

¿Cuál es su eficacia?

La eficacia depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo o de infección de transmisión sexual (ITS) se presenta cuando no se utiliza el condón femenino en cada acto sexual. Son pocos los casos de embarazo o infección debidos a uso incorrecto, salida o roturas.

Protección contra el embarazo:

- Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 21 embarazos por cada 100 mujeres que usan condones femeninos en el correr del primer año. Esto significa que 79 de cada 100 mujeres que utilizan condones femeninos no quedarán embarazadas.
- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, hay cerca de 5 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan condones femeninos en el correr del primer año.

Recuperación de la fertilidad tras la interrupción del uso del condón femenino: No hay demora

Protección contra VIH y otras ITS:

- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, el condón femenino reduce el riesgo de infección con ITS/VIH.



¿Por qué algunas mujeres dicen que les gusta el condón femenino?

- La mujer puede comenzar a usarlo ella misma
- Tiene una textura suave y húmeda que brinda una sensibilidad más natural que el condón masculino de látex durante el sexo
- Ayuda a proteger tanto contra el embarazo como contra ITS/VIH.
- Para algunas mujeres, el anillo externo brinda una estimulación sexual adicional
- Puede usarse sin tener que consultar a un proveedor de salud

¿Por qué algunos hombres dicen que les gusta el condón femenino?

- Puede colocarse más temprano, de modo que no interrumpe el sexo
- No es ajustado ni aprieta como el condón masculino
- No disminuye la sensibilidad en el sexo, como sucede con el condón masculino
- No es preciso retirarlo inmediatamente después de la eyaculación



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgos de embarazo
- ITS/VIH

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p.219)

Condomes femeninos:

- No pueden perderse en el cuerpo de la mujer.
- No son difíciles de usar, pero hay que aprender a usarlos correctamente.
- No tienen orificios que permitan el paso del VIH.
- Lo utilizan las parejas casadas. No se usa sólo fuera del matrimonio.
- Evitan el contagio de enfermedades en la mujer porque impiden que el semen entre en su cuerpo.

Quién puede usar condones femeninos

Criterios médicos de elegibilidad para los

Condomes femeninos

Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos de plástico. No hay ninguna patología médica que contraindique el uso de este método.

(Para información sobre los criterios médicos de elegibilidad para condones femeninos de látex, ver Criterios médicos de elegibilidad para condones masculinos, p. 202. Para información sobre manejo de pacientes con alergia al látex, ver Condomes masculinos, irritación leve en o alrededor de la vagina o pene o reacción alérgica leve al condón, p. 207; y Reacción alérgica grave al condón, p. 207).

Suministro de condones femeninos

Cuándo comenzar

- En cualquier momento en que lo desee la paciente.

Explicación acerca del uso

IMPORTANTE: Cuando sea posible, muestre a la paciente cómo introducir el condón femenino. Para la demostración use un modelo o figura, si hay disponibles, o sus manos. Puede crear una abertura similar a una vagina con una mano y con la otra mostrar cómo introducir el condón femenino.

Explique los 5 pasos básicos del uso del condón femenino

Pasos básicos	Detalles importantes
1. Use un nuevo condón femenino para cada acto sexual	<ul style="list-style-type: none">• Revise el paquete del condón. Si está dañado o roto, no lo utilice. Evite usar un condón pasada su fecha de caducidad—úselo sólo si no dispone de condones más nuevos.• De ser posible, lávese las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.
2. Antes de todo contacto físico, introduzca el condón en la vagina	<ul style="list-style-type: none">• Puede colocarse hasta 8 horas antes del sexo. Para obtener una mejor protección, introduzca el condón antes de que haya contacto del pene con la vagina.• Elija una posición que quede cómoda para la inserción—en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada.• Frote juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.• Sostenga el aro por el extremo cerrado y apriételo de modo que quede largo y angosto.• Con la otra mano, separe los labios externos (labios mayores) y ubique la abertura de la vagina.• Suavemente empuje el aro interno dentro de la vagina lo más que pueda. Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Tienen que quedar cerca de 2 a 3 centímetros del condón y el aro externo fuera de la vagina.



Pasos básicos

3. Asegúrese de que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior

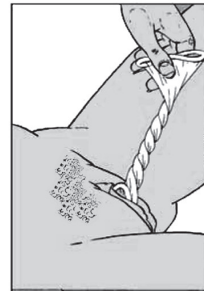
Detalles importantes

- El hombre o la mujer deberán guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón— y no entre el condón y la pared de la vagina. Si el pene se sale fuera del condón, retire y pruebe otra vez.
- Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se lo empuja hacia adentro durante el acto sexual, coloque otra vez el condón en su sitio.



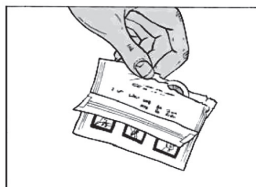
4. Después que el hombre retire su pene, sostenga el aro externo del condón, gírelo para sellar dentro los fluidos y suavemente, retírelo de la vagina

- No es necesario retirar el condón femenino inmediatamente después del sexo.
- Retire el condón antes de levantarse para evitar derramar el semen.
- Si la pareja tiene sexo otra vez, debe utilizar un condón nuevo.
- No se recomienda reutilizar el condón femenino (ver Pregunta 5, p. 220).



5. Eliminación segura del condón usado

- Coloque el condón en su paquete y arrójelo a la basura o letrina. No arroje el condón en un inodoro, ya que puede provocar problemas en las cañerías.



Apoyo a la usuaria

Asegúrese de que la paciente comprenda el uso correcto

- Pídale a la paciente que explique los 5 pasos básicos del uso del condón femenino mientras manipula uno.
- Si tiene un modelo disponible, la usuaria puede practicar su colocación y retiro en el modelo.

Pregunte a la paciente cuántos condones cree que necesitará hasta su próxima visita

- Suministre una buena cantidad de condones y si es posible, lubricante.
- Dígale a la paciente dónde puede comprar condones femeninos, si es necesario.

Explique por qué es importante utilizar un nuevo condón en cada acto sexual

- Un solo acto sexual sin protección puede conducir a embarazo o ITS—o ambos.
- Si no utiliza un condón para un acto sexual, pruebe usarlo la próxima vez. Dejar de usarlo una o dos veces no significa que no tenga sentido seguir usando uno en el futuro.

Explique acerca de los anticonceptivos orales de emergencia (AOE)

- Explique la utilización de AOE para el caso de error en el uso del condón—o cuando no se use el condón—para ayudar a prevenir el embarazo (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45). Déle AOE si hay disponibles.

Analice modos de hablar sobre el uso de condones

- Analice estrategias y técnicas para negociar el uso del condón con las parejas (ver Cómo hablar sobre el uso del condón, p. 201).

Lubricantes para condones femeninos

Los condones femeninos plásticos vienen lubricados con un lubricante a base de silicona. A diferencia de la mayoría de los condones masculinos, que son hechos de látex, los condones plásticos pueden ser utilizados con cualquier tipo de lubricante—sean hechos con agua, silicona, o aceite.

Algunos condones femeninos vienen con lubricante adicional en el paquete. Algunas clínicas podrán suministrar a las pacientes más lubricante. Si una paciente necesita lubricación adicional, podrá usar agua limpia, saliva, cualquier aceite o loción, o un lubricante hecho de glicerina o silicona.

Consejos para nuevas usuarias

- Sugiera a la nueva usuaria que practique ponerse y quitarse el condón antes de la próxima vez que tenga sexo. Destaque que el uso correcto se consigue más fácilmente con la práctica. Una mujer puede precisar usar el condón femenino varias veces antes de sentirse cómoda con él.
- Sugíerale probar diferentes posiciones para ver de qué modo se le hace más fácil la colocación.
- El condón femenino es resbaloso. Algunas mujeres encuentran más fácil la colocación si se lo introducen lentamente, en especial las primeras veces.
- Si la paciente está sustituyendo un método con el condón femenino, sugíerale que continúe con el método anterior hasta que pueda usar el condón femenino con confianza.

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

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

- Tiene dificultades para usar el condón femenino de manera correcta o cada vez que tiene sexo.
- Recientemente tuvo sexo sin protección y quiere evitar el embarazo. Podría usar AOE (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45).

Ayuda a usuarias continuas

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algún comentario.
2. En especial, pregúntele si tiene problemas con el uso correcto de los condones femeninos y cada vez que tiene sexo. Sumínístrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de problemas, pág. 218).
3. Déle más condones femeninos y aliéntela a volver por más antes que se le acaben los que tiene. Recuérdele en qué otro lugar puede obtener condones femeninos.
4. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Realice el control necesario.

Manejo de problemas

Problemas del uso

Pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas con los condones afectan la satisfacción de la usuaria y la utilización del método. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata algún problema, escuche sus inquietudes y asesórela.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o más adelante si los problemas no logran superarse—salvo que necesite los condones para protección contra ITS/VIH.

Dificultades en la colocación del condón femenino

- Pregúntele cómo coloca el condón femenino. Si tiene un modelo disponible, solicítele una demostración y hágala practicar con el modelo. Si no, pídale que realice la demostración usando sus manos. Corrija cualquier error.

Anillo interno incómodo o doloroso

- Sugíerale que vuelva a colocarse o que reposicione el condón de modo que el anillo interno quede bien colocado por detrás del hueso del pubis.

El condón chirria o hace ruido durante el sexo

- Sugíerale agregar más lubricante en el interior del condón o sobre el pene.

El condón se resbala, no se utiliza, o es utilizado de manera incorrecta

- Los AOE pueden ayudar a prevenir el embarazo (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45).
- Poco se puede hacer para reducir el riesgo de ITS si un condón se rompe, se sale o no se utiliza (ver Condones masculinos, Pregunta 7, p. 209). Si la usuaria presenta signos o síntomas de ITS después de tener sexo sin protección, evalúe o remítala.
- Si una paciente relata que el condón se resbala, puede que se esté colocando el condón femenino de manera incorrecta. Pídale que muestre cómo se está colocando el condón, usando un modelo o haciendo una demostración con sus manos. Corrija cualquier error.

La usuaria tiene dificultad para persuadir a la pareja a usar condones, o no siempre puede usar un condón

- Analice modos de hablar con la pareja sobre la importancia del uso del condón como protección contra el embarazo e ITS. (Ver Condones masculinos, dificultad para persuadir a la pareja a usar condones o no puede usar un condón siempre, p. 206.)

Irritación leve en o alrededor de la vagina o pene (prurito, rubor o erupción)

- En general remite por sí sola, sin tratamiento.
- Sugiera lubricante adicional en el interior del condón o sobre el pene para reducir el roce que pueda producir irritación.
- Si los síntomas persisten, evalúe y trate por una posible infección vaginal o ITS, si corresponde.
 - Si no hay infección, ayude a la paciente a elegir otro método salvo que la paciente esté en riesgo de ITS/VIH.
 - Para pacientes en riesgo de ITS/VIH, sugiera usar condones masculinos. Si el uso de condones masculinos no fuera posible, recomiende el uso continuo de condones femeninos a pesar de la incomodidad.
 - Si nadie en la pareja presenta una infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección ante ITS sin necesidad del condón, pero no protege del embarazo.

Sospecha de embarazo

- Realice pruebas de embarazo.
- La mujer puede utilizar condones femeninos con seguridad durante el embarazo para tener protección continua de ITS.

Preguntas y respuestas sobre los condones femeninos

1. ¿Es difícil de usar el condón femenino?

No, pero requiere paciencia y práctica. Ver consejos para nuevas usuarias, p. 217.

2. ¿Pueden los condones femeninos prevenir eficazmente tanto el embarazo como las ITS/VIH?

Sí. Los condones femeninos ofrecen doble protección, tanto contra el embarazo como contra las ITS/VIH, si se usan de manera correcta y sistemática. Sin embargo, muchas personas no usan el condón cada vez que tienen sexo, o no lo usan de manera correcta. Esto reduce la protección tanto contra el embarazo como contra las ITS.

3. ¿Pueden utilizarse al mismo tiempo el condón femenino y el condón masculino?

No. El condón femenino y el condón masculino no deben utilizarse juntos. Esto puede producir una fricción que lleve a que se salgan o se rompan.

4. ¿Cuál es la mejor manera de asegurarse de que el pene penetre en el condón y no fuera del condón?

Para evitar el uso incorrecto, el hombre debe guiar cuidadosamente su pene e introducir la punta dentro del anillo externo del condón. Si el pene penetra entre la pared de la vagina y el condón, el hombre deberá retirar el pene y probar otra vez.

5. ¿Puede usarse el condón femenino más de una vez?

No se recomienda reutilizar el condón femenino. La reutilización de los condones femeninos disponibles actualmente no se ha probado.

6. ¿Puede usarse el condón femenino cuando la mujer está menstruando?

La mujer puede usar el condón femenino durante la menstruación. Sin embargo, el condón femenino no puede usarse al mismo tiempo que un tampón. Antes de colocarse el condón femenino, debe extraerse el tampón.

7. ¿No es demasiado grande el condón femenino para ser cómodo?

No. Los condones femeninos son del mismo largo que los condones masculinos, pero más anchos. Son muy flexibles y se adaptan a la forma de la vagina. Los condones femeninos han sido cuidadosamente diseñados y probados para adaptarse a toda mujer, sea cual sea el tamaño de su vagina, y a cualquier hombre, sea cual sea el tamaño de su pene.

8. ¿Es posible que el condón femenino se pierda dentro del cuerpo de la mujer?

No. El condón femenino se mantiene en la vagina de la mujer hasta que se lo quita. No puede pasar por el cérvix de la mujer hacia dentro del vientre (útero) porque es muy largo para eso.

9. ¿Puede usarse el condón femenino en distintas posiciones sexuales?

Sí. El condón femenino puede usarse en cualquier posición sexual.

Espermicidas y diafragmas

Espermicidas

Puntos clave para proveedores y usuarias

- Los espermicidas se introducen profundamente en la vagina poco antes de tener sexo.
- Para la mejor eficacia requiere un uso correcto en cada acto sexual.
- Es uno de los métodos anticonceptivos menos eficaces.
- Pueden utilizarse como método principal o como método de respaldo.

¿En qué consisten los espermicidas?

- Son sustancias que se introducen profundamente en la vagina, próximo al cérvix, antes del sexo, que matan el esperma.
 - El más ampliamente utilizado es el Nonoxinol-9.
 - Otros son el cloruro de benzalconio, clorhexidina, menfegol, octoxinol-9 y docusato de sodio.
- Disponibles en comprimidos de espuma, supositorios derretibles o de espuma, latas de espuma presurizada, película derretible, gel y crema.
 - El gel, las cremas y las espumas de lata pueden utilizarse solas, con un diafragma, o con condones.
 - Las películas, supositorios, tabletas de espuma, o supositorios de espuma pueden usarse solos o con condones.
- Funcionan rompiendo la membrana de las células del esperma, matándolas o enlenteciendo su movimiento. Esto evita el contacto del espermatozoide con un óvulo.

¿Cuál es su eficacia?

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo aumenta si no se utilizan los espermicidas en cada acto sexual.

- Uno de los métodos de planificación familiar menos eficaces.
- Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 29 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan espermicidas en el correr del primer año. Esto significa que 71 de cada 100 mujeres que usan espermicidas no quedarán embarazadas.
- Cuando son utilizados de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 18 embarazos por cada 100 mujeres que usan espermicidas en el correr del primer año.



Retorno de la fertilidad tras la interrupción de los espermicidas: Sin demora

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna. El uso frecuente de nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de infección por VIH (ver Pregunta 3, p. 235).

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (ver Manejo de problemas, p. 233)

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

- Irritación en o alrededor de la vagina o el pene

Otros posibles cambios físicos:

- Lesiones vaginales

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo



Riesgos conocidos para la salud

Poco comunes:

- Infección de la vía urinaria, en especial cuando se usan espermicidas 2 o más veces al día

Raros:

- El uso frecuente del nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de infección por VIH (ver Pregunta 3, p. 235)

Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 235)

Espermicidas:

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

Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los espermicidas

- La mujer los puede controlar
- No presentan efectos secundarios hormonales
- Incrementan la lubricación vaginal
- Pueden utilizarse sin ver a un proveedor de atención a la salud
- Pueden ponerse de antemano y de este modo no interrumpen el sexo

Quién puede y quién no puede utilizar espermicidas

Seguro y apto para casi todas las mujeres

Criterios médicos de elegibilidad para

Espermicidas

Todas las mujeres pueden utilizar espermicidas con seguridad, excepto aquellas que:

- Presentan alto riesgo de infectarse con VIH
- Están infectadas con VIH
- Tienen SIDA

Administración de espermicidas

Cuándo comenzar

- En cualquier momento en que la paciente lo desee.

Explicación sobre cómo utilizar los espermicidas

Suministre el espermicida

- Suministre tanto espermicida como sea posible —incluso, si hay disponible, como para un año.

Explique cómo introducir el espermicida dentro de la vagina

1. Verifique la fecha de caducidad y evite usar espermicidas pasada esta fecha.
2. Si es posible, lávese las manos con jabón neutro y agua limpia.
3. Espuma o crema: Agite vigorosamente la lata de espuma. Vierta el espermicida de la lata o el tubo en el aplicador plástico. Introduzca profundamente el aplicador en la vagina, próximo al cérvix y oprima el émbolo.
4. Tabletas, supositorios, gel: Introduzca el espermicida profundamente en la vagina, próximo al cérvix, con un aplicador o con los dedos. Película: Doble la película por la mitad e introdúzcala con los dedos secos (de otro modo la película se adherirá a los dedos y no al cérvix).

Explique cuándo introducir el espermicida en la vagina

- Espuma o crema: En cualquier momento dentro de la hora previa al sexo.
- Tabletas, supositorios, gel, películas: Entre 10 minutos y una hora antes del sexo, dependiendo del tipo.

Explique cómo proceder con actos sexuales múltiples

- Introduzca espermicida adicional antes de cada acto sexual vaginal.

No se lave la vagina (ducha) después del sexo

- La ducha no es recomendable porque lavaría el gel y también porque incrementa el riesgo de infecciones de transmisión sexual.
 - Si quiere ducharse, espere por lo menos 6 horas después del sexo para hacerlo.
-

Apoyo a usuarias de espermicidas

Asegúrese de que la paciente comprenda el uso correcto

- Pídale a la paciente que repita cómo y cuándo ponerse el espermicida.

Describa los efectos secundarios más frecuentes

- Prurito e irritación en o alrededor de la vagina o el pene.

Explique acerca de los anticonceptivos orales de emergencia (AOE)

- Explique el uso de los AOE en caso de no usar el espermicida en todos los actos sexuales o de no usarlos en forma correcta (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45). Si hay disponibles, suminístrele AOE.

Diafragmas

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **El diafragma se coloca profundamente en la vagina antes del sexo.** Cubre el cérvix. Los espermicidas brindan protección anticonceptiva adicional.
- **Antes de comenzar a utilizarlo se requiere un examen pélvico.** El proveedor debe seleccionar un diafragma que se ajuste adecuadamente.
- **Para obtener la mayor eficacia se requiere un uso correcto en cada acto sexual.**

¿Qué es el diafragma?

- Es un capuchón de látex blando que cubre el cérvix. También hay diafragmas de plástico y silicona disponibles.
- El borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar. Se utiliza con crema, gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia.
- Viene en distintos tamaños y un proveedor con capacitación específica tiene que ajustarlo.
- Funciona impidiendo la entrada del esperma al cérvix; el espermicida mata o inutiliza el esperma. Ambos impiden que el esperma entre en contacto con el óvulo. Posiblemente se disponga algún día de un diafragma de talla única, que no requiera acudir a un proveedor para su ajuste.

¿Qué tan eficaces son?

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo aumenta cuando no se utilizan espermicidas en cada acto sexual.

- Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 16 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan diafragma con espermicidas en el primer año. Quiere decir que 84 de cada 100 mujeres que usan el diafragma no se embarazan.
- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 6 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el diafragma con espermicida en el correr del primer año.



Recuperación de la fertilidad después de interrumpir el uso del diafragma:

Sin demora

Protección contra ITS: Puede brindar alguna protección contra ciertas ITS, pero no debería confiarse en ello para prevención contra ITS (ver Pregunta 8, p. 236).

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (ver Manejo de problemas, p. 233)

Algunas usuarias informan lo siguiente:

- Irritación en o alrededor de la vagina o el pene

Otros posibles cambios físicos:

- Lesiones vaginales

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Puede ayudar a proteger contra:

- Algunas ITS (clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria, tricomoniasis)
- Lesiones precancerosas y cáncer cervical

Riesgos conocidos para la salud

Comunes a poco comunes:

- Infecciones de la vía urinaria

Poco comunes:

- Vaginosis bacteriana
- Candidiasis

Raros:

- El uso frecuente de nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de infección por VIH (ver Pregunta 3, p. 235)

Extremadamente raros:

- Síndrome de shock tóxico

Corregir malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 235)

Diafragmas:

- No afectan la sensibilidad en el sexo. Unos pocos hombres informan sentir el diafragma durante el sexo, pero la mayoría no lo sienten.
- No pueden pasar a través del cérvix. No pueden pasar al útero ni de ningún modo perderse en el cuerpo de la mujer.
- No causan cáncer cervical.

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta el diafragma

- Es controlado por la mujer
- No tiene efectos secundarios hormonales
- Puede colocarse de antemano, por lo que no interrumpe el sexo

Quién puede y quién no puede utilizar diafragmas

Seguro y apto para casi todas las mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar el diafragma de manera segura y eficaz.

Criterios médicos de elegibilidad para

Diafragmas

Haga a la paciente las preguntas a continuación sobre afecciones conocidas. No se necesitan exámenes ni pruebas. Si ella responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar a usar el diafragma, si lo desea. Si responde “sí” a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar a utilizar el diafragma. Estas preguntas también son aplicables al capuchón cervical (ver p. 238).

I. ¿Ha tenido recientemente un bebé o un aborto espontáneo o inducido del segundo o tercer trimestre? Si es así, ¿cuándo?

- NO **SI** El diafragma no deberá ajustarse hasta las 6 semanas después del parto o aborto del segundo o tercer trimestre, hasta que el útero y el cérvix hayan retomado su tamaño normal. Déle un método de respaldo* para que lo utilice hasta entonces.

(Continúa en la página siguiente)

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

Criterios médicos de elegibilidad para diafragmas (continuación)

2. ¿Tiene alergia a la goma de látex?

- NO **SI** No debe usar diafragma de látex. Puede usar un diafragma de plástico.

3. ¿Tiene infección de VIH o SIDA? ¿Cree estar en alto riesgo de infección de VIH? (Discuta qué ubica a la mujer en riesgo alto de infección de VIH [ver Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, ¿Quién está en riesgo?, p. 276]. Por ejemplo, su pareja tiene VIH.)

- NO **SI** No suministre un diafragma. Para protección de VIH, recomiende el uso de condones solos o con otro método.

Para ver las clasificaciones completas, remitirse a Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, p. 333. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria vaya a utilizar. Destaque también cualquier afección por la cual no se deba recomendar el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

En casos especiales usar el juicio clínico

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

- Antecedentes de síndrome de shock tóxico
- Alergia al látex, en especial si la reacción alérgica es leve (ver Irritación leve en o alrededor de la vagina o el pene, o reacción alérgica leve al condón, p. 207)
- Infección de VIH, o SIDA

Administración de diafragmas

Cuándo comenzar

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
-----------------------	-----------------

Cualquier momento	En cualquier momento
--------------------------	-----------------------------

- Si ha tenido un parto a término o un aborto espontáneo o inducido de segundo o tercer trimestre menos de 6 semanas atrás, suminístrele un método de respaldo* para utilizar, si es necesario, hasta transcurridas las 6 semanas.

Consejo especial para mujeres que cambian de otro método	● Sugiera que utilice el diafragma por un tiempo junto con el uso del otro método. De este modo puede ganar confianza con seguridad de que puede usar el diafragma de modo correcto.
---	--

Explicación del procedimiento de ajuste

Aprender a preparar a la mujer para el diafragma requiere capacitación y práctica. Por lo tanto, el siguiente es un resumen y no instrucciones detalladas.

1. El proveedor utiliza procedimientos apropiados de prevención de infecciones (ver Prevención de infecciones en la clínica, p. 312).
2. La mujer está recostada igual que para un examen pélvico.
3. El proveedor verifica las condiciones que pudieran impedir el uso del diafragma, tales como el prolapso uterino.
4. El proveedor introduce los dedos índice y medio en la vagina para determinar el tamaño correcto de diafragma.
5. El proveedor introduce un diafragma especial de ajuste en la vagina de la mujer de modo de cubrir el cérvix. Luego, el proveedor revisa la ubicación del cérvix y se asegura de que el diafragma quede adecuadamente ajustado y no se salga con facilidad.
6. El proveedor suministra a la mujer un diafragma que ajusta según corresponda y suficiente espermicida para que use con éste y le enseña a usarlo adecuadamente (ver Explicación del uso del diafragma, p. 230).

Con un diafragma adecuadamente ajustado en su lugar, la paciente no debería sentir nada dentro de su vagina, ni siquiera mientras camina o durante el sexo.

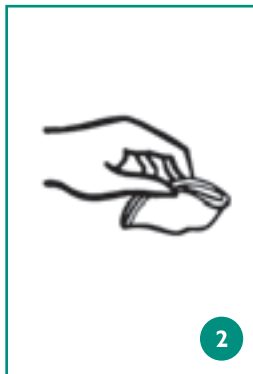
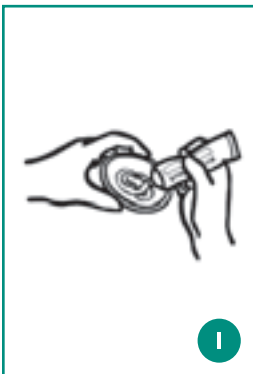
* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígame que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.

Explicación del uso del diafragma

IMPORTANTE: Cuando sea posible, muestre a la mujer la ubicación del pubis y del cérvix mediante un modelo o una figura. Explique que el diafragma se introduce detrás del hueso púbico y cubre el cérvix.

Explique los 5 pasos básicos para el uso del diafragma

Pasos básicos	Detalles importantes
1. Vierta una cucharada de crema, gel o espuma espermicida dentro del diafragma y alrededor del borde	<ul style="list-style-type: none">• Si es posible, lávese las manos con jabón neutro y agua limpia.• Revise el diafragma, sosteniéndolo a la luz, para confirmar que no presente agujeros, grietas ni rasgaduras.• Verifique la fecha de caducidad del espermicida y evite usarlo más allá de su fecha de caducidad.• Introduzca el diafragma menos de 6 horas antes de tener sexo.
2. Presione los bordes juntos; inserte espermicida en la vagina tan profundo como pueda	<ul style="list-style-type: none">• Elija una posición que sea cómoda para la colocación—en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada.
3. Toque el diafragma para asegurarse de que cubra el cérvix	<ul style="list-style-type: none">• A través del diafragma, el cérvix se siente como la punta de la nariz.• Si el diafragma incomoda, retírelo y colóquelo otra vez.



Pasos básicos	Detalles importantes
4. Manténgalo colocado, por lo menos durante 6 horas después del sexo	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantenga el diafragma colocado por lo menos durante 6 horas después del sexo pero no más de 24 horas. ● <i>Dejar colocado el diafragma durante más de un día puede incrementar el riesgo de síndrome de shock tóxico.</i> Puede, también, causar mal olor y flujo vaginal. (El olor y la secreción vaginal se van solos después de retirar el diafragma.) ● Para múltiples actos sexuales, asegúrese de que el diafragma se encuentre en la posición correcta y también introduzca espermicida adicional en el frente del diafragma antes de cada acto sexual.
5. Para retirarlo, deslice un dedo por debajo del borde del diafragma para empujarlo hacia abajo y afuera	<ul style="list-style-type: none"> ● Si es posible, lávese las manos con jabón neutro y agua limpia. ● Introduzca un dedo en la vagina hasta sentir el borde del diafragma. ● Con suavidad deslice un dedo por debajo del borde y empuje el diafragma hacia abajo y afuera. Tenga cuidado de no romper el diafragma con la uña del dedo. ● Lave el diafragma con jabón neutro y agua limpia y séquelo después de cada uso.

Ayuda a la usuaria de diafragma

Asegúrese de que la usuaria comprenda el uso correcto	<ul style="list-style-type: none"> ● Pídale a la paciente que repita cómo y cuándo colocarse y retirar el diafragma.
Explique que el uso se vuelve más sencillo con la práctica	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuanto más práctica tenga la usuaria en colocarse y quitarse el diafragma, más fácil será.
Describa los efectos secundarios más comunes	<ul style="list-style-type: none"> ● Prurito e irritación en o alrededor de la vagina o el pene.
Explique acerca de los anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	<ul style="list-style-type: none"> ● Explique el uso de AOE en el caso de que el diafragma se salga o no se utilice correctamente (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45). Si hay disponibles, déle AOE.
Explique sobre la reposición	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuando el diafragma se afina, agujerea, o se vuelve rígido, no debe seguir siendo utilizado y debe reponerse. La mujer debe obtener un nuevo diafragma cada 2 años aproximadamente.

Consejos para usuarias de espermicidas o de diafragma con espermicidas

- De ser posible, los espermicidas deben guardarse en un lugar fresco y seco, fuera del alcance del sol. Los supositorios pueden derretirse en clima caluroso. Si se mantienen secas, las tabletas no presentan tanta tendencia a derretirse con el calor.
- Si es posible, el diafragma debe guardarse en un lugar fresco y seco.
- Si la mujer ha tenido un bebé, o un aborto o pérdida de embarazo del segundo trimestre, precisará un nuevo diafragma ajustado.

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

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

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

Ayuda a usuarias continuas

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algún comentario.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Sumínístrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de problemas, pág. siguiente).
3. Sumínístrele más provisión y aliéntela a volver por más antes que se le acaben. Recuérdele en qué otro lugar puede obtener más espermicida si lo necesita.
4. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema nuevo de salud desde su última visita. Aborde los problemas si corresponde. Para problemas nuevos de salud que puedan requerir cambiar de método, ver p. 234.
5. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga el control necesario.

Manejo de problemas

Problemas informados como efectos secundarios o problemas del uso

Pueden, o no, deberse al método.

- Los efectos secundarios o problemas con los espermicidas o diafragmas afectan la satisfacción de la mujer y el uso del método. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o si los problemas no logran superarse.

Dificultad para introducir o retirar el diafragma

- Aconséjela sobre la colocación y remoción. Pídale que se coloque y retire el diafragma en la clínica. Verifique su posicionamiento después que ella lo coloque. Corrija cualquier error.

Incomodidad o dolor con el uso del diafragma

- Un diafragma muy largo puede causar incomodidad. Verifique que calce adecuadamente.
 - Si es demasiado largo, adapte con un diafragma más pequeño.
 - Si el ajuste parece apropiado y tiene disponibles diferentes tipos de diafragmas, pruebe un diafragma diferente.
- Pídale que se coloque y retire el diafragma en la clínica. Verifique su posicionamiento después que ella lo coloque. Aconséjela si corresponde.
- Revise por eventuales lesiones vaginales:
 - Si presenta dolor o lesiones vaginales, sugiera el uso temporal de otro método (condones o anticonceptivos orales) y suminístreselos.
 - Evalúe por infección vaginal o infecciones de transmisión sexual (ITS). Trátela o remítala para tratamiento si corresponde.
 - Las lesiones se irán por sí solas si cambia a otro método.

Irritación en o alrededor de la vagina o el pene (la mujer o su pareja presentan prurito, erupción, o irritación que dura un día o más)

- Revise por eventual infección vaginal o ITS y trátela o remítala para ser tratada si corresponde.
- Si no existe infección, sugiera probar un tipo diferente u otra marca de espermicidas.

Infección de las vías urinarias (ardor o dolor al orinar, micción frecuente en pequeñas cantidades, sangre en la orina, dolor de espalda)

- Trátela con clotrimoxazol 240 mg oral una vez al día durante 3 días, o trimetoprim 100 mg oral una vez al día durante 3 días, o nitrofurantoína 50 mg oral dos veces al día durante 3 días.
- Si la infección recurre, considere volver a adaptar un diafragma más pequeño.

Vaginosis bacteriana (flujo vaginal anormal blanco o gris, con olor desagradable; puede presentar, también, ardor al orinar y/o picazón alrededor de la vagina)

- Trate con metronidazol 2 g vía oral en dosis única o metronidazol 400–500 mg vía oral dos veces al día durante 7 días.

Candidiasis (flujo vaginal anormal blanco que puede ser acuoso o espeso y grumoso; puede presentar, también, ardor al orinar y/o enrojecimiento y picazón alrededor de la vagina)

- Trate con fluconazol 150 mg vía oral en dosis única, miconazol 200 mg supositorio vaginal, una vez al día durante 3 días, o clotrimazol 100 mg tabletas vaginales, dos veces al día durante 3 días.
- Los supositorios de miconazol tienen una base oleosa y pueden debilitar el diafragma de látex. Las mujeres que utilizan miconazol vaginal no deben usar diafragmas de látex o condones durante el tratamiento. Podrán usar el condón masculino o femenino de plástico u otro método hasta que se retire todo el medicamento. (El tratamiento oral no daña el látex.)

Sospecha de embarazo

- Realice pruebas de embarazo.
- No existen riesgos conocidos para el feto concebido mientras se utilizaban espermicidas.

Nuevos problemas que pueden requerir cambiar de método

Pueden, o no, deberse al método.

Infección de las vías urinarias o infección vaginal recurrente (tales como vaginosis bacteriana o candidiasis)

- Considere readaptar a la paciente con un diafragma más pequeño.

Alergia al látex (rubor, prurito, erupción y/o hinchazón de genitales, ingles, o muslos [reacción leve]; o urticaria o erupción en gran parte del cuerpo, mareos, dificultad respiratoria, pérdida de conocimiento [reacción grave])

- Dígale a la paciente que deje de usar el diafragma de látex. Si tiene disponible, déle un diafragma de plástico, o ayúdela a elegir otro método que no sean los condones de látex.

Síndrome de shock tóxico (fiebre alta repentina, erupción corporal, vómitos, diarrea, mareos, dolor de garganta, y dolores musculares). Ver Signos y síntomas de afecciones graves, p. 320.

- Trate o remítala para diagnóstico y atención inmediatos. El síndrome de shock tóxico puede amenazar la vida.
- Dígale a la paciente que deje de usar el diafragma. Ayúdela a elegir otro método que no sea el capuchón cervical.

Preguntas y respuestas sobre espermicidas y diafragmas

1. ¿Los espermicidas causan defectos de nacimiento? ¿Se producirá daño al feto si una mujer utiliza espermicidas sin querer estando embarazada?

No. Hay buenas evidencias que muestran que los espermicidas no provocan defectos de nacimiento y no dañan de ningún modo al feto si una mujer queda embarazada utilizando espermicidas o comienza a usar espermicidas accidentalmente estando ya embarazada.

2. ¿Los espermicidas causan cáncer?

No, los espermicidas no causan cáncer.

3. ¿Los espermicidas incrementan el riesgo de infectarse con VIH?

Las mujeres que utilizan nonoxinol-9 varias veces por día pueden experimentar un incremento del riesgo de infectarse con VIH. Los espermicidas pueden causar irritación vaginal, la cual puede causar pequeñas lesiones en el recubrimiento de la vagina o en genitales externos. Estas lesiones pueden hacer que la mujer sea más proclive a contraer VIH. Los estudios que sugieren que el uso de espermicidas incrementa el riesgo de VIH abarcaron a mujeres que utilizan los espermicidas varias veces al día. Las mujeres con múltiples actos sexuales diarios deberían utilizar otro método anticonceptivo. Sin embargo, en un estudio realizado entre mujeres que utilizaban nonoxinol-9 un promedio de 3 veces a la semana, no se encontró un incremento en el riesgo de infección por VIH para usuarias de espermicidas comparado con mujeres que no usaban espermicidas. Posiblemente se disponga algún día de nuevos espermicidas que sean menos irritantes.

4. ¿El diafragma resulta incómodo para la mujer?

No si se adapta y coloca de manera correcta. En general, la mujer y su pareja no son capaces de sentir el diafragma durante el sexo. El proveedor selecciona el diafragma de tamaño adecuado para cada mujer de modo que se adapte a ella y no la lastime. Si le resulta incómodo, la mujer deberá volver para que usted verifique su ajuste y se asegure de que la mujer coloca y retira el diafragma de manera adecuada.

5. Si la mujer utiliza el diafragma sin espermicidas, ¿éste sigue previniendo el embarazo?

No existe suficiente evidencia para afirmarlo con seguridad. Algunos estudios encontraron que las usuarias de diafragma presentan tasas más altas de embarazo cuando no lo utilizan con espermicida. Por lo tanto, no se recomienda la utilización de diafragma sin espermicidas.

6. ¿La mujer puede dejarse colocado el diafragma todo el día?

Sí, pero no es recomendable. La mujer puede dejarse colocado el diafragma todo el día si no puede colocárselo poco antes de tener sexo. Sin embargo, no deberá dejárselo colocado durante más de 24 horas, ya que puede aumentar el riesgo de síndrome de shock tóxico.

7. ¿Se pueden utilizar lubricantes con el diafragma?

Sí, pero si el diafragma es de látex, utilice solamente lubricantes a base de agua o silicona. Los productos fabricados con aceite no pueden usarse como lubricantes porque dañan el látex. Los materiales que no deben usarse con el diafragma de látex son: cualquier aceite (de cocina, de bebé coco, mineral), vaselina, lociones, cremas frías, manteca, manteca de cacao y margarina. Los lubricantes a base oleosa no dañan el diafragma de plástico. En general, los espermicidas brindan suficiente lubricación a las usuarias de diafragmas.

8. ¿El diafragma ayuda a proteger a la mujer de ITS/VIH?

La investigación sugiere que el diafragma puede ayudar a proteger de algún modo contra infecciones del cérvix tales como gonorrea y clamidia. Algunos estudios han hallado, que también podría proteger contra la enfermedad pélvica inflamatoria y la tricomoniasis. Se están realizando estudios para evaluar la protección contra el VIH. En la actualidad, sólo se recomiendan los condones masculinos y femeninos para la protección contra VIH y otras ITS.

9. ¿Qué es la esponja vaginal y qué tan eficaz es?

La esponja vaginal es de plástico y contiene espermicidas. Se humedece con agua y se introduce en la vagina de modo tal que quede contra el cérvix. Cada esponja puede utilizarse una sola vez. No se encuentra ampliamente disponible.

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer no utiliza la esponja en cada acto sexual.

Mujeres que tuvieron partos:

- Tal como se utiliza comúnmente, constituye uno de los métodos menos eficaces.
- Como se utiliza comúnmente, se producen cerca de 32 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan esponja en el correr del primer año.
- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, cerca de 20 embarazos por cada 100 mujeres en el correr del primer año.

Más eficaz entre mujeres que tuvieron partos:

- Como se utiliza comúnmente, se producen cerca de 16 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan esponja en el correr del primer año.
- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, hay cerca de 9 embarazos por cada 100 mujeres en el correr del primer año.

Capuchón cervical

Puntos clave para proveedores y usuarias

- El capuchón cervical se coloca profundamente en la vagina antes del sexo. Cubre el cérvix.
- Para mejor eficacia, requiere un uso correcto en cada acto sexual.
- Se utiliza con espermicidas para mejorar su eficacia.

¿En qué consiste el capuchón cervical?

- Se trata de un capuchón suave, de látex o goma plástica, que cómodamente recubre el cuello cervical profundamente.
- Viene en diferentes tamaños; requiere un proveedor específicamente capacitado en su colocación para calzarlo.
- Entre las diferentes marcas se encuentran: FemCap y Leah's Shield.
- El capuchón cervical funciona impidiendo al espermatozoos entrar en el cérvix; los espermicidas matan o inhabilitan el espermatozoos. Ambos impiden al espermatozoos entrar en contacto con el óvulo.

¿Qué tan eficaz es?

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo aumenta cuando el capuchón cervical con espermicida no se utiliza en cada acto sexual.

Mujeres que tuvieron partos:

- Tal como se utiliza comúnmente, es uno de los métodos menos eficaces.
- Tal como se utiliza comúnmente, se producen cerca de 32 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical con espermicida en el correr del primer año. Esto significa que 68 de cada 100 mujeres que utilizan capuchón cervical no quedarán embarazadas.
- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, cerca de 20 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical en el correr del primer año.

Más eficacia entre mujeres que no tuvieron partos:

- Tal como se utiliza comúnmente, se producen cerca de 16 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical con espermicida en el correr del primer año. Esto significa que 84 de cada 100 mujeres que utilizan capuchón cervical no quedarán embarazadas.
- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 9 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical en el correr del primer año.

Recuperación de la fertilidad después de interrumpir el capuchón cervical: Sin demora

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Los mismos que para los diafragmas (ver Diafragmas, efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud, p. 226).

Criterios médicos de elegibilidad para

Capuchón cervical

Haga a la paciente preguntas para Criterios médicos de elegibilidad para diafragmas (ver p. 227). Haga, también, la pregunta de abajo acerca de afecciones conocidas. No se necesitan exámenes ni análisis. Si la respuesta es “no” para todas estas preguntas y las del diafragma, entonces puede comenzar con el capuchón cervical si lo desea. Si contesta “sí” a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos aún podrá comenzar con el capuchón cervical.

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

NO SI No administre el capuchón cervical.

Para clasificaciones completas, ver “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos,” p. 333. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria vaya a utilizar. Destaque también cualquier afección por la cual no se deba recomendar el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

Administración del capuchón cervical

La administración del capuchón cervical es similar a la administración (ver p. 229) y ayuda a la usuaria de diafragmas (ver p. 232). Las diferencias incluyen:



Colocación

- Llene una tercera parte del capuchón con crema, gel o espuma espermicida.
- Presione el borde del capuchón alrededor del cérvix hasta que esté completamente cubierto, presionando suavemente la cúpula para aplicar succión y sellar el capuchón.
- Introduzca el capuchón cervical en cualquier momento dentro de las 42 horas antes de tener sexo.

Extracción

- Deje colocado el capuchón cervical durante un mínimo de 6 horas después de la última eyaculación de la pareja, pero no durante más de 48 horas desde la hora en que lo colocó.
- Si deja el capuchón colocado durante más de 48 horas puede aumentar el riesgo de síndrome de shock tóxico y puede producir mal olor y flujo vaginal.
- Incline los costados del borde del capuchón para romper el sellado contra el cérvix, luego empuje el capuchón hacia abajo y fuera de la vagina.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad requieren la cooperación de la pareja.** La pareja debe comprometerse a la abstinencia o a usar otro método durante los días fértiles.
- **Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, según las reglas del método específico.**
- **No presentan efectos secundarios ni riesgos para la salud.**

¿En qué consisten los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?

- “Conocimiento de la fertilidad” significa que la mujer sabe darse cuenta cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual. (El período fértil es cuando ella puede quedar embarazada.)
- Algunas veces recibe el nombre de abstinencia periódica o planificación familiar natural.
- La mujer puede usar varias maneras, solas o combinadas, para decir cuándo comienza y termina su período fértil.
- *Los métodos basados en el calendario* implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y la finalización del período fértil.
 - Ejemplos: Método de días fijos y método del ritmo de calendario.
- *Los métodos basados en los síntomas* dependen de la observación de los signos de fertilidad.
 - Secreciones cervicales: Cuando la mujer ve o percibe secreciones cervicales, podría encontrarse fértil. Puede que perciba solamente cierta leve humedad vaginal.
 - Temperatura corporal basal (TCB): La temperatura del cuerpo de la mujer en descanso se eleva levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación), cuando puede quedar embarazada. Su temperatura se mantiene elevada hasta el comienzo de su siguiente menstruación.
 - Ejemplos: Método de dos días, método TCB, método de la ovulación (también conocido como método Billings o método de la mucosa cervical) y el método de síntomas y temperatura.

- Funcionan, en primer término, ayudando a la mujer a saber cuándo puede quedar embarazada. La pareja previene el embarazo evitando el sexo vaginal sin protección durante esos días fértiles—en general absteniéndose o utilizando condones o un diafragma. Algunas parejas utilizan espermicidas o el retiro, pero estos están entre los métodos menos eficaces.

¿Qué tan eficaces son?

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otro método.

- Tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica. (No se sabe cómo identificaron estas mujeres su período fértil. No hay disponibles tasas de embarazo para la mayoría de los métodos específicos basados en el conocimiento de la fertilidad, tal como se utilizan comúnmente.) Esto significa que 75 de cada 100 mujeres que confían en la abstinencia periódica no quedarán embarazadas. Algunos métodos más nuevos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ser más fáciles de utilizar y, por tanto, más eficaces (ver Pregunta 3, p. 254).
- Las tasas de embarazo para un uso sistemático y correcto varían para los diferentes tipos de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (ver tabla, a continuación).
- En general, la abstinencia durante el período fértil es más eficaz que el uso de otro método en el período fértil.



Retorno de la fertilidad después de interrumpir los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: Sin demora

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Tasas de embarazos con uso consistente y correcto y abstinencia en los días fértiles

Método	Embarazos por cada 100 mujeres en el correr del primer año
Métodos basados en el calendario	
Método de días fijos	5
Método de ritmo calendario	9
Métodos basados en los síntomas	
Método de dos días	4
Método de la temperatura corporal basal	1
Método de la ovulación	3
Método de síntomas y temperatura	2

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

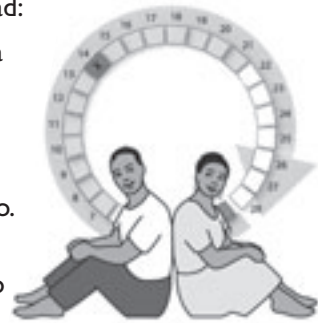
Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- No presentan efectos secundarios
- No requieren procedimientos y en general, no requieren de insumos. Ayuda a las mujeres a conocer sobre su propio cuerpo y su fertilidad
- Permite a algunas parejas a adherir a sus normas religiosas o culturales sobre anticoncepción
- Pueden ser utilizados para identificar los días fértiles, tanto por mujeres que quieren quedar embarazadas como por mujeres que desean evitar el embarazo

Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 253)

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

- Pueden ser muy eficaces si se utilizan de manera sistemática y correcta.
- No requieren literatura ni un nivel educativo avanzado.
- No hacen daño al hombre que se abstiene del sexo.
- No funcionan cuando una pareja se equivoca respecto a cuándo es el período fértil, como cuando cree que éste ocurre durante la menstruación.



Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad para mujeres con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH, que tienen SIDA, o que están en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad con seguridad.
- Recomiende a estas mujeres usar condones junto con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Utilizados de manera sistemática y correcta, los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS.

Quiénes pueden utilizar métodos basados en el calendario

Criterios médicos de elegibilidad para

Métodos basados en el calendario

Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en el calendario. Ninguna afección es impedimento para el uso de estos métodos, pero, algunas pueden dificultar su uso eficaz.

Precaución significa que puede requerirse consejo adicional o especial a fin de asegurar el uso correcto del método.

Postergar significa que el uso de un método de conocimiento de la fertilidad en particular debe postergarse hasta que la condición de la paciente sea evaluada o corregida. Déle a la paciente otro método para que lo utilice mientras no comienza con su método basado en el calendario.

En las siguientes situaciones, tenga *precaución* con los métodos basados en el calendario:

- Los ciclos menstruales recién se han iniciado o se han vuelto menos frecuentes debido a la edad (Las irregularidades en el ciclo menstrual son comunes en mujeres jóvenes en los primeros meses posteriores a su primera menstruación y en mujeres mayores que se aproximan a la menopausia. Puede resultar difícil identificar el período fértil.)

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

- Tuvo un parto recientemente o está amamantando (*Postergue* hasta que la mujer haya tenido un mínimo de 3 menstruaciones y éstas se hayan regularizado otra vez. Después de restablecidos los ciclos regulares, utilice el método con *precaución* durante algunos meses.)
- Ha tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (*Postergue* hasta el inicio de su próxima menstruación.)
- Sangrado vaginal irregular.

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

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



Administración de métodos basados en el calendario

Cuándo comenzar

Una vez capacitados, en general, la mujer o la pareja pueden comenzar a utilizar métodos basados en el calendario en cualquier momento. A las pacientes que no puedan comenzar de inmediato, suminístreles otro método para que lo utilicen mientras tanto.

Situación de la mujer Cuándo comenzar

Tiene ciclos menstruales regulares

En cualquier momento del mes

- No hay necesidad de esperar hasta el comienzo de la próxima menstruación.

Sin menstruación

- Postergue los métodos basados en el calendario hasta el restablecimiento de la menstruación.

Después de un parto (esté o no amamantando)

- Postergue el Método de días fijos hasta que la mujer haya tenido 3 ciclos menstruales y el último sea de 26–32 días atrás.
- Los ciclos regulares se restablecerán más tarde en las mujeres que están amamantando que en las que no están amamantando.

Después de una pérdida de embarazo o aborto

- Demore el Método de días fijos hasta el comienzo de la próxima menstruación, momento en el que ella podrá comenzar si no tiene sangrado debido a lesiones del tracto genital.

Sustitución de un método hormonal

- Postergue el inicio del Método de días fijos hasta el comienzo de la próxima menstruación.
- Si se está sustituyendo inyectables, postergue el Método de días fijos al menos hasta la fecha en que le hubiera correspondido darse la inyección de repetición y entonces, empícelo al iniciarse la próxima menstruación.

Después de tomar anticonceptivos orales de emergencia

- Demore el Método de días fijos hasta el comienzo de la próxima menstruación.

Explicación de cómo usar los métodos basados en el calendario

Método de los días fijos

IMPORTANTE: La mujer puede utilizar el Método de 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, el Método de días fijos será menos eficaz y convendría elegir otro método.

Lleve la cuenta de los días del ciclo menstrual

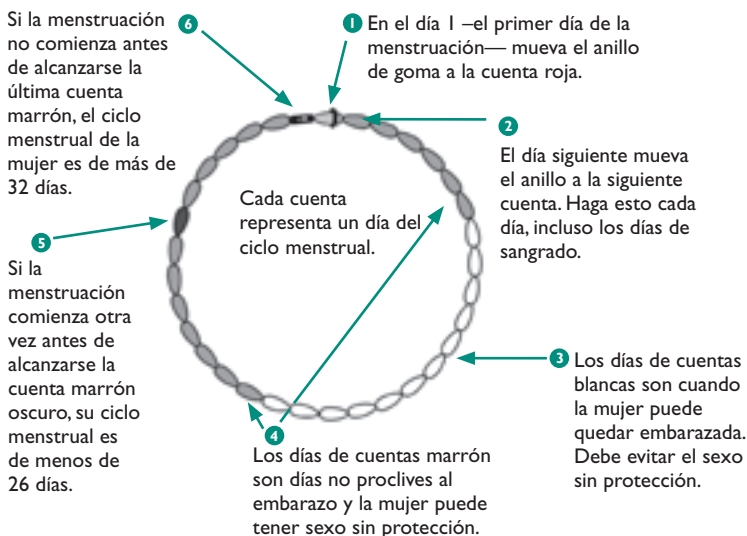
- La mujer lleva la cuenta de los días de su ciclo menstrual, contando el primer día de la menstruación como día 1.

Evite el sexo sin protección entre los días 8 al 19

- Para todas las usuarias del Método de días fijos se considera que el período fértil es el comprendido entre los días 8 al 19 de cada ciclo.
- La pareja evita el sexo vaginal o utiliza condones o diafragma entre los días 8 al 19. También pueden usar retiro o espermicidas, pero estos son menos eficaces.
- La pareja puede tener sexo sin protección en todos los días restantes del ciclo —días 1 al 7 al principio del ciclo y desde el día 20 hasta comenzar su próxima menstruación.

Si es necesario, utilice métodos para ayudar la memoria

- La pareja puede utilizar CycleBeads, un collar de cuentas codificadas por color que indica los días fértiles y no fértiles del ciclo, o puede usar un calendario u otro tipo de ayuda memoria.



Método del ritmo del calendario

Lleve la cuenta de los días del ciclo menstrual

- Antes de confiarse en este método, la mujer debe registrar el número de días de cada ciclo menstrual durante un mínimo de 6 meses. El primer día de la menstruación siempre se cuenta como día 1.

Calcule el período fértil

- La mujer debe restar 18 de la duración del ciclo más corto registrado. Esto le dice cuál es el primer día aproximado de su período fértil. Después debe restar 11 días del ciclo más prolongado registrado. Esto le dice cuál es el último día aproximado de su período fértil.

Evite el sexo sin protección durante el período fértil.

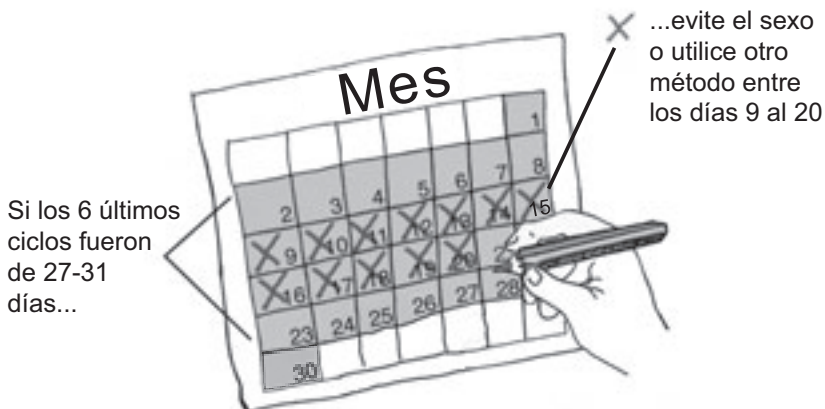
- La pareja evita el sexo vaginal, o utiliza condones o diafragma, durante el período fértil. También pueden recurrir a retiro o espermicidas, pero estos son menos eficaces.

Actualice los cálculos mensualmente

- La mujer debe actualizar estos cálculos cada mes, siempre utilizando los 6 ciclos más recientes.

Ejemplo:

- Si el más corto de sus 6 últimos ciclos fue de 27 días, $27 - 18 = 9$. Debe comenzar a evitar el sexo sin protección en el día 9.
- Si el más largo de sus 6 últimos ciclos fue de 31 días, $31 - 11 = 20$. La mujer puede volver a tener sexo sin protección el día 21.
- Por lo tanto, ella debe evitar el sexo sin protección desde el día 9 al día 20 de su ciclo.



Quiénes pueden usar métodos basados en los síntomas

Criterios médicos de elegibilidad para

Métodos basados en los síntomas

Todas la mujeres pueden utilizar métodos basados en los síntomas. Ninguna afección es impedimento para el uso de estos métodos, pero, algunas pueden dificultar su uso eficaz.

Precaución o cautela significan que puede requerirse consejo adicional o especial a fin de asegurar el uso correcto del método.

Postergue significa que el uso de un método de conocimiento de la fertilidad en particular debe postergarse hasta que la condición de la paciente sea evaluada o corregida. Déle a la paciente otro método para que lo utilice mientras no comienza con su método basado en los síntomas.

En las siguientes situaciones, tenga *precaución* con los métodos basados en los síntomas:

- Ha tenido un aborto o una pérdida de embarazo recientemente
- Los ciclos menstruales recién se han iniciado, se han vuelto menos frecuentes o se han interrumpido debido a la edad (Las irregularidades en el ciclo menstrual son comunes en mujeres jóvenes en los primeros meses posteriores a su primera menstruación y en mujeres mayores que se aproximan a la menopausia. Puede resultar difícil identificar el período fértil.)
- Una afección crónica que eleve la temperatura corporal de la mujer (para los métodos de temperatura corporal basal y de síntomas y temperatura)

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

- Tuvo un parto recientemente o está amamantando (*Postergue* hasta que se hayan restablecido las secreciones normales— en general, retrase el inicio un mínimo de 6 meses después del parto para mujeres que estén dando pecho y un mínimo de 4 semanas después del parto para mujeres que no estén amamantando. Después de restablecidos los ciclos regulares, utilice el método con *precaución* por algunos meses.)
- Una afección aguda que eleve la temperatura corporal de la mujer (para los métodos de temperatura corporal basal y de síntomas y temperatura)
- Sangrado vaginal irregular
- Flujo vaginal anormal

En las siguientes situaciones *postergue* o tenga *precaución* con los métodos basados en los síntomas:

- Está recibiendo medicamento que modifique el estado de ánimo, como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos (inhibidores selectivos de la recapatación de la serotonina, tricíclicos

o tetracíclicos), antipsicóticos (como clorpromazina, tioridazina, haloperidol, risperidona, clozapina, o litio), administración prolongada de ciertos antibióticos, cualquier fármaco antiinflamatorio no esteroideo (tales como aspirina, ibuprofeno, o paracetamol), o antihistamínicos. Estos medicamentos pueden afectar las secreciones cervicales, elevar la temperatura corporal, o demorar la ovulación.

Suministro de métodos basados en los síntomas

Cuándo comenzar

Una vez capacitados, la mujer o la pareja pueden comenzar con el método basado en los síntomas en cualquier momento. Las mujeres que no estén utilizando un método hormonal pueden practicar el monitoreo de sus signos de fertilidad antes de empezar a usar los métodos basados en los síntomas. A las usuarias que no puedan comenzar de inmediato déles otro método para utilizar hasta que puedan empezar.

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Tiene ciclos menstruales regulares	En cualquier momento del mes <ul style="list-style-type: none">• No hay necesidad de esperar el comienzo de la próxima menstruación.
Sin menstruación	<ul style="list-style-type: none">• Postergue los métodos basados en los síntomas hasta que se restablezca la menstruación.
Después de un parto (esté o no amamantando)	<ul style="list-style-type: none">• Puede comenzar con los métodos basados en los síntomas una vez que se restablezcan las secreciones normales.• En mujeres que amamantan, las secreciones normales se restablecerán más tarde que en mujeres que no están amamantando.
Después de una pérdida de embarazo, o aborto	<ul style="list-style-type: none">• Si no tiene secreciones vinculadas con infecciones o sangrados debidos a lesiones en el tracto genital, puede comenzar con los métodos basados en los síntomas de inmediato, con asesoramiento especial y apoyo.
Sustitución de un método hormonal	<ul style="list-style-type: none">• Puede comenzar con los métodos basados en los síntomas en el próximo ciclo menstrual después de la interrupción del método hormonal.
Después de tomar anticonceptivos orales de emergencia	<ul style="list-style-type: none">• Puede comenzar con métodos basados en los síntomas una vez restablecidas las secreciones normales.

Explicación acerca de cómo usar los métodos basados en los síntomas

Método de los dos días

IMPORTANTE: Si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el mucus cervical, puede que el Método de los dos días sea difícil de usar.

Observe las secreciones



- La mujer revisa las secreciones cervicales cada tarde y/o tardecita, en los dedos, prenda interior, o papel higiénico, o por la sensación en o alrededor de la vagina.
- Tan pronto como percibe cualquier tipo de secreción, de cualquier color o consistencia, debe considerar que ese día y el siguiente son días fértiles.

En los días fértiles evite el sexo o use otro método

- La pareja evita el sexo vaginal o utiliza condones o un diafragma en cada día con secreciones y en cada día posterior a un día con secreciones. Podrán usar también el retiro, o espermicidas, pero estos métodos son menos eficaces.

Retome el sexo sin protección después de 2 días secos

- La pareja puede volver a tener sexo sin protección después que la mujer haya tenido 2 días secos (días sin secreciones de ningún tipo) consecutivos.
-

Método de la temperatura corporal basal (tcb)

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

Tome la temperatura corporal diariamente

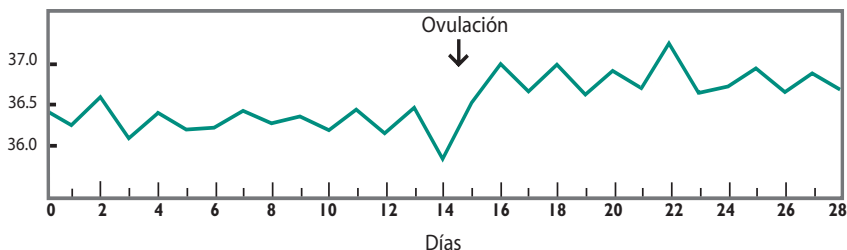
- La mujer toma su temperatura corporal a la misma hora cada mañana antes de salir de la cama y antes de comer nada. Debe registrar la temperatura en una gráfica especial.
- Observe su temperatura elevarse levemente— 0.2° a 0.5° C (0.4° a 1.0° F)—justo después de la ovulación (en general, por la mitad del ciclo menstrual).

Evite el sexo o utilice otro método hasta 3 días después del ascenso de la temperatura

- La pareja evita el sexo vaginal, o usa condones o un diafragma desde el primer día de la menstruación hasta 3 días después de que la temperatura de la mujer se haya elevado por encima de su temperatura regular. Podrán usar también el retiro, o espermicidas, pero estos métodos son menos eficaces.

Retome el sexo sin protección hasta el comienzo de la próxima menstruación

- Cuando la temperatura de la mujer se haya elevado por encima de su temperatura regular y se haya mantenido más alta durante 3 días enteros, ha tenido lugar la ovulación y ya ha pasado el período fértil.
- La pareja puede tener sexo sin protección el 4^o día y hasta que comience la siguiente menstruación.



Método de la ovulación

IMPORTANTE: Si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el mucus cervical, puede que este método sea difícil de utilizar.

Revise las secreciones cervicales diariamente

- La mujer revisa cada día por cualquier secreción cervical en los dedos, prenda interior, papel higiénico o por la sensación en o alrededor de la vagina.

Evite el sexo sin protección los días de menstruación profusa

- La ovulación podría ocurrir temprano en el ciclo, durante los últimos días de menstruación y el sangrado profuso podría dificultar observar el mucus cervical.

Retome el sexo sin protección cuando las secreciones se restablezcan

- Entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, la pareja puede tener sexo sin protección, pero no en 2 días consecutivos. (Si se evita el sexo en el segundo día le da tiempo al semen a desaparecer y se pueda observar el mucus cervical.)
- Se recomienda que tengan sexo en las tardecitas, después que la mujer haya estado de pie al menos durante unas horas y haya podido revisar el mucus cervical.

Evite el sexo sin protección a partir del momento que comienzan las secreciones y hasta 4 días después del “día pico”

- Tan pronto como la mujer note alguna secreción, se considerará fértil y debe evitar el sexo sin protección.
- La mujer continúa revisando las secreciones cervicales cada día. Las secreciones tienen un “día pico”—el último día—en que son transparentes, resbalosas, elásticas y húmedas. La mujer sabrá que esto ha sucedido cuando, al día siguiente, sus secreciones sean pegajosas o secas, o no tenga secreciones. Se continúa considerando fértil durante 3 días después del día pico y debe evitar el sexo sin protección.



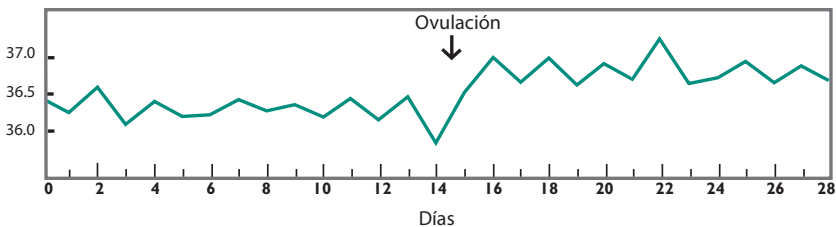
Reanude el sexo sin protección

- La pareja puede tener sexo sin protección el 4º día posterior a su día pico y hasta que comience su próxima menstruación.

Método basado en síntomas y temperatura (temperatura corporal basal + secreciones cervicales + otros signos de fertilidad)

Evite el sexo sin protección en los días fértiles

- Las usuarias identifican los días fértiles y los no fértiles combinando las instrucciones de los métodos TCB y de la ovulación.
- Las mujeres pueden, también, identificar el período fértil mediante otros signos tales como sensibilidad en los senos y dolor ovulatorio (dolor del abdomen inferior o calambres cerca de la época de la ovulación).
- La pareja evita el sexo sin protección entre el primer día de menstruación y sea el cuarto día posterior al pico de secreciones cervicales o el tercer día completo después del ascenso de temperatura (TCB), lo que suceda más tarde.
- Algunas mujeres que usan este método tienen sexo sin protección entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, pero no durante 2 días consecutivos.



Apoyo a la usuaria

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

No se requiere consulta de control de rutina. Los proveedores deberán invitar a la mujer o pareja a volver a reunirse unas pocas veces durante los primeros ciclos si desean más ayuda. Transmítale a cada usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver—por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada. También si:

- Tiene dificultades para identificar sus días fértiles.
- Tiene dificultades para evitar el sexo o usar otro método en los días fértiles. Por ejemplo, si su pareja no coopera.

Ayuda a las usuarias continuas

Ayuda a las pacientes en cualquier consulta

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algún comentario.
2. En especial, pregúntele si tiene dificultades para identificar sus días fértiles o problemas para evitar el sexo sin protección en los días fértiles.
3. Verifique si la pareja está usando el método de manera correcta. Repase las observaciones o registros de los signos de fertilidad. Si es necesario, programe otra consulta.
4. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema nuevo de salud desde su última consulta. Aborde los problemas si corresponde.
5. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga los controles necesarios.

Manejo de problemas

Problemas con el uso

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

Incapacidad para abstenerse del sexo durante el período fértil

- Discuta los problemas abiertamente con la pareja y ayúdelos a sentirse cómodos, no avergonzados.
- Analice el posible uso de condones, diafragmas, retiro, o espermicidas o el contacto sexual sin sexo vaginal durante el período fértil.

- Si la mujer ha tenido sexo sin protección en los últimos 5 días, puede considerar AOE (ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45).

Métodos basados en el calendario

Los ciclos no ocurren durante los 26 a 32 días del Método de los días fijos

- Si la mujer tiene 2 o más ciclos fuera de los 26 a 32 días durante 12 meses, sugiérale, en cambio, el uso del método del ritmo de calendario o un método basado en los síntomas.

Ciclos menstruales muy irregulares entre usuarias del método basado en el calendario

- Sugiera usar, en cambio, un método basado en los síntomas.

Métodos basados en los síntomas

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

- Aconseje a la paciente y ayúdela a aprender a interpretar las secreciones cervicales.
- Sugiera el uso del Método de los dos días, que no requiere que la usuaria sepa diferenciar entre distintos tipos de secreciones.

Dificultad para reconocer la presencia de secreciones en el método de la ovulación o en el Método de los dos días

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

Preguntas y respuestas sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

1. ¿Sólo las parejas de buen nivel educativo pueden usar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?

No. Las parejas con poca o ninguna escolaridad formal pueden usar y de hecho usan con eficacia, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Las parejas deben estar muy motivadas, bien capacitadas en su método y comprometidas a evitar el sexo sin protección durante el período fértil.

2. ¿Son confiables los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?

Para muchas parejas estos métodos brindan información confiable sobre los días fértiles. Si la pareja evita el sexo vaginal, o usa condones o un diafragma durante el período fértil de la mujer, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ser muy eficaces. El uso de spermicidas o el retiro durante el período fértil son menos eficaces.

3. ¿Qué hay de nuevo en los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, el Método de los días fijos y el Método de los dos días?

Estos nuevos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad son más fáciles de usar de manera correcta que algunos de los anteriores. Por ende, pueden ser atractivos para más parejas y ser más eficaces para algunas personas. Sin embargo, se asemejan a los métodos anteriores, en que se basan en las mismas formas de juzgar cuándo una mujer es fértil—llevando la cuenta de los días del ciclo para el método de los días fijos y por las secreciones cervicales en el Método de los dos días. Hasta ahora, existen pocos estudios sobre estos métodos. Un ensayo clínico encontró que, como el Método de los días fijos era usado por lo general por mujeres que tenían la mayoría de los ciclos de entre 26 y 32 días de duración, había 12 embarazos por cada 100 mujeres en el correr del primer año de uso. En un ensayo clínico del método de los dos días, como es comúnmente utilizado, hubo 14 embarazos por cada 100 mujeres en el correr del primer año de uso. Esta tasa está basada en aquellas que se mantuvieron en el estudio. Se excluyeron las mujeres que detectaron secreciones en menos de 5 días o más de 14 días.

4. ¿Qué tan proclive es una mujer a quedar embarazada si tiene sexo durante su menstruación?

Las probabilidades de embarazo durante la menstruación son bajas pero no son cero. El sangrado de por sí no evita el embarazo, ni, tampoco lo promueve. En los primeros días de menstruación las probabilidades son las más bajas. Por ejemplo, en el día 2 del ciclo (contando como 1 el primer día de sangrado), la probabilidad de quedar embarazada es extremadamente baja (menos del 1%). A medida que pasan los días, las probabilidades de embarazo aumentan, esté o no sangrando. El riesgo de embarazo aumenta hasta la ovulación. El día posterior a la ovulación las probabilidades de embarazo empiezan a bajar de manera sostenida. Algunos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad que dependen de las secreciones cervicales advierten de evitar el sexo sin protección durante la menstruación debido a que no es posible detectar las secreciones cervicales durante el sangrado y existe un pequeño riesgo de ovulación en ese período.

5. ¿Cuántos días de abstinencia o de uso de otro método podrían requerirse para cada método basado en el conocimiento de la fertilidad?

El número de días varía según la duración del ciclo de la mujer. El número promedio de días que una mujer es considerada fértil—y necesitaría abstenerse o usar otro método—con cada método es: Método de los días fijos, 12 días; método de los 2 días, 13 días; método basado en síntomas y temperatura, 17 días; método de la ovulación, 18 días.

Retiro

Puntos clave para proveedores y usuarios

- **Disponible siempre y en cada situación.** Puede ser utilizado como método primario o método de respaldo.
- **No requiere insumos ni consulta médica ni ir a la farmacia.**
- **Uno de los métodos anticonceptivos menos eficaces.** Sin embargo, algunos hombres utilizan este método eficazmente. Proporciona mayor protección contra el embarazo que no utilizar ningún método.
- **Promueve la participación del hombre y la comunicación de la pareja.**

¿En qué consiste el retiro?

- El hombre retira su pene de la vagina de su compañera y eyacula fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer.
- Se le conoce también como coitus interruptus o “marcha atrás.”
- Actúa haciendo que el semen no ingrese al cuerpo de la mujer.

¿Qué tan eficaz es?

Su eficacia depende del usuario: El riesgo de embarazo es mayor cuando el hombre no retira su pene de la vagina antes de eyacular en cada acto sexual.

- Es uno de los métodos menos eficaces tal como se utiliza comúnmente.
- Tal como se utiliza comúnmente, se producen en el primer año unos 27 embarazos por cada 100 mujeres cuya pareja utiliza el retiro. Esto significa que 73 de cada 100 mujeres cuya pareja utiliza el retiro no quedarán embarazadas.
- Cuando es utilizado correctamente en cada acto sexual, se producen 4 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas utilizan el retiro en el correr del primer año.

Retorno de la fertilidad al discontinuar el uso del retiro: Ninguna demora
Protección contra infecciones de transmisión sexual: Ninguna



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Ninguno

Quién puede y quién no puede utilizar el retiro

Criterios médicos de elegibilidad para el

Retiro

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

El uso del retiro



- Se puede utilizar en cualquier momento.

Explicación del uso

Cuando el hombre siente que está por eyacular

- Debe retirar su pene de la vagina de la mujer eyacular fuera de la vagina, manteniendo su semen alejado de los genitales externos de la mujer.

Si el hombre ha eyaculado hace poco

- Antes de la relación sexual deberá orinar y limpiar la punta de su pene para eliminar cualquier resto de esperma.

Recomendaciones sobre el uso

Puede llevar tiempo aprender a usarlo adecuadamente

- Sugerirle a la pareja que también utilice otro método hasta que el hombre sienta que puede usar el retiro correctamente en cada acto sexual.

Hay otras opciones que brindan mayor protección contra el embarazo

- Sugerir un método de planificación familiar adicional o alternativo. (Las parejas que han utilizado el retiro eficazmente no se les debe desalentar de continuar utilizándolo.)

Algunos hombres pueden tener dificultad con el retiro

- Los hombres que no pueden percibir en cada acto que están por eyacular.
- Los hombres que tienen eyaculación precoz.

Se pueden utilizar los anticonceptivos orales de emergencia (AOE)

- Explique el uso en caso de que el hombre eyacule antes de retirar (ver Píldoras anticonceptivas de emergencia p. 45). Entregue AOE si hay disponibles.

Método de amenorrea de la lactancia

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Un método de planificación familiar basado en la lactancia.** Proporciona anticoncepción a la madre y alimenta al bebé.
- **Puede ser eficaz hasta 6 meses después del parto,** siempre y cuando la madre no haya vuelto a menstruar y esté alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva.
- **Requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche.** La mayoría de las ingestas del bebé deberán ser de leche materna.
- **Le brinda a la mujer la posibilidad de utilizar un método continuo que puede seguir usando después de los 6 meses.**

¿En qué consiste el método de amenorrea de la lactancia?

- Un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad (“lactancia” significa que está relacionado a amamantar. “Amenorrea” significa no tener menstruación.)
- El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) requiere 3 condiciones. Las 3 condiciones deben cumplirse:
 1. La madre no ha vuelto a menstruar
 2. El bebé está siendo alimentado con lactancia exclusiva o casi exclusiva y con frecuencia, durante el día y la noche
 3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad
- “Lactancia exclusiva” incluye tanto la alimentación sólo en base a pecho (el bebé no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua, aparte de la leche materna) como la lactancia casi exclusiva (el bebé recibe ocasionalmente vitaminas, agua, jugo de fruta u otros nutrientes, además de la leche materna).
- “Lactancia casi exclusiva” significa que el bebé recibe algo de líquido o alimento además de la leche materna, pero la mayoría de las ingestas (más de tres cuartas partes de todas las ingestas) son de leche materna.

- Funciona básicamente al impedir que los ovarios liberen óvulos (ovulación). La lactancia frecuente impide que se liberen las hormonas naturales que estimulan la ovulación temporalmente.

¿Qué tan eficaz es?

Su eficacia depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo se da cuando la mujer no puede alimentar a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva.

- Tal como se utiliza comúnmente, se producen en los primeros 6 meses después del parto unos 2 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el MELA. Esto significa que 98 de cada 100 mujeres que dependen del MELA no quedarán embarazadas.
- Cuando es utilizado correctamente, se produce menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan el MELA en los primeros 6 meses después del parto.

Retorno de la fertilidad al interrumpir el MELA: Depende de la frecuencia con que la madre continúa dando pecho

Protección contra infecciones de transmisión sexual: Ninguna



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno. Los problemas eventuales son los mismos que para todas las mujeres que dan pecho.

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Promueve:

- Los mejores patrones de lactancia que benefician tanto la salud de la madre como la del bebé

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Corrección de malentendidos (ver también Preguntas y respuestas, p. 265)

El método de amenorrea de la lactancia:

- Es altamente eficaz si la mujer cumple con los 3 criterios para MELA.
- Es igualmente eficaz para mujeres gordas o delgadas.
- Lo pueden utilizar mujeres alimentadas normalmente. No se requiere una alimentación especial.
- Puede ser utilizado durante 6 meses enteros sin necesidad de complementar con otros alimentos. La leche materna como alimento exclusivo puede alimentar plenamente al bebé durante los primeros 6 meses de vida. De hecho es el alimento ideal para esta etapa de la vida del bebé.
- Puede ser utilizado durante 6 meses sin temor a que se le acabe la leche a la madre. La producción de leche continuará durante 6 meses y más tiempo en respuesta a la succión del bebé o la extracción de leche por parte de la madre.

Quién puede utilizar el método de amenorrea de la lactancia

Criterios médicos de elegibilidad para el uso del

Método de amenorrea de la lactancia

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

- Estén infectadas con VIH/SIDA (ver El método de amenorrea de la lactancia en mujeres infectadas con VIH, p. 260)
- Estén recibiendo determinado medicamento durante la lactancia (como medicamentos que afectan el estado de ánimo, reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, dosis elevadas de corticoides, bromocriptina, drogas radioactivas, litio y algunos anticoagulantes)
- Cuando el recién nacido tiene alguna afección que dificulta su alimentación con pecho (incluidos los recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros que requieran cuidado neonatal intensivo, que no puedan digerir alimentos normalmente, o tengan malformaciones en la boca, mandíbula o paladar)

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta el método de amenorrea de la lactancia

- Es un método de planificación familiar natural
- Promueve lactancia óptima la cual tiene beneficios para la salud del bebé y de la madre
- No tiene costos directos para la planificación familiar o la alimentación del bebé

El método de amenorrea de la lactancia en mujeres infectadas con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH o que tienen SIDA pueden usar MELA. La lactancia no empeora su afección. Sin embargo, existe la posibilidad de que las madres portadoras de VIH le transmitan el VIH a su bebé a través de la leche materna. Sin terapia antirretroviral (ARV), si los bebés de madres infectadas con VIH son alimentados con leche materna y otros alimentos, durante 2 años, entre 10 y 20 de cada 100 se infectarán con VIH a través de la leche materna, además de aquellos que ya se infectaron durante el embarazo y el parto. La lactancia exclusiva disminuye en un 50% el riesgo de infección por VIH a través de la leche materna. Al reducir el plazo de lactancia se reduce considerablemente el riesgo. Por ejemplo, la lactancia durante 12 meses disminuye la transmisión en un 50% comparada con la lactancia durante 24 meses. La transmisión del VIH a través de la leche materna es más probable en madres con enfermedad avanzada o que están recién infectadas.
- Las mujeres que reciben terapia ARV pueden utilizar MELA. De hecho, administrar terapia ARV a una madre infectada con VIH o a un bebé expuesto al VIH disminuye de manera muy significativa el riesgo de transmisión de VIH a través de la leche materna.
- Las madres infectadas con VIH deben recibir las intervenciones correspondientes de ARV y deben alimentar a su bebé con lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, introducir alimentos suplementarios adecuados a los 6 meses y continuar amamantando durante los primeros 12 meses. Se debe suspender la lactancia solo cuando se pueda proporcionar una dieta nutricionalmente adecuada y segura sin leche materna.
- A los 6 meses —o antes si le regresó la menstruación o si suspende la lactancia exclusiva— la mujer debe iniciar el uso de otro método anticonceptivo en lugar de MELA y continuar utilizando condones. Recomiende a las mujeres con VIH que utilicen condones junto con MELA. Si se utilizan de manera sistemática y correcta, los condones ayudan a impedir la transmisión del VIH y otras ITS.

(Para obtener más orientación sobre la alimentación del bebé por parte de mujeres con VIH, ver Salud materna y del recién nacido, prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, p. 294.)

Administración del método de amenorrea de la lactancia

Cuándo comenzar

Situación de la mujer

Durante los 6 meses después del parto

Cuándo comenzar

- Comenzar a dar pecho inmediatamente (a la hora) o lo más pronto posible después del parto. Durante los primeros días que siguen al parto, el líquido amarillento que segrega los pechos de la madre (calostro) contiene sustancias muy importantes para la salud del bebé.
 - En cualquier momento si ha estado alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva desde el parto y si no se ha restablecido la menstruación.
-



¿Cuándo puede utilizar mela una mujer?

Una mujer que está dando pecho puede utilizar MELA para espaciar su próximo embarazo y como transición hacia otro método anticonceptivo. Puede comenzar con MELA en cualquier momento si cumple con los 3 criterios requeridos para utilizar el método.

Hágale estas 3 preguntas a la madre:

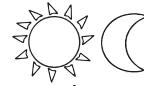


1

¿Ha vuelto a menstruar?



2



¿Está alimentando a su bebé periódicamente con otros alimentos además de darle pecho, o deja transcurrir períodos largos de tiempo sin darle pecho, ya sea de día o de noche?

3



¿Su bebé tiene más de 6 meses de edad?

Si responde que **NO** a todas estas preguntas...

...puede utilizar MELA. Existe una posibilidad de embarazo de sólo 2% en este momento. La mujer puede elegir otro método de planificación familiar en cualquier momento – pero preferentemente no un método con estrógenos mientras su bebé tenga menos de 6 meses de edad. Los métodos con estrógenos incluyen los anticonceptivos orales combinados, los inyectables mensuales, los parches combinados y los anillos vaginales combinados.

Pero si responde **SÍ** a cualquiera de las preguntas...

...aumentan las posibilidades de quedar embarazada. Aconséjele que comience a utilizar otro método de planificación familiar y que siga dando pecho por la salud de su bebé.

Explicación del uso

Lactancia frecuente

- Un patrón ideal es alimentar a demanda (o sea cada vez que el bebé quiera ser alimentado) y por lo menos 10 a 12 veces por día durante las primeras semanas después del parto y luego 8 a 10 veces por día, incluso al menos una vez durante la noche durante los primeros meses.
- El espacio entre comidas no deberá exceder las 4 horas durante el día y durante la noche no deberá exceder las 6 horas.
- Algunos bebés tal vez no quieran ser alimentados 8 ó 10 veces por día y probablemente quieran dormir durante la noche. Estos bebés deberán ser alentados suavemente a tomar pecho con mayor frecuencia.

Comenzar con otros alimentos a los 6 meses

- Debe comenzar a darle otros alimentos, además de leche materna, cuando el bebé cumple 6 meses. A esta edad, la leche materna ya no puede alimentar plenamente a un bebé en crecimiento.

Programación de la visita de seguimiento



- Programe la próxima visita mientras se sigan aplicando los criterios del MELA, para elegir otro método y seguir protegida contra embarazo.
- De ser posible, suminístrele ahora condones o anticonceptivos orales de progestágeno solo. Podrá comenzar a utilizarlos si el bebé ya no se está alimentando con lactancia exclusiva o casi exclusiva, si se restablece la menstruación, o si el bebé cumple 6 meses antes de que la madre pueda regresar para obtener otro método. Programe un método de seguimiento. Suminístrele los materiales ahora.

Apoyo a las usuarias

“Vuelva cuando quiera”: razones para volver

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

- Ya no cumple con uno o más de los 3 criterios del MELA y por lo tanto no podrá depender sólo del MELA.

Ayuda a las usuarias continuas

Ayuda a las usuarias para cambiar a un método continuo

1. La mujer puede cambiar a otro método en cualquier momento que lo desee mientras está usando el MELA. Si sigue cumpliendo con los 3 requisitos del MELA, es razonablemente seguro que no esté embarazada.



- Puede comenzar un nuevo método sin necesidad de realizar una prueba de detección de embarazo, examen clínico o evaluación.
2. Para continuar previniendo un embarazo, la mujer debe cambiar a otro método en cuanto deje de cumplir cualquiera de los 3 criterios del MELA.
 3. Ayude a la mujer a elegir un nuevo método antes que lo necesite. Si piensa continuar dando pecho, puede elegir uno de varios métodos hormonales o no hormonales, dependiendo del tiempo que transcurrió desde el parto (ver Fecha más temprana en que la mujer puede iniciar el uso de un método de planificación familiar después del parto, p. 293).

Manejo de problemas

Problemas con el uso

- Los problemas con la lactancia o el MELA afectan la satisfacción de la mujer y el uso del método. Si la usuaria relata que tiene problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y, si corresponde, trátela.
- Ofrézcale ayuda a la usuaria en la elección de otro método – en ese mismo momento, si así lo desea, o más adelante, si no se pueden superar los problemas.
- En caso de problemas con la lactancia, ver Manejo de los problemas vinculados a la lactancia, p. 296.

Preguntas y respuestas sobre el método de amenorrea de la lactancia

1. ¿El MELA puede ser considerado un método eficaz de planificación familiar?

Sí. El MELA es muy eficaz si no se ha restablecido la menstruación de la mujer, si practica lactancia exclusiva o casi exclusiva y si su bebé tiene menos de 6 meses de edad.

2. ¿En qué momento debe la madre comenzar a alimentar a su bebé con otro alimento, además de la leche materna?

Lo ideal es cuando el bebé cumple 6 meses. Además de otros alimentos, la leche materna deberá ser una parte muy importante de la dieta del niño durante su segundo año de vida o más.

3. ¿Las mujeres pueden utilizar el MELA si trabajan lejos de casa?

Sí. Las mujeres que pueden llevar a sus bebés al trabajo o tenerlos cerca y pueden amamantarlos con frecuencia pueden confiar en el MELA siempre y cuando cumplan con los 3 criterios del MELA. Las mujeres que no están junto a sus bebés pueden utilizar MELA si el tiempo que transcurre entre una y otra comida no excede las 4 horas. La mujer también puede extraerse la leche al menos cada 4 horas, pero las tasas de embarazo pueden ser ligeramente más elevadas para mujeres que están separadas de sus bebés. En el estudio que evaluó el uso del MELA en mujeres que trabajaban, se calculó que la tasa de embarazos era de 5 por cada 100 mujeres durante los primeros 6 meses después del parto, comparado con aproximadamente 2 de cada 100 mujeres que utilizan MELA de manera habitual.

4. ¿Qué ocurre si una mujer se entera de que tiene VIH cuando está usando MELA? ¿Puede continuar amamantando y utilizando el MELA?

Si la mujer fue recién infectada con VIH, el riesgo de transmisión a través de la leche materna podría ser más elevado que si se hubiera infectado antes, porque hay más VIH en su cuerpo. Sin embargo, la recomendación con respecto a la lactancia es la misma que para otras mujeres infectadas con VIH. Las madres infectadas con VIH o sus bebés deben recibir la terapia ARV correspondiente; las madres deben alimentar a sus bebés con lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y luego introducir alimentos suplementarios apropiados y continuar amamantando durante los primeros 12 meses de vida. A los 6 meses —o antes si le regresó su menstruación o si suspende la lactancia exclusiva— la mujer debe iniciar el uso de otro método anticonceptivo en lugar de MELA y continuar utilizando condones. (Ver también Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, p. 294.)

Atención a grupos diversos

Puntos clave para proveedores y usuarios

Adolescentes

- **Las personas jóvenes solteras y las casadas pueden tener necesidades diferentes con respecto a su salud reproductiva.** Todos los métodos anticonceptivos son seguros para jóvenes.

Hombres

- **La información correcta puede contribuir a que los hombres tomen mejores decisiones con respecto a su propia salud y también la de su pareja.** Cuando las parejas conversan sobre los métodos anticonceptivos, es más probable que elaboren planes que puedan cumplir.

Mujeres próximas a la menopausia

- **Para evitar el embarazo de manera segura, una mujer deberá utilizar métodos anticonceptivos hasta que hayan transcurrido 12 meses corridos desde su última menstruación.**

Adolescentes

Las personas jóvenes también podrán consultar a un proveedor de planificación familiar, no sólo con respecto a métodos anticonceptivos sino también para recibir asesoramiento sobre cambios físicos, sexualidad, relaciones, familia y los problemas vinculados al crecimiento. Sus necesidades dependerán de cada situación particular. Algunas no están casadas y son sexualmente activas, otras no son sexualmente activas y otras, a su vez ya están casadas. Algunas ya tienen hijos. La edad por sí misma hace una gran diferencia, ya que las personas jóvenes maduran rápidamente durante la adolescencia. Debido a estas diferencias, es importante conocer primero a cada usuaria o usuario, comprender su motivo de consulta y así poder ajustar el asesoramiento y el servicio ofrecido.

Brindar servicios con atención y respeto

Las personas jóvenes merecen recibir atención de manera imparcial y respetuosa, sin importar cuán jóvenes sean. La crítica o una actitud descortés mantendrán alejadas a las personas jóvenes de la atención que pueden estar necesitando. El asesoramiento y los servicios no tienen el cometido de alentar a la juventud a tener relaciones sexuales, sino más bien de ayudarla a proteger su salud.

Para hacer que el servicio resulte atractivo a los jóvenes, se puede:

- Mostrarles que se disfruta del hecho de poder trabajar con ellas.
- Brindar asesoramiento en un lugar privado donde no puedan ser vistos o escuchados. a la usuaria Fomentar la reserva y asegurarle al usuario que habrá confidencialidad.
- Escuchar atentamente y hacer preguntas abiertas tales como “¿En qué puedo ayudarte?” y “¿Qué preguntas tienes?”
- Usar un lenguaje sencillo y evitar los términos médicos.
- Utilizar términos acordes a la juventud. Evitar términos tales como “planificación familiar” que pueden resultarles irrelevantes a las personas que no están casadas.
- Si el usuario o la usuaria lo desea, recibir a su pareja e incluirla en el asesoramiento.
- Buscar asegurar que las decisiones que toman las mujeres jóvenes les son propias y que no están siendo presionadas por su pareja o su familia. Particularmente, si está siendo presionada para tener relaciones sexuales, ayudar a la joven a pensar qué puede decir y hacer para resistirse y reducir dicha presión. Practicar habilidades para negociar el uso del condón.
- Hablar sin emitir juicios (por ejemplo, decir “Tú puedes” en lugar de “Tú debes”). No criticar, aun cuando no se esté de acuerdo con lo que el joven o la joven estén diciendo o haciendo. Ayudar a los usuarios y las usuarias a tomar las decisiones que más les convengan.
- Tomarse el tiempo para abordar a fondo las preguntas, temores y desinformación sobre relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual (ITS) y métodos anticonceptivos. Muchas, personas jóvenes necesitan que se les asegure que los cambios que se están produciendo en su cuerpo y sus sentimientos son normales. Estar preparado para contestar preguntas comunes sobre la pubertad, menstruación, masturbación, eyaculación nocturna e higiene de los genitales.



Todos los métodos anticonceptivos son seguros para la juventud

Las personas jóvenes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura.

- Las jóvenes a veces son menos tolerantes que las mujeres mayores con los efectos secundarios. Si reciben asesoramiento, sin embargo, sabrán qué es lo que pueden esperar y es menos probable que dejen de utilizar sus métodos.
- Los jóvenes solteros en comparación con las personas mayores, pueden tener más parejas sexuales y por lo tanto estén expuestos a un mayor riesgo de contraer ITS. Una parte importante del asesoramiento es evaluar el riesgo de ITS y cómo reducirlo.

Para algunos métodos anticonceptivos existen consideraciones especiales en el caso de las personas jóvenes (ver los capítulos sobre métodos anticonceptivos para tener una guía completa):

Anticonceptivos hormonales (anticonceptivos orales, inyectables, parches combinados, anillo vaginal combinado e implantes)

- Los inyectables y el anillo combinado pueden ser utilizados sin que los demás lo sepan.
- A algunas jóvenes les resulta particularmente difícil tomar anticonceptivos orales regularmente.

Anticonceptivos orales de emergencia (AOE)

- Las jóvenes pueden tener menos control que las mujeres mayores en cuanto a tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos. Pueden necesitar PAE con mayor frecuencia.
- Sumínístrele PAE a las jóvenes por anticipado para que las utilicen cuando sea necesario. Las PAE pueden ser utilizadas siempre que se hayan tenido relaciones sexuales sin protección, incluso contra su voluntad, o si ocurrió una equivocación con un método anticonceptivo.

Esterilización femenina y vasectomía

- Proporcionar con gran precaución. La juventud y las personas que tienen pocos o ningún hijo tienen mayores posibilidades de arrepentirse de la esterilización.

Condomes masculinos y femeninos

- Protegen contra ITS y embarazo; necesario para muchas de las personas jóvenes.
- Se consiguen fácilmente y son asequibles y convenientes para relaciones sexuales ocasionales.
- Los hombres jóvenes pueden tener menos facilidad para usar condones correctamente. Pueden requerir práctica para colocarse los condones.

Dispositivos intrauterinos (DIU de cobre y hormonales)

- Es más factible que los DIU sean expulsados en las mujeres que no tuvieron partos porque su útero es pequeño.

Diafragmas, espermicidas y capuchones cervicales

- Si bien están entre los métodos menos eficaces, las mujeres jóvenes pueden controlar el uso de estos métodos y utilizarlos cuando los necesitan.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- Hasta que una joven no tenga ciclos menstruales regulares, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad deben ser utilizados con cautela.
- Requieren un método de respaldo o tener AOE por si falla la abstinencia.

Retiro

- Requiere que el hombre sepa cuando está por eyacular para que pueda retirar a tiempo. Puede resultarle difícil a algunos jóvenes.
- Es uno de los métodos menos eficaces para prevenir el embarazo, pero puede ser el único método disponible – y siempre disponible – para algunos jóvenes.

El hombre

Apoyo importante, usuarios importantes

Para los proveedores de salud, los hombres son importantes por dos razones. En primer lugar, porque tienen influencia sobre las mujeres. Algunos hombres se interesan por la salud reproductiva de su pareja y la apoyan. Otros se interponen o toman decisiones por ellas. Por lo tanto, con su actitud, el hombre puede determinar que la mujer practique un hábito saludable. En determinadas circunstancias, tales como prevenir una infección con VIH o recurrir rápidamente a ayuda en una emergencia obstétrica, las acciones del hombre pueden determinar la vida o la muerte de una mujer.

Los hombres también son importantes como usuarios. Algunos de los principales métodos de planificación familiar – condones masculinos y vasectomía – son utilizados por el hombre. El hombre también puede tener sus propias necesidades e inquietudes en cuanto a su salud sexual y reproductiva – particularmente con respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS) – que merecen la atención del sistema y los proveedores de salud.

Muchas formas de ayudar a los hombres

Los proveedores pueden brindar apoyo y servicios a los hombres, tanto en su función de apoyo a la mujer como en su función de usuarios.

Alentar a las parejas a conversar

Las parejas que conversan sobre la planificación familiar – ya sea con o sin ayuda de un proveedor de salud – tienen mayores posibilidades de elaborar planes que puedan poner en práctica. Los proveedores pueden:

- Capacitar a los hombres y a las mujeres para que hablen con su pareja sobre relaciones sexuales, planificación familiar e ITS.
- Alentar a tomar decisiones conjuntamente sobre asuntos de salud sexual y reproductiva.
- Invitar y alentar a las mujeres que traigan a su pareja a la consulta para recibir asesoramiento, tomar decisiones y recibir cuidado juntos.
- Sugerir a las usuarias que le informen a su pareja sobre los servicios de salud para hombres. Entrégueles material informativo, si la tiene disponible, para que lleven a su casa.



Brindar información precisa

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

- Métodos de planificación familiar, tanto para hombres como para mujeres, incluyendo seguridad y eficacia.
- ITS incluido el VIH/SIDA – cómo se transmiten y cómo no se transmiten, signos y síntomas, análisis y tratamiento
- Los beneficios de esperar a que el hijo menor cumpla 2 años antes de que la mujer vuelva a quedar embarazada
- Anatomía sexual reproductiva del hombre y la mujer y sus funciones
- Embarazo y parto seguros

Brindar servicios o remitir

Algunos de los servicios importantes que los hombres buscan son:

- Condones, vasectomía y asesoramiento sobre otros métodos
- Asesoramiento y ayuda sobre problemas sexuales
- Asesoramiento, análisis y tratamiento de ITS/VIH. Asesoramiento sobre infertilidad (ver Infertilidad, p. 304). Despistaje de cáncer de pene, testículos y próstata

Al igual que las mujeres, los hombres de todas las edades, estén casados o no, tienen sus propias necesidades de salud sexual y reproductiva. Merecen recibir un servicio de buena calidad y asesoramiento respetuoso, de apoyo e imparcial.



Mujeres próximas a la menopausia

Se considera que una mujer llegó a la menopausia cuando sus ovarios dejan de liberar óvulos (ovulación). Debido a que a medida que se va aproximando a la menopausia ya no menstrúa todos los meses, se considera que una mujer deja de ser fértil una vez que transcurrieron 12 meses seguidos sin menstruar.

La menopausia ocurre entre los 45 y 55 años de edad. Aproximadamente la mitad de las mujeres ya llegaron a la menopausia a los 50 años. A la edad de 55 años el 96% de las mujeres ya llegó a la menopausia.

A fin de prevenir el embarazo hasta que esté claro que dejó de ser fértil, una mujer mayor puede utilizar cualquier método si no tiene una patología médica que limite su uso. La edad por sí sola no representa una limitación para la mujer para usar cualquiera de los métodos anticonceptivos.

Consideraciones especiales sobre la elección del método anticonceptivo

Cuando se ayuda a una mujer próxima a la menopausia a elegir un método, hay que tener en cuenta:

Métodos hormonales combinados (anticonceptivos hormonales combinados [AOC], inyectables mensuales, parches combinados, anillos vaginales combinados)

- Las mujeres fumadoras – sin importar cuánto fumen – de 35 años de edad o mayores no deben utilizar AOC, parches o anillos vaginales.
- Las mujeres fumadoras, que consumen 15 o más cigarrillos por día, de 35 años de edad o mayores, no deben utilizar inyectables mensuales.
- Las mujeres de 35 años de edad o mayores que padecen cefaleas migrañosas (con o sin aura) no deben utilizar AOC, inyectables mensuales, parches o anillos vaginales.

Métodos de progestágeno solo (anticonceptivos orales que contienen sólo progestágeno, inyectables de progestágeno solo, implantes)

- Es una buena elección para mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógenos.
- El uso de AMPD (acetato de medroxiprogesterona de depósito) puede provocar una ligera disminución de la densidad mineral ósea. Se desconoce si esta disminución en la densidad ósea aumenta el riesgo de fracturas más adelante, luego de la menopausia.

Anticonceptivos orales de emergencia

- Los pueden utilizar mujeres de cualquier edad, incluso las que no pueden utilizar métodos anticonceptivos hormonales de manera continua.
-

Esterilización femenina y vasectomía

- Puede ser una buena elección para mujeres mayores o su pareja que saben que no quieren tener más hijos.
- Las mujeres mayores probablemente tengan alguna afección que requiera demorar, remitir o tener precaución con la esterilización.

Condomes masculinos y femeninos, diafragmas, espermicidas, capuchones cervicales y retiro

- Brindan buena protección a la mujer mayor, considerando la menor fertilidad de la mujer en los años que preceden a la menopausia.
- Es asequible y conveniente para mujeres que tienen relaciones sexuales ocasionales.

Dispositivo intrauterino (DIU de cobre u hormonales)

- Las tasas de expulsión disminuyen a medida que aumenta la edad de la mujer, siendo las menores en mujeres de más de 40 años de edad.
- La inserción puede resultar más dificultosa debido a la menor elasticidad del canal cervical.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- La falta de ciclos regulares previo a la menopausia hace que sea más difícil utilizar estos métodos de manera segura.
-



Cuándo puede la mujer dejar de utilizar la planificación familiar

Como en la etapa previa a la menopausia la menstruación no ocurre todos los meses, es difícil que una mujer que aparentemente no menstrúa sepa cuándo debe dejar de usar métodos anticonceptivos. Por lo tanto, se recomienda usar alguno de los métodos de planificación familiar recomendados durante 12 meses luego de la última menstruación, por si vuelve a menstruar.

Los *Métodos hormonales* afectan la menstruación y por lo tanto puede resultar difícil saber si una mujer que utiliza dichos métodos ha llegado a la menopausia. Después de discontinuar un método hormonal puede utilizar un método no hormonal. No necesita usar un método anticonceptivo después que transcurrieron 12 meses seguidos desde la última menstruación.

Los *DIU* de cobre pueden dejarse colocados hasta después de la menopausia. Deberán extraerse dentro de los 12 meses posteriores a la última menstruación.

Alivio de los síntomas de la menopausia

Las mujeres presentan efectos físicos antes, durante y después de la menopausia: sofocos, sudoración excesiva, incontinencia, sequedad vaginal que puede volver dolorosas las relaciones sexuales y dificultades para dormir.

Los proveedores pueden sugerir formas de aliviar alguno de estos síntomas:

- La respiración abdominal profunda puede ayudar a que el sofoco pase más rápidamente. La mujer también puede tratar de comer alimentos que contienen soja o ingerir 800 unidades internacionales de vitamina E por día.
- Consuma alimentos ricos en calcio (tales como productos lácteos, frijoles, pescado) y practique actividad física moderada para ayudar a disminuir la pérdida de densidad ósea que acompaña a la menopausia.
- Pueden utilizarse lubricantes o humectantes vaginales en caso de que la sequedad vaginal persista y cause irritación. Durante la relación sexual se puede utilizar un lubricante vaginal comercial, agua o saliva, si la sequedad vaginal representa un problema.

Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Las personas con infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH, pueden utilizar la mayoría de los métodos de planificación familiar de manera segura y eficaz.**
- **Los condones masculino y femenino pueden prevenir las ITS** si son utilizados de manera sistemática y correcta.
- **Las ITS también pueden reducirse por otras vías,—** limitando el número de parejas, absteniéndose del sexo y teniendo una relación de fidelidad mutua con una pareja no infectada.
- **Algunas ITS no presentan signos ni síntomas en la mujer.** Si la mujer cree que su pareja tiene una ITS, debe consultar.
- **Algunas ITS son tratables.** Cuanto antes sean tratadas, menos probabilidad de que causen problemas a largo plazo, tales como infertilidad o dolor crónico.
- **En la mayoría de los casos, el flujo vaginal se debe a infecciones que no son de transmisión sexual.**

Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar a sus pacientes de varias maneras para prevenir ITS, incluida la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Los directores de programas y los proveedores pueden elegir los abordajes que se ajusten a las necesidades de sus pacientes, a su capacitación y a sus recursos, así como a la disponibilidad de servicios a los cuales remitir.

¿En qué consisten las infecciones de transmisión sexual?

Las ITS son causadas por bacterias y virus propagados a través del contacto sexual. Las infecciones pueden ser halladas en fluidos corporales como el semen, en la piel de los genitales y áreas cercanas y algunas, también, en la boca, garganta y recto. Algunas ITS no causan síntomas. Otras pueden causar molestia o dolor. Si no son tratadas, algunas pueden causar enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, dolor pélvico crónico y cáncer cervical.

Con el tiempo, el VIH suprime el sistema inmunológico. Algunas ITS pueden, incrementar mucho la probabilidad de infectarse con VIH.

Las ITS se propagan en la comunidad porque las personas infectadas tienen sexo con personas no infectadas. Mientras más parejas sexuales tenga una persona, mayor será su riesgo, tanto de contagiarse con ITS como de transmitir ITS.

¿Quién está en riesgo?

Muchas mujeres que consultan en servicios de planificación familiar—mujeres en relaciones estables, mutuamente fieles, de larga data—presentan un riesgo bajo de contraer ITS. Sin embargo, algunas pacientes pueden estar en alto riesgo de ITS, o pueden tener una ITS en la actualidad. Entre las pacientes que más podrán beneficiarse de conversar sobre los riesgos de ITS se encuentran aquellas que no tienen pareja estable, pacientes solteras y cualquiera que, casada o no, consulte o exprese preocupación por las ITS o el VIH, o cuya pareja pueda tener otras parejas.

El riesgo de adquirir una ITS/VIH, depende del comportamiento de la persona, el comportamiento de la pareja o parejas sexuales de esa persona y de qué tan comunes sean esas enfermedades en la comunidad. Sabiendo qué ITS y qué comportamiento sexual son comunes en la comunidad local, un proveedor de salud podrá ayudar mejor a la paciente a evaluar su propio riesgo.

La comprensión de su propio riesgo frente al VIH y otras ITS ayuda a las personas a decidir la forma de protegerse a sí mismas y a otras personas. Las mujeres son frecuentemente las más aptas para juzgar su propio riesgo, en especial cuando se les dice qué comportamientos y situaciones pueden aumentar el riesgo.

Los comportamientos sexuales que pueden incrementar la exposición a ITS son:

- Sexo con una pareja que tiene síntomas de ITS
- Una pareja sexual a la que se le ha diagnosticado o tratado una ITS recientemente
- Sexo con más de una pareja—mientras más parejas, mayor el riesgo
- Sexo con una pareja que tiene sexo con otros y no siempre utiliza condones
- En aquellos lugares donde muchas personas de la comunidad estén infectadas con ITS, el sexo sin condón puede ser riesgoso casi con cualquier nueva pareja

En ciertas situaciones las personas tienden a cambiar frecuentemente de pareja sexual, tener varias parejas, o tener parejas que tienen otras parejas—todos comportamientos que incrementan el riesgo de transmisión de ITS. Esto incluye personas que:

- Tienen sexo por dinero, alimentos, regalos, habitación, o favores
- Se trasladan de lugar por razones de trabajo, viajan a menudo por trabajo, tales como camioneros
- No tienen relaciones sexuales permanentes establecidas, tal como sucede frecuentemente entre adolescentes sexualmente activos o adultos jóvenes
- Son pareja de estas personas

¿Qué causa las ITS?

Hay varios tipos de agentes que provocan ITS. En general, aquellas causadas por organismos tales como bacterias pueden curarse. En general, las ITS causadas por virus no pueden ser curadas, pero de todos modos se pueden tratar para aliviar los síntomas.

ITS	Tipo	Transmisión sexual	Transmisión no sexual	¿Curable?
Chancroide	Bacteriano	Sexo vaginal, anal, y oral	Ninguna	Sí
Clamidia	Bacteriano	Sexo vaginal y anal. Rara vez, de los genitales a la boca	De madre a hijo durante el embarazo	Sí
Gonorrea	Bacteriano	Sexo vaginal y anal, o contacto entre boca y genitales	De madre a hijo durante el parto	Sí
Hepatitis B	Viral	Sexo vaginal y anal, o de pene a boca	En sangre, de madre a hijo durante el parto o en la leche materna	No
Herpes	Viral	Contacto genital u oral con una úlcera, incluidos sexo vaginal y anal; también contacto genital en área sin úlcera	De madre a hijo durante el embarazo o el parto	No
VIH	Viral	Sexo vaginal y anal Muy rara vez, sexo oral	En sangre, de madre a hijo durante el embarazo o parto o en la leche materna	No
Virus del papiloma humano	Viral	Contacto de piel a piel, o genital o contacto entre boca y genitales	De madre a hijo durante el parto	No
Sífilis	Bacteriano	Contacto genital u oral con una úlcera, incluidos sexo vaginal y anal	De madre a hijo durante el embarazo o el parto	Sí
Tricomoniasis	Parásito	Sexo vaginal, anal y oral	De madre a hijo durante el parto	Sí

Más acerca del VIH y el SIDA

- El VIH es el virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH daña lentamente el sistema inmunológico del cuerpo, reduciendo su capacidad de combatir otras enfermedades.
- Las personas pueden vivir con VIH durante muchos años sin signos ni síntomas de infección. Con el tiempo, desarrollan SIDA—una patología en la que el sistema inmunológico del cuerpo colapsa y es incapaz de combatir ciertas infecciones, conocidas como infecciones oportunistas.
- No existe cura para la infección de VIH o el SIDA, pero la terapia antirretroviral (ARV) puede enlentecer el progreso de la enfermedad, mejorar la salud de las personas con SIDA y prolongar la vida. Los ARV pueden, también, reducir la transmisión materno-infantil en el momento del parto y durante la lactancia. Las infecciones oportunistas pueden tratarse.
- Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar en los esfuerzos de prevención y tratamiento de VIH/SIDA, en particular en los países en los que hay mucha gente infectada con VIH:
 - Aconsejando sobre los modos de reducir el riesgo de infección (ver Elección de una estrategia de protección doble, p. 280).
 - Remitiendo a las pacientes para asesoramiento y pruebas de VIH y para atención y tratamiento de VIH si la clínica no ofrece esos servicios.

Síntomas de las infecciones de transmisión sexual

No siempre resulta posible identificar las ITS temprano. Por ejemplo, la clamidia y la gonorrea con frecuencia no presentan signos ni síntomas perceptibles en la mujer. Sin embargo, la identificación temprana es importante tanto para evitar la transmisión de la infección como para evitar consecuencias duraderas más graves. Para ayudar a detectar las ITS de manera temprana, el proveedor puede:

- Preguntar si la usuaria o su pareja presentan llagas en los genitales o si presentan flujo inusual.
- Buscar signos de ITS cuando se realice un examen pélvico o genital por otra razón.
- Saber aconsejar a una usuaria que pueda tener una ITS.
- Si la usuaria presenta signos o síntomas, hay que diagnosticarla y tratarla con celeridad, o remitirla para una atención apropiada.
- Aconsejar a las usuarias que estén atentas ante la aparición de llagas o verrugas genitales y flujo inusual, en sí mismas o en sus parejas sexuales.

Los signos y síntomas comunes que pueden indicar una ITS son:

Síntomas	Causa posible
Secreción por el pene—pus, goteo claro o amarillo verdoso	Comúnmente: Clamidia, gonorrea. A veces: Tricomoniasis
Sangrado vaginal anormal o sangrado después del sexo	Clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria
Ardor o dolor al orinar	Clamidia, gonorrea, herpes
Dolor en el abdomen inferior o dolor durante el sexo	Clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria
Dolor testicular y/o hinchazón	Clamidia, gonorrea
Picazón u hormigueo en el área genital	Comúnmente: Tricomoniasis A veces: Herpes
Ampollas o llagas en genitales, ano, áreas circundantes, o boca	Herpes, sífilis, chancroide
Verrugas en genitales, ano, o áreas circundantes	Virus del papiloma humano (VPH)
Flujo vaginal inusual—modificaciones de las secreciones vaginales, en color, consistencia, cantidad u olor	Más comúnmente: Vaginosis bacteriana, candidiasis (no ITS; ver debajo Infecciones vaginales comunes, a menudo confundidas con infecciones de transmisión sexual) Comúnmente: Tricomoniasis A veces: Clamidia, gonorrea

Infecciones vaginales comunes frecuentemente confundidas con infecciones de transmisión sexual

Las infecciones vaginales más comunes no son de transmisión sexual. En cambio, en general se deben a un crecimiento desmedido de organismos normalmente presentes en la vagina. Las infecciones comunes del tracto reproductivo que no son transmitidas sexualmente incluyen la vaginosis bacteriana y la candidiasis (también llamada infección por levadura o muguet).

- En la mayoría de los lugares, estas infecciones son mucho más comunes que las ITS. Los investigadores estiman que entre el 5% y el 25% de las mujeres presentan vaginosis bacteriana y entre el 5% y el 15% tienen candidiasis en un momento dado.
- El flujo vaginal debido a estas infecciones puede ser similar al flujo causado por algunas ITS como la tricomoniasis. Es importante tranquilizar a las pacientes con tales síntomas que pudieran no tener una ITS—en particular si no presentan otros síntomas o se encuentran en riesgo bajo de ITS.

- La vaginosis bacteriana y la tricomoniasis pueden curarse con antibióticos como el metronidazol; la candidiasis puede ser curada con un medicamento fungicida como el fluconazol. Sin tratamiento, la vaginosis bacteriana puede producir complicaciones en el embarazo y la candidiasis puede transmitirse en el parto al recién nacido.

El lavado del área genital externa con jabón no perfumado y agua limpia, el abstenerse de usar duchas, detergentes, desinfectantes, o agentes de limpieza o de secado vaginales son buenas prácticas de higiene. Además, pueden ayudar a algunas mujeres a evitar las infecciones vaginales.

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

Las estrategias básicas para prevenir ITS implican evitar o reducir las probabilidades de exposición. Los proveedores de planificación familiar pueden hablar con sus pacientes acerca de cómo protegerse tanto de las ITS/VIH, como del embarazo (protección doble).

Elección de una estrategia de protección doble

Cada usuaria de planificación familiar tiene que pensar en la prevención de ITS y VIH —incluso aquellas personas que creen no presentar ningún riesgo. El proveedor puede analizar con los usuarios y las usuarias el tipo de situaciones que aumentan el riesgo de ITS/VIH (ver *¿Quién está en riesgo?*, p. 276), y las personas pueden entonces preguntarse si esas situaciones riesgosas aparecen en su propia vida. Si es así, pueden tener en cuenta 5 estrategias de protección doble.

La misma persona o la misma pareja podrá utilizar diversas estrategias en diferentes situaciones o momentos. La mejor estrategia es aquella que la persona puede aplicar eficazmente en la situación en la que esté. (La protección doble no significa necesariamente sólo el uso de condones junto con otro método de planificación familiar.)

Estrategia 1: Uso correcto de condón masculino o femenino en cada acto sexual.

- Un método ayuda a proteger contra el embarazo y las ITS/VIH.

Estrategia 2: Uso sistemático y correcto de condones, más otro método de planificación familiar.

- Agrega protección adicional al embarazo en caso de que el condón no sea utilizado o se utilice de modo incorrecto.
- Puede ser una buena opción para mujeres que quieren estar seguras de evitar el embarazo pero que no siempre pueden contar con sus parejas para el uso de condones.

Estrategia 3: Si ambos en la pareja tienen la seguridad de no estar infectados, utilice un método de planificación familiar para prevenir el embarazo y manténgase en una relación de mutua fidelidad.

- Muchos usuarios de planificación familiar caen en este grupo y están, por tanto, protegidos contra las ITS/VIH.
- Depende de la comunicación y confianza en la pareja.

Otras estrategias que no implican el uso de anticonceptivos, son:

Estrategia 4: Practique solamente una intimidad sexual segura que evite el coito y evite que el semen y los fluidos vaginales entren en contacto con los genitales del otro.

- Depende de la comunicación, la confianza y el auto control.
- Si ésta es la primera opción de estrategia de una persona, conviene tener condones a mano por si la pareja tiene sexo.

Estrategia 5: Postergue o evite la actividad sexual (sea evitando el sexo cada vez que pudiera ser riesgoso o absteniéndose por un período más prolongado).

- Si ésta es la primera opción de estrategia de una persona, conviene tener condones a mano por si la pareja tiene sexo.
- Esta estrategia siempre es posible si no se dispone de condones.

Muchas pacientes necesitarán ayuda y orientación para tener éxito en su estrategia de protección doble. Por ejemplo, pueden necesitar ayuda para preparar una conversación con sus parejas acerca de la protección de ITS, aprender a utilizar condones y otros métodos y manejar asuntos prácticos tales como obtener suministros y dónde guardarlos. Si puede ayudar en tales asuntos, ofrézcase a ayudar. Si no, remita a la paciente a alguien que pueda brindar más asesoramiento o aprendizaje de destrezas, tales como juegos de roles para practicar una negociación sobre el uso del condón.

Anticonceptivos para usuarios con ITS, VIH y SIDA

Las personas con ITS, VIH, SIDA, o en terapia antirretroviral (ARV) pueden iniciar y continuar el uso de la mayoría de los métodos anticonceptivos con seguridad. En general, los anticonceptivos y los medicamentos ARV no interfieren entre sí. Sin embargo, existen unas pocas limitaciones. Ver la tabla a continuación. (Además, cada capítulo sobre un método anticonceptivo ofrece más información y factores a tomar en consideración para usuarios con VIH y SIDA, incluso aquéllos que toman medicamentos ARV.)

Consideraciones de planificación familiar especiales para pacientes con ITS, VIH, SIDA, o en terapia antirretroviral

Método	Tiene ITS	Tiene VIH o SIDA	En terapia antirretroviral (ARV)
Dispositivo intrauterino (DIU de cobre u hormonas)	No coloque un DIU a una mujer que esté en muy alto riesgo individual de gonorrea y clamidia, o que esté cursando gonorrea, clamidia, cervicitis purulenta, o EPI. (Una usuaria de DIU actual que se infecte de gonorrea o clamidia o desarrolle EPI puede seguir usando el DIU con seguridad durante y después del tratamiento.)	Una mujer con VIH puede colocarse un DIU. Una mujer con SIDA no debería colocarse un DIU a menos que se encuentre clínicamente bien en terapia ARV. (Una mujer que desarrolle SIDA mientras utiliza un DIU puede seguir usando el DIU con seguridad.)	No coloque un DIU si la paciente no se encuentra clínicamente bien.
Esterilización femenina	Si la paciente tiene gonorrea, clamidia, cervicitis purulenta, o EPI, postergue la esterilización hasta que se haya tratado y curado la afección.	Las mujeres infectadas con VIH, que tienen SIDA, o están en terapia antirretroviral pueden someterse a una esterilización femenina con seguridad. Se requieren precauciones especiales para realizar una esterilización femenina a una mujer con SIDA. Postergue el procedimiento si la mujer actualmente padece una enfermedad vinculada con el SIDA.	

Método	Tiene ITS	Tiene VIH o SIDA	En terapia antirretroviral (ARV)
Vasectomía	Si el paciente tiene infección de la piel escrotal, ITS activa, hinchazón, dolor en la punta del pene, de los conductos espermáticos, o testículos, postergue la esterilización hasta que la afección sea tratada y curada.	Los hombres infectados con VIH, que tienen SIDA, o están en terapia antirretroviral pueden someterse a vasectomía con seguridad. Se requieren precauciones especiales para realizar una vasectomía a un hombre con SIDA. Postergue el procedimiento si el hombre actualmente padece una enfermedad vinculada con el SIDA.	
Epermicidas (incluso cuando se utilizan con un diafragma o un capuchón cervical)	Puede utilizar espermicidas con seguridad.	No debe utilizar espermicidas si está en alto riesgo de VIH, infectado con VIH, o tiene SIDA.	No debe utilizar espermicidas.
Anticonceptivos orales combinados, inyectables combinados, parche combinado, anillo combinado	Puede usar los métodos hormonales combinados con seguridad.	Puede usar los métodos hormonales combinados con seguridad.	La mujer puede usar métodos hormonales combinados mientras toma ARV a menos que su tratamiento incluya ritonavir.
Píldoras de progestágeno solo	Puede usar píldoras de progestágeno solo con seguridad.	Puede usar píldoras de progestágeno solo con seguridad.	La mujer puede usar píldoras de progestágeno solo mientras toma ARV a menos que su tratamiento incluya ritonavir.
Inyectables e implantes de progestágeno solo	Ningún factor especial a tomar en consideración. Puede usar con seguridad inyectables o implantes de progestágeno solo.		

Cáncer cervical

¿Qué es el cáncer cervical?

El cáncer cervical resulta del crecimiento incontrolado y no tratado de células anormales en el cérvix o cuello uterino. Una infección de transmisión sexual, el virus del papiloma humano (VPH), lleva a estas células a desarrollarse y crecer.

El VPH se encuentra en la piel del área genital, en el semen y también en los tejidos de vagina, cérvix y boca. Se contagia principalmente por contacto piel a piel. El sexo vaginal, anal y oral también pueden propagar el VPH. Hay más de 50 tipos de VPH que pueden infectar el cérvix; 6 de ellos son responsables de casi todos los cánceres cervicales. Otros tipos de VPH causan verrugas genitales.

Entre el 50% y el 80% de mujeres sexualmente activas se encuentran infectadas con VPH al menos una vez en su vida. En la mayor parte de los casos, la infección de VPH remite por sí sola. Sin embargo, en algunas mujeres, el VPH persiste y causa crecimientos precancerosos, que pueden evolucionar hacia cáncer. En términos generales, menos del 5% de todas las mujeres con infección persistente de VPH adquieren cáncer cervical.

El cáncer del cérvix, en general tarda 10 a 20 años en desarrollarse y por tanto, hay un período largo de oportunidad para detectar y tratar alteraciones y proliferaciones precancerosas antes que se transforman en cáncer. Esta es la meta de la pesquisa o tamizaje del cáncer cervical.

¿Quiénes se encuentran en mayor riesgo?

Algunos factores hacen a las mujeres más propensas a infectarse con VPH. Otros hacen que la infección de VPH evolucione a cáncer cervical más rápidamente. Una mujer que presente alguna de estas características se beneficiaría especialmente de un despistaje:

- Comenzó a tener sexo antes de los 18 años de edad
- Tiene o ha tenido muchas parejas sexuales en el transcurso de los años
- Tiene una pareja sexual que tiene o ha tenido muchas otras parejas
- Ha tenido muchos partos (mientras más partos, mayor el riesgo)
- Tiene un sistema inmunológico débil (incluidas las mujeres con VIH/SIDA)
- Fuma cigarrillos
- Quema madera en el interior de la casa (como para cocinar)

- Ha tenido otras infecciones de transmisión sexual
- Ha usado anticonceptivos orales combinados durante más de 5 años

Pesquisa y tratamiento

La pesquisa del cáncer cervical es sencilla, rápida y, en general, indolora. El extendido de Papanicolaou (Pap) implica raspaje de unas pocas células del cérvix para examinarlas al microscopio. La mujer debe acudir a un centro para recibir los resultados y eventualmente para su tratamiento si se encuentra alguna anomalía.

Antes que la lesión precancerosa se vuelva cáncer, se puede eliminar congelándola con una sonda que contiene hielo seco (crioterapia) o cortándola con un asa de alambre caliente (procedimiento de exéresis electroquirúrgica de asa [LEEP]). El congelado es menos eficaz para proliferaciones mayores, pero el LEEP requiere electricidad y más capacitación específica. Ninguno de los dos tratamientos requiere internación hospitalaria.

El tratamiento del cáncer cervical incluye la cirugía o la radioterapia, algunas veces junto con quimioterapia.

Nuevos abordajes promisorios para la pesquisa y la prevención

En 2006, la Unión Europea y la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos aprobaron la primera vacuna contra el cáncer cervical, lesiones precancerosas y verrugas genitales.

La vacuna protege contra la infección de 4 tipos de VPH que representan cerca del 70% de la totalidad de los cánceres cervicales y un 90% de todas las verrugas genitales. Se encuentra aprobada para mujeres entre 9 y 26 años.

Preguntas y respuestas sobre infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH

1. ¿Si una persona tiene otra ITS, aumenta su riesgo de infección si se expone a VIH?

Sí. En particular, las infecciones causantes de llagas en los genitales, tales como el chancroide y la sífilis incrementan el riesgo de la persona de infectarse si se expone a VIH. Además, otras ITS pueden aumentar el riesgo de infección por VIH.

2. ¿Si se usa el condón sólo algunas veces, ofrece alguna protección contra ITS/VIH?

Para conseguir la mejor protección, hay que usar el condón en todos los actos sexuales. Sin embargo, en algunos casos, el uso ocasional puede proteger. Por ejemplo, si una persona tiene una pareja regular y fiel y tiene un acto sexual fuera de la pareja, el uso del condón en ese acto sexual puede ser muy protector. Sin embargo, para personas expuestas a ITS/VIH frecuentemente, el uso del condón sólo algunas veces ofrecerá una protección limitada.

3. ¿Quién se encuentra en mayor riesgo de infectarse con una ITS—el hombre o la mujer?

Expuestas a ITS, las mujeres son más proclives a infectarse que los hombres debido a factores biológicos. Las mujeres tienen un área mayor de exposición (el cérvix y la vagina) que los hombres y durante el sexo, se pueden hacer pequeñas rasgaduras en los tejidos, facilitando un camino para las infecciones.

4. ¿Se puede contagiar el VIH con un abrazo? ¿Al estrechar las manos? ¿Por picadas de mosquitos?

El VIH no puede transmitirse a través del contacto casual. Esto incluye los besos de boca cerrada, abrazos, estrechar las manos, compartir la comida, vestimenta, o asientos de inodoro. El virus no puede sobrevivir mucho fuera del cuerpo humano. Los mosquitos tampoco pueden transmitir el VIH.

5. ¿Hay algo de cierto en el rumor de que los condones están recubiertos con VIH?

No, esos rumores son falsos. Algunos condones se encuentran recubiertos de un material húmedo o de aspecto de polvo, tales como espermicidas o almidón de maíz, pero esos materiales se usan para lubricación, para suavizar el sexo.

6. ¿Tener sexo con una virgen puede curar a alguien que tenga una ITS/VIH?

No. Al contrario, esta práctica solamente arriesga infectar a la persona que todavía no ha tenido sexo.

7. ¿Higienizar pene y vagina después de tener sexo reduce el riesgo de infectarse con una ITS?

La higiene genital es importante y constituye una buena práctica. Sin embargo, no existe evidencia de que higienizar los genitales prevenga la infección con ITS. De hecho, la ducha vaginal aumenta el riesgo de la mujer de adquirir ITS/VIH y enfermedad pélvica inflamatoria. Si la exposición a VIH es real, el tratamiento antirretroviral (profilaxis post exposición), donde se encuentre disponible, puede ayudar a reducir la transmisión de VIH. Si la exposición a otras ITS es real, el proveedor puede tratar presuntivamente por aquellas ITS—esto es, tratar al usuario o la usuaria como si estuvieran infectados.

8. ¿El embarazo aumenta el riesgo de la mujer de infectarse con VIH?

La evidencia actual es contradictoria acerca de si el embarazo aumenta las probabilidades de infección de la mujer si se encuentra expuesta. Sin embargo, si la mujer se infecta con VIH durante el embarazo, las probabilidades de que el VIH se transmita a su bebé durante el embarazo, el parto o el nacimiento podrán llegar a un máximo porque la mujer tendrá entonces un alto nivel de virus en su sangre. Por lo tanto, es importante que la embarazada se proteja del VIH y otras ITS mediante el uso del condón, la fidelidad mutua, o la abstinencia. Si una mujer embarazada cree tener VIH, debería hacerse el análisis de VIH. Puede que existan recursos para ayudarla a impedir la transmisión de VIH a su bebé durante el embarazo, parto y nacimiento.

9. ¿El embarazo implica un riesgo especial para las mujeres con VIH/SIDA y para sus bebés?

El embarazo no empeora la condición de la mujer. Sin embargo, el VIH/SIDA puede aumentar algunos riesgos de la salud en el embarazo y puede también afectar la salud del bebé. Las mujeres con VIH corren mayor riesgo de presentar anemia e infección vaginal luego de parto vaginal o cesárea. El nivel de riesgo depende de factores tales como la salud de la mujer durante el embarazo, su nutrición y la atención médica que reciba. Además, el riesgo de estos problemas de salud se incrementa a medida que la infección por VIH progresa hacia el SIDA. Además, las mujeres con VIH/SIDA se encuentran en mayor riesgo de tener partos prematuros, óbitos fetales y bebés de bajo peso al nacer.

10. ¿El uso de anticoncepción hormonal aumenta el riesgo de infectarse con VIH?

La mejor evidencia es tranquilizadora. Estudios recientes realizados entre usuarias de planificación familiar en Uganda y Zimbabue así como con mujeres en Sudáfrica encontraron que las usuarias de AMPD, NET-EN, o anticonceptivos orales combinados no eran más proclives a infectarse con VIH que las mujeres que utilizaban métodos no hormonales. No existen restricciones para el uso de métodos hormonales en mujeres con alto riesgo de VIH u otras ITS.

11. ¿Cuánto ayudan los condones en la protección contra la infección por VIH?

En promedio, los condones tienen una eficacia del 80% al 95% en la protección frente a la infección por VIH cuando se utilizan correctamente en cada acto sexual. Esto significa que el uso del condón previene entre el 80% y el 95% de las transmisiones de VIH que se hubieran producido sin condones. (No significa que entre el 5% y el 20% de los usuarios de condones se infecten con VIH.) Por ejemplo, entre 10.000 mujeres no infectadas cuyas parejas tienen VIH, si cada pareja tiene sexo vaginal una sola vez y no presenta riesgos adicionales de infección, en promedio:

- Si la totalidad de las 10.000 no utilizó condones, cerca de 10 mujeres podrían infectarse con VIH.
- Si la totalidad de las 10.000 utilizó condones correctamente, 1 ó 2 mujeres podrían infectarse con VIH.

Las probabilidades de que una persona expuesta a VIH se infecte varían enormemente. Estas probabilidades dependen de la etapa de infección por VIH de la pareja (las etapas tempranas y tardías son las más infecciosas), si la persona expuesta presenta otras ITS (aumenta la susceptibilidad), la circuncisión masculina (los hombres no circuncidados son más proclives a infectarse con VIH) y el embarazo (las mujeres embarazadas podrían encontrarse en mayor riesgo de infección), entre otros factores. En promedio, en caso de exposición, las mujeres presentan el doble de riesgo de infección que los hombres.

Salud materna y del recién nacido

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Espera a que el último bebé tenga al menos 2 años antes de intentar quedar embarazada otra vez.** Tanto para la salud de la madre como la del bebé es bueno espaciar los nacimientos.
- **Realice la primera consulta de asistencia prenatal dentro de las primeras 12 semanas de embarazo.**
- **Decida por adelantado la planificación familiar para después del parto.**
- **Prepárese para el parto.** Haga planes para un parto normal, pero tenga también un plan de emergencia.
- **Para un bebé más sano, amamante.**

Muchos proveedores de salud ven a mujeres que quieren quedar embarazadas, que están embarazadas, o que tuvieron un parto recientemente. Los proveedores pueden ayudar a las mujeres a planificar los embarazos, planificar la anticoncepción para después del parto, prepararse para el nacimiento y a cuidar a sus bebés.

Planificación del embarazo

La mujer que desea tener un bebé puede aprovechar el asesoramiento sobre la preparación para un embarazo seguro, para el parto y para tener un bebé sano:

- Es mejor esperar un mínimo de 2 años después del parto antes de interrumpir la anticoncepción para quedar embarazada.
- Por lo menos 3 meses antes de suspender la anticoncepción para quedar embarazada, la mujer debe empezar a alimentarse con una dieta balanceada y debe continuar haciéndolo durante todo el embarazo. El ácido fólico y el hierro son particularmente importantes.
 - El ácido fólico se encuentra en alimentos tales como las legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas), frutas cítricas, granos integrales y verduras de hoja verde. También puede haber comprimidos de ácido fólico.
 - El hierro se encuentra en alimentos tales como carne y ave, pescado, hortalizas de hoja verde y legumbres. También puede haber suplementos de hierro disponibles.

- Si la mujer tiene, o pudo haber estado expuesta a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, el tratamiento puede reducir las probabilidades de que su bebé nazca con la infección. Si una mujer cree que ha estado expuesta o que podría estar infectada, tendrá que hacerse las pruebas, si hay disponibles.

Durante el embarazo

La primera consulta de atención prenatal deberá hacerse en las etapas iniciales del embarazo, antes de la semana 12 es lo ideal. Para la mayoría de las mujeres, lo adecuado es 4 consultas a lo largo del embarazo. Sin embargo, las mujeres con ciertas afecciones de salud o complicaciones del embarazo podrán necesitar más consultas. Sumínístrele asistencia o remítala para atención prenatal.



Promoción de la salud y prevención de enfermedades

- Asesore a la mujer acerca de una buena nutrición y a alimentarse con comidas que contengan hierro, folato, vitamina A, calcio, yodo y a evitar el tabaco, alcohol y drogas (excepto los medicamentos recomendados por el proveedor de salud).
- Ayude a la mujer embarazada a protegerse de las infecciones.
 - Si está en riesgo de ITS, analice el uso de condones o la abstinencia durante el embarazo (ver Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, p. 275).
 - Asegúrese de que la embarazada esté vacunada contra el tétanos.
 - Para prevenir o tratar la anemia, en los lugares donde la anquilostomiasis sea común, administre tratamiento (terapia antihelmíntica) después del primer trimestre.
- Ayude a la mujer embarazada a proteger a su bebé de infecciones.
 - Realice las pruebas de sífilis lo antes posible en el embarazo y trátela si corresponde.
 - Ofrezcale pruebas de VIH y asesoramiento.
- La mujer embarazada es especialmente susceptible a la malaria. En zonas donde la enfermedad sea frecuente, para la prevención proporcione un tratamiento insecticida para fumigar la cama y un tratamiento eficaz contra la malaria a cada mujer, con diagnóstico confirmado o presuntivo de malaria (tratamiento presuntivo). Controle la malaria en las mujeres embarazadas y suministre tratamiento inmediato si se realiza el diagnóstico.

Plan de planificación familiar después del parto

Ayude a la embarazada y a la nueva madre a decidir cómo evitar el embarazo después del parto. Lo ideal es que el asesoramiento en planificación familiar comience durante los controles prenatales.

- Lo mejor para el bebé y para la madre es esperar a que el bebé tenga al menos 2 años antes de intentar un nuevo embarazo.

- Una mujer que no está alimentando a su bebé con la lactancia exclusiva o casi exclusiva, puede quedar embarazada ya a las 4 a 6 semanas después del parto.
- Una mujer que está alimentando a su bebé con la lactancia exclusiva o casi exclusiva, puede quedar embarazada ya a los 6 meses después del parto (ver Método de la amenorrea de la lactancia, p. 257).
- Para una protección máxima, la mujer no debería esperar a que se restablezca su menstruación para comenzar un método anticonceptivo, sino que debería comenzar tan pronto como lo permitan las pautas (ver Fecha más temprana en que la mujer puede iniciar el uso de un método de planificación familiar después del parto, p. 293).

Preparación para el nacimiento y complicaciones

En cerca del 15% de los embarazos ocurren complicaciones con posible riesgo de muerte y todas esas mujeres requieren atención inmediata. La mayoría de las complicaciones no son predecibles, pero el proveedor puede ayudar a la mujer y a su familia a prepararse para éstas.

- Ayude a la mujer a convenir una atención idónea en el parto y asegúrese de que sepa como contactar esa atención idónea ante las primeras señales de trabajo de parto.
- Explique a la mujer y su familia los signos de peligro del embarazo y el parto (ver más abajo).
- Ayude a la mujer y su familia a planificar cómo obtener asistencia de emergencia si aparecen complicaciones:
 ¿Adónde ir? ¿Quién la llevará?
 ¿Qué transporte utilizar?
 ¿Cómo pagar la asistencia médica? ¿Hay gente dispuesta a donar sangre?



Signos de peligro durante el embarazo o el parto

En caso de aparecer alguno de estos signos, la familia deberá seguir su plan de emergencia y llevar inmediatamente a la mujer para atención de emergencia.

- | | |
|--|----------------------------------|
| • Fiebre (38° C /101° F o más) | • Hipertensión |
| • Flujo vaginal con olor nauseabundo | • Sangrado vaginal |
| • Cefalea severa/visión borrosa | • Dificultad respiratoria |
| • Reducción o ausencia de movimientos fetales | • Convulsiones, desvanecimientos |
| • Pérdidas de líquido verde o marrón por la vagina | • Dolor abdominal intenso |

Después del nacimiento

- Coordinar las consultas de planificación familiar con el esquema de inmunización del bebé.
- Una lactancia óptima presenta tres ventajas: mejora significativa de la supervivencia y salud del bebé, mejor salud para la madre y anticoncepción transitoria. Aún así, cualquier lactancia es mejor que nada (excepto si la mujer tiene VIH). Ver Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, p. 294.

Pautas para una mejor lactancia

1. Comience a amamantar al bebé lo antes posible— dentro de la hora posterior al parto

- Estimula las contracciones uterinas que ayudan a prevenir el sangrado profuso.
- Ayuda al bebé a establecer la succión desde el principio, lo que estimula la producción de leche.
- El calostro (la leche amarillenta producida en los primeros días posteriores al nacimiento) aporta importantes nutrientes al bebé y transfiere inmunidades de madre a hijo.
- Evita el riesgo de alimentar al bebé con líquidos o alimentos contaminados.

2. Alimente a su bebé con la lactancia exclusiva o casi exclusiva durante 6 meses

- La leche materna sola puede aportar una nutrición completa al bebé durante los primeros 6 meses de vida.

3. A los 6 meses agregue a la lactancia otros alimentos

- Luego de 6 meses, el bebé necesita una serie de alimentos además de la leche materna.
- Cada vez que alimente al bebé, póngalo primero a pecho antes de ofrecerle otros alimentos.
- La lactancia puede y debería continuar a lo largo del segundo año del bebé o más.

Fecha más temprana en que la mujer puede iniciar el uso de un método de planificación familiar después del parto

Método de planificación familiar	Lactancia exclusiva o casi exclusiva	Lactancia parcial o no está amamantando
Método de amenorrea de lactancia	Inmediatamente	(No corresponde)
Vasectomía	Inmediatamente o durante el embarazo de la pareja [‡]	
Condomes masculinos o femeninos	Inmediatamente	
Espermicidas		
DIU de cobre	Dentro de las 48 horas, de no ser así, espere 4 semanas	
Esterilización femenina	Dentro de los 7 días, de no ser así espere 6 semanas	
DIU de Levonorgestrel	4 semanas después del nacimiento	
Diafragma	6 semanas después del nacimiento	
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	Comenzar cuando se hayan restablecido las secreciones normales (para métodos basados en síntomas) o cuando haya tenido 3 ciclos menstruales regulares (para métodos basados en el calendario). Para las mujeres que amamantan esto es más tarea que para las mujeres que no están amamantando.	
Anticonceptivos orales de progestágeno solo	6 semanas después del nacimiento [§]	Inmediatamente, si no está amamantando [§]
Inyectables de progestágeno solo		6 semanas después del nacimiento, si está amamantando parcialmente [§]
Implantes		
Anticonceptivos orales combinados	6 meses después del nacimiento [§]	21 días después del nacimiento, si no está amamantando [§]
Inyectables mensuales		6 semanas después del nacimiento, si está amamantando parcialmente [§]
Parche combinado		
Anillo vaginal combinado		

[‡] Si el hombre se realiza la vasectomía dentro de los 6 primeros meses del embarazo de su pareja, ésta será eficaz para el momento del parto.

[§] Por lo general, no se recomienda iniciar el uso del método antes de esa fecha a menos que no se disponga de otros métodos más adecuados o que estos no sean aceptables. Ver también p. 129, Pregunta 8.

Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH

Una mujer infectada con VIH puede transmitir el VIH a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. La terapia antirretroviral (ARV) preventiva (profilaxis) administrada a la madre durante el embarazo y el parto puede disminuir enormemente las probabilidades de que el bebé se infecte durante su desarrollo en el útero o durante el parto. Durante la lactancia, la terapia ARV para la madre, para el bebé expuesto al VIH, o para ambos, también puede disminuir enormemente las probabilidades de transmisión de VIH a través de la leche materna.

¿Cómo puede el proveedor de planificación familiar ayudar a prevenir la transmisión materno-infantil del VIH?

- Ayude a la mujer a prevenir la infección por VIH (ver Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, prevención de las infecciones de transmisión sexual, p. 280).
- Prevención de embarazos no deseados: Ayude a la mujer que no desea tener un bebé a elegir un método anticonceptivo que pueda utilizar eficazmente.
- Ofrezca pruebas y asesoramiento sobre VIH: Si es posible, ofrezca asesoramiento y pruebas a todas las mujeres embarazadas, u ofrezca remitirlas a los servicios de análisis de VIH, de modo que puedan conocer su situación respecto al VIH.
- Remita: Remita a la mujer con VIH que esté embarazada, o que quiera quedar embarazada, a los servicios de prevención de transmisión materno-infantil, si hay disponibles.
- Fomente la alimentación adecuada del bebé: Asesore a la mujer con VIH acerca de las prácticas más seguras de alimentación del bebé a fin de disminuir el riesgo de transmisión y ayúdela a formular un plan de alimentación. Si es posible, remítala a una persona capacitada para asesorarla sobre la alimentación del bebé.
 - Para todas las mujeres, incluidas las mujeres con VIH, la lactancia, especialmente la lactancia temprana y exclusiva, es una manera importante de promover la supervivencia del niño.
 - Las madres infectadas con VIH y/o sus bebés deben recibir la terapia ARV correspondiente; las madres deben alimentar a sus bebés con lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y luego introducir alimentos suplementarios adecuados y continuar amamantando durante los primeros 12 meses de vida.
 - Se debe suspender la lactancia solo cuando se pueda proporcionar una dieta nutricionalmente adecuada y segura sin leche materna. Cuando la madre decida suspender la lactancia, debe hacerlo gradualmente, en el plazo de un mes, y el bebé debe recibir alimentos sustitutos seguros y adecuados que permitan su crecimiento y desarrollo normales. No se aconseja suspender la lactancia repentinamente.

- Incluso cuando no se dispone de terapia ARV, la lactancia (exclusiva en los primeros 6 meses de vida y continuada durante los primeros 12 meses de vida) aún podría aumentar las probabilidades de supervivencia de los bebés de madres infectadas con VIH, a la vez que se evita la infección por VIH, comparada con la ausencia de lactancia.
- Sin embargo, en algunos países con muchos recursos y bajas tasas de mortalidad de bebés en su primer año de vida y de mortalidad infantil, es aconsejable evitar todo tipo de lactancia. Se debe informar a las mujeres con VIH sobre la recomendación nacional respecto a la alimentación del bebé por parte de madres infectadas con VIH; asimismo se les debe brindar consejería y apoyarlas en la práctica de alimentación que sea más adecuada para su situación.
- Una madre infectada con VIH debe considerar la alimentación sustituta si —y solo cuando— se reúnan todas las siguientes condiciones:
 - haya agua potable disponible y condiciones de salubridad en el hogar y la comunidad;
 - se pueda confiar en la madre o persona a cargo de cuidar al bebé para darle su fórmula:
 - suficiente para el crecimiento y desarrollo normales del bebé
 - limpia y con frecuencia, para evitar diarrea y desnutrición, y
 - de manera exclusiva en los primeros 6 meses;
 - la familia apoye esta práctica; y
 - la madre o la persona a cargo de cuidar al bebé puedan obtener servicios de salud que ofrezcan atención integral a la salud del niño.
- Si se sabe que el bebé o hijo pequeño ha sido infectado con VIH, se debe recomendar enfáticamente a la madre que lo alimente con lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continúe amamantando hasta 2 años o más.
- Si la mujer no puede amamantar temporalmente —por ejemplo, ella o el bebé están enfermos, ella está destetando al bebé, o se le acabaron sus ARV— ella puede sacarse la leche materna y someterla a un tratamiento térmico para destruir el VIH antes de alimentar a su bebé con esa leche. La leche se debe calentar en una olla pequeña hasta que hierva y luego se debe dejar enfriar o colocar la olla en un recipiente con agua fría. Este proceso se debe realizar sólo a corto plazo, no durante todo el período de lactancia.
- Las mujeres con VIH que están amamantando necesitan consejos sobre cómo mantener su nutrición adecuada y sus senos saludables. La infección en los conductos de leche de la mama (mastitis), una acumulación de pus debajo de la piel (absceso de mama) y la existencia de grietas en los pezones aumentan el riesgo de transmisión de VIH. Si ocurre un problema, es importante brindar atención rápida y adecuada (ver Pezones doloridos o agrietados, p. 296).

Manejo de los problemas vinculados a la lactancia

Si la usuaria relata cualquiera de estos problemas frecuentes, atienda sus inquietudes y asesórela.

El bebé no recibe suficiente leche

- Transmítale que la mayoría de las mujeres son capaces de producir suficiente leche como para alimentar a sus bebés.
- Si el recién nacido está aumentando más de 500 gramos por mes, a las 2 semanas pesa más de lo que pesaba al nacer, u orina al menos 6 veces al día, asegúrele que el bebé está recibiendo suficiente leche materna.
- Dígale que amamante al recién nacido aproximadamente cada 2 horas a fin de aumentar la producción de leche.
- Recomiende a la mujer reducir cualquier complemento de alimento o líquido si el bebé tiene menos de 6 meses de edad.

Mamas doloridas

- Si las mamas de la mujer están llenas, tensas y dolorosas, puede que tenga las mamas ingurgitadas. Si una mama presenta bultos dolorosos, es posible que se haya bloqueado algún conducto. Las mamas ingurgitadas o los conductos bloqueados pueden evolucionar a mamas infectadas rojas y muy dolorosas. Trate la mama infectada con antibióticos según las pautas clínicas. Los siguientes consejos contribuirán a la cura:
 - Siga dando pecho con frecuencia
 - Haga masajes a sus mamas antes y durante la lactancia
 - Aplique calor o compresas tibias a las mamas
 - Pruebe distintas posiciones para amamantar
 - Asegúrese de que el bebé se prenda al pecho correctamente
 - Sáquese un poco de leche antes de amamantar

Pezones doloridos o agrietados

- La mujer que presente grietas en los pezones puede seguir amamantando. Manifiéstele que se curarán con el tiempo.
- Para ayudar a que se curen, aconséjele:
 - Que aplique algunas gotas de leche materna en los pezones después de amamantar y que permita que se sequen al aire.
 - Al terminar de amamantar, que use el dedo para interrumpir la succión antes de retirar al bebé del pecho.
 - Que no espere a que el pecho esté lleno para amamantar. Si está lleno, que exprima algo de leche antes.
- Enseñe a la mujer a prender el bebé al pecho correctamente y enséñele a detectar los signos de que el bebé no está correctamente prendido.
- Dígale que limpie sus pezones solamente con agua una sola vez al día y que evite jabones y soluciones a base de alcohol.
- Examine los pezones de la madre y la boca y nalgas del bebé buscando signos de infección micótica (muguet).

Temas de salud reproductiva

Puntos clave para proveedores y usuarias

Atención postaborto

- **Después de un aborto o pérdida de embarazo, la fertilidad se restablece rápidamente, luego de unas pocas semanas.** La mujer necesita empezar a usar un método de planificación familiar casi de inmediato para evitar embarazos no deseados.

Violencia Contra la Mujer

- **La violencia no es culpa de la mujer.** Es muy común. Puede que existan recursos locales para ayudar.

Infertilidad

- **Frecuentemente es posible evitar la infertilidad.** Se puede reducir el riesgo de infertilidad de la usuaria evitando las infecciones de transmisión sexual y administrando tratamiento inmediato para esas y otras infecciones del tracto reproductivo.

Planificación familiar en la atención postaborto

La mujer que ha sido tratada recientemente por complicaciones de un aborto requiere un acceso inmediato y fácil a los servicios de planificación familiar. La mujer es más proclive a utilizar la anticoncepción si se encuentra en riesgo de embarazo no deseado cuando estos servicios se encuentran integrados con la atención postaborto, o se encuentran cerca, o cuando los servicios se ofrecen inmediatamente después del aborto.

Ayude a la mujer a obtener planificación familiar

Asesore con empatía

La mujer que ha tenido complicaciones postaborto necesita apoyo. Las mujeres que han enfrentado el doble riesgo de quedar embarazadas y de someterse a un aborto inducido no seguro necesitan ayuda y apoyo en especial. Un buen asesoramiento sirve de apoyo a la mujer que ha sido tratada recientemente por complicaciones postaborto. En particular:

- Trate de comprender por lo que ha pasado la mujer
- Trátela con respeto y evite juicios y críticas
- Asegúrele privacidad y confidencialidad
- Pregúntele si quiere que alguien de su confianza esté presente durante el asesoramiento

Brinde información de importancia

Luego de recibir la atención postaborto, la mujer tendrá que tomar decisiones importantes. Para tomar decisiones sobre su salud y su fertilidad, tendrá que saber que:

- La fertilidad se restablece rápidamente—dentro de las 2 semanas posteriores a un aborto o pérdida de embarazo del primer trimestre y dentro de las 4 semanas posteriores a un aborto o pérdida de embarazo del segundo trimestre. Por tanto, la mujer necesita protegerse para evitar un embarazo casi de inmediato.
- La mujer puede elegir entre muchos métodos de planificación familiar diferentes que puede comenzar inmediatamente (ver pág. siguiente). Los métodos que la mujer no debe utilizar de inmediato después del parto no presentan riesgos especiales después de un tratamiento por complicaciones de un aborto.
- Puede esperar antes de elegir un método anticonceptivo de uso permanente, pero mientras tanto puede considerar el uso de un método de respaldo* para cuando tenga sexo. Si la mujer decide no utilizar anticonceptivos en este momento, el proveedor puede ofrecerle información sobre los métodos disponibles y dónde obtenerlos. Además, los proveedores pueden ofrecer condones, anticonceptivos orales, o anticonceptivos orales de emergencia para que la mujer se los lleve y utilice luego.
- Para evitar la infección, la mujer no deberá tener sexo hasta que se interrumpa el sangrado —cerca de 5 a 7 días. Si está siendo tratada por infección vaginal o lesión cervical, deberá esperar a que se haya curado por completo antes de tener sexo.
- Si desea quedar embarazada pronto nuevamente, aliéntela a esperar. Esperar un mínimo de 6 meses puede reducir las probabilidades de bajo peso al nacer, parto prematuro y anemia materna. Una mujer que recibe atención

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculinos y femeninos, espermicidas y retiro. Puede utilizar espermicidas si no presenta lesión vaginal o cervical. Dígame que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Si es posible, déle condones.

postaborto puede precisar otros servicios de salud reproductiva. En particular, un proveedor puede ayudar a que la mujer considere si pudo haber estado expuesta a infecciones de transmisión sexual.



Cuándo comenzar los métodos anticonceptivos

- En todos los casos la mujer puede comenzar de inmediato con anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de progestágeno solo, inyectables de progestágeno solo, inyectables mensuales, parches combinados, implantes, condones masculinos, condones femeninos y el retiro, incluso si la mujer presenta lesiones del tracto genital o si tiene una infección sospechada o confirmada.
- Los DIU, la esterilización femenina y los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden comenzarse una vez que la infección esté controlada o resuelta.
- Los DIU, los anillos vaginales combinados, los espermicidas, los diafragmas, los capuchones cervicales, la esterilización femenina y los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden comenzarse una vez que haya cicatrizado cualquier herida del tracto genital.

Consideraciones especiales:

- La colocación del *DIU* inmediatamente después de un aborto del segundo trimestre requiere un proveedor específicamente capacitado.
- La *esterilización femenina* debe decidirse por adelantado y no mientras la mujer se encuentra sedada, bajo estrés, o dolorida. Asesore a la mujer cuidadosamente y asegúrese de mencionar los métodos reversibles disponibles (ver *Esterilización femenina*, porque la esterilización es permanente, p. 174).
- El *anillo vaginal combinado*, los *espermicidas*, *diafragmas* y *capuchones cervicales* pueden utilizarse de inmediato, incluso en casos de perforación uterina sin complicaciones.
- Después de un aborto o pérdida de embarazo del primer trimestre sin complicaciones, hay que ajustar nuevamente el *diafragma*. Luego de un aborto o pérdida de embarazo del segundo trimestre sin complicaciones, hay que postergar su uso 6 semanas para que el útero vuelva a su tamaño normal, luego de lo cual habrá que volver a ajustar el diafragma.
- *Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad*: La mujer puede comenzar con métodos basados en los síntomas cuando ya no tenga secreciones vinculadas a infección o sangrado debido a lesiones del tracto genital. Puede comenzar el método basado en el calendario con su próxima menstruación si no presenta sangrado por lesión del tracto genital.

Violencia contra la mujer

Es posible que todos los proveedores de planificación familiar atiendan a muchas mujeres que han sufrido violencia. La violencia contra la mujer es común en todas partes y en algunos sitios es muy común. En un estudio reciente sobre 10 países, más de 1 de cada 10 mujeres y hasta 7 de cada 10 mujeres informaron que habían experimentado violencia física o sexual en su vida. La violencia física incluye un amplio espectro de comportamientos, incluyendo golpes, cachetadas, patadas y golpizas. La violencia sexual incluye contacto o atención sexual no deseados, el sexo coercitivo y el sexo por la fuerza (violación). La violencia contra la mujer puede ser también psicológica, como control de su comportamiento, intimidación, humillación, aislamiento de la mujer de su familia y amistades y restricción de su acceso a recursos.

La mujer que padece violencia tiene necesidades especiales de salud, muchas de ellas relativas a la salud sexual y reproductiva. La violencia puede conducir a una serie de problemas de salud, por ejemplo lesiones corporales, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH, disminución del deseo sexual, dolor durante el sexo y dolor pélvico crónico. Para algunas mujeres, la violencia puede comenzar o empeorar durante el embarazo, poniendo también a su feto en riesgo. Además la violencia o la amenaza de violencia de un hombre pueden privar a una mujer de su derecho a decidir por sí misma si utilizar un método de planificación familiar y cuál utilizar. Por lo tanto, es posible que el proveedor de atención a la salud reproductiva esté más proclive que otros proveedores de atención a la salud a atender mujeres abusadas entre sus pacientes habituales.

¿Qué puede hacer el proveedor?

1. Ayudar a que la mujer se sienta bienvenida y segura y que pueda hablar con libertad. Ayudar a la mujer a sentirse cómoda para hablar libremente acerca de cualquier asunto personal, incluso la violencia. Asegurar a cada mujer que su consulta será confidencial.

Brindar a la mujer la oportunidad de sacar el tema de la violencia, por ejemplo preguntándole sobre las actitudes de su pareja hacia ella respecto a su uso de la planificación familiar, preguntándole si ella ve algún problema en el uso de la planificación familiar y simplemente si hay algo más que ella quiera discutir.

2. Cada vez que se sospeche violencia, pregunte a la mujer sobre abuso. Si bien la mayoría de las mujeres no mencionan que están siendo abusadas, muchas hablan del tema si se les pregunta específicamente sobre violencia. Empero, sólo conviene preguntar a todas las pacientes acerca de si están padeciendo violencia si quien lo hace es un proveedor muy bien capacitado en el asesoramiento sobre violencia, si puede asegurarse privacidad y confidencialidad y si se dispone de suficientes recursos para responder adecuadamente a los casos identificados de violencia. De lo contrario, se recomienda que el proveedor pregunte sólo si sospecha abuso, concentrando así los recursos en los casos que necesitan atención inmediata.

Esté alerta a los síntomas, lesiones o signos que sugieran violencia. El proveedor puede sospechar violencia cuando la depresión, ansiedad, cefaleas crónicas, dolor pélvico, o dolores gástricos vagos no mejoran con el tratamiento al transcurrir el tiempo. Cuando la versión de la usuaria sobre cómo se hizo una lesión no concuerda con el tipo de herida que tiene, esa lesión puede constituir otro signo de violencia. Sospeche violencia ante cualquier herida que aparezca en el embarazo, en especial en abdomen o senos.

Algunos consejos para sacar el tema de la violencia:

- Para incrementar la confianza, explique por qué está preguntando— porque quiere ayudar.
- Use un lenguaje con el que usted se sienta cómodo y que mejor se adapte a su propio estilo.
- No haga este tipo de preguntas en presencia de la pareja de la mujer o de alguien más o cuando no se pueda garantizar la privacidad.
- Usted puede decir algo como, “La violencia doméstica es un problema común en nuestra comunidad y por eso les hacemos a las usuarias preguntas sobre abuso.”
- Usted puede hacer preguntas tales como:
 - Sus síntomas pueden deberse a estrés. ¿Usted y su pareja tienden a pelear a menudo? ¿Alguna vez resultó lastimada?”
 - “¿Alguna vez su pareja quiere tener sexo y usted no? ¿Qué sucede en esos casos?”
 - “¿Le tiene miedo a su pareja?”

3. Asesore de manera sensible, sin juzgar y apoyando.

El asesoramiento constituye un servicio importante para aquellas mujeres que viven relaciones violentas. El asesoramiento sobre la violencia debe adaptarse a las circunstancias particulares de cada mujer. La disposición de la mujer a buscar cambios puede estar en distintas etapas. Esto afectará su disposición a aceptar ayuda. Algunas mujeres no se encontrarán preparadas para analizar su situación con un proveedor de salud. La finalidad del asesoramiento no es tanto tener la seguridad de si la usuaria experimenta violencia, como abordar el tema con empatía y hacerle saber que usted se interesa.

- Si la mujer no desea hablar de la violencia, asegúrele que usted está a su disposición cuando ella lo requiera. Infórmele de las opciones y recursos disponibles por si ella alguna vez los quiere.



- Si la mujer desea hablar de su experiencia de violencia, conviene que usted:
 - Asegure confidencialidad, mantenga su situación confidencial. Menciónela sólo a aquellos que necesitan conocerla (como el personal de seguridad) y hágalo sólo con el consentimiento de la usuaria.
 - Reconozca la experiencia de la mujer. Escuche, ofrezca apoyo y evite emitir juicios. Respete la capacidad y el derecho de la mujer de tomar sus propias decisiones acerca de su vida.
 - Trate de aliviar los posibles sentimientos de vergüenza y culpa de la mujer: “Nadie merece nunca ser golpeado.” “Usted no merece el abuso y no es su culpa.”
 - Explique que la violencia es un problema común: “Esto les sucede a muchas mujeres.” “Usted no está sola y puede contar con ayuda.”
 - Explique que no es probable que la violencia se detenga por sí sola: “El abuso tiende a continuar y a menudo tiende a empeorar y a hacerse más frecuente.”

4. Evalúe el peligro inmediato de la mujer, ayúdela a desarrollar un plan de seguridad y remítela a los recursos comunitarios.

Si la mujer enfrenta un peligro inmediato, ayúdela a considerar varios cursos de acción. Si no está en peligro inmediato, ayúdela a formular un plan a largo plazo.

- Ayúdela a evaluar su situación actual:
 - “¿Está él ahora en este local de salud?”
 - “¿En este momento usted o sus hijos están en peligro?”
 - “¿Se siente segura de irse a su casa?”
 - “¿Existe algún familiar o amigo que la pueda ayudar con su situación en casa?”
- Ayúdela a protegerse y a proteger a sus hijos si la violencia se repite. Sugíerale mantener un bolso armado con los documentos importantes y una muda de ropa para poder irse rápidamente si fuera necesario. Sugíerale que convenga una señal con sus hijos para hacerles saber cuándo pedir ayuda a los vecinos.
- Realice y mantenga actualizada una lista de recursos disponibles para ayuda a víctimas de abuso, que incluya datos de contacto de la policía, servicios de asesoramiento y organizaciones de mujeres que puedan brindar apoyo emocional, jurídico y quizás incluso financiero. Déle una copia de esa lista a la usuaria.

5. Brinde la atención adecuada. Adapte la atención y el asesoramiento a las circunstancias de la mujer.

- Trate cualquier lesión que la mujer presente o asegúrese de que ella consiga tratamiento.
- Evalúe el riesgo de embarazo y brinde anticoncepción de emergencia si corresponde y lo desea.
- Ofrezca anticonceptivos orales de emergencia para un uso futuro (Ver Anticonceptivos orales de emergencia, p. 45).

- Si la mujer lo desea, déle un método anticonceptivo que pueda utilizar sin que su pareja lo sepa, como un inyectable.
- Ayúdela a considerar si puede proponer el uso del condón sin arriesgarse a más violencia.
- En casos de violación:
 - Primero recoja cualquier muestra que pueda ser usada como evidencia (tales como ropa manchada o desgarrada, cabello y manchas de sangre o semen).
 - Hágale los análisis y proporciónale el tratamiento de VIH e ITS o remítala para que se lo hagan. Algunas mujeres tal vez necesiten estos servicios con frecuencia.
 - Considere la profilaxis post exposición para VIH, si se encuentra disponible y tratamiento presuntivo para gonorrea, clamidia, sífilis y otras ITS comunes en el lugar.

6. Deje constancia escrita de la condición de la mujer. Documente cuidadosamente los síntomas y lesiones de la mujer, la causa de las lesiones y sus antecedentes de maltrato. Registre con claridad la identidad del agresor, su relación con la víctima y cualquier otro detalle sobre él. Estas notas podrán servir para un control médico futuro y para emprender acciones jurídicas si alguna vez corresponde hacerlo.



Infertilidad

¿Qué es la infertilidad?

La infertilidad es la incapacidad de tener hijos. A pesar de que con frecuencia se culpa a la mujer, la infertilidad se presenta tanto en hombres como en mujeres. En promedio, la infertilidad afecta a 1 de cada 10 parejas. Se considera infértil a una pareja después de 12 meses de sexo sin protección sin un embarazo. Una pareja puede ser infértil independientemente de que la mujer haya estado embarazada en el pasado.

Entre parejas sin problemas de fertilidad, el 85% de las mujeres quedarán embarazadas en el correr de un año. En promedio, el embarazo se produce luego de 3 a 6 meses de sexo sin protección. Existe, sin embargo, una enorme variación en torno a este promedio.

Las pérdidas de embarazos son otra forma de infertilidad: La mujer puede quedar embarazada, pero la pérdida del embarazo u óbito fetal impiden el nacimiento de un niño vivo.

¿Qué causa la infertilidad?

Diferentes factores o condiciones pueden reducir la fertilidad, tales como:

- Enfermedades infecciosas (infecciones de transmisión sexual [ITS], incluido VIH, otras infecciones del tracto reproductor; paperas después de la pubertad en el varón)
- Problemas anatómicos, endocrinos, genéticos, o del sistema inmune
- Edad
- Procedimientos médicos que producen infecciones en el tracto superior del aparato reproductor de la mujer

Las ITS son la mayor causa de infertilidad. Cuando quedan sin tratar, la gonorrea y la clamidia pueden infectar las trompas de Falopio, el útero y los ovarios. Esto se conoce como enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). La EPI clínica es dolorosa, pero algunas veces la EPI no presenta síntomas y transcurre inadvertida (EPI silenciosa). La gonorrea y la clamidia pueden producir cicatrices en las trompas de Falopio de la mujer, bloqueando el recorrido descendente de los óvulos por las trompas para entrar en contacto con los espermatozoides. El hombre puede tener cicatrices con bloqueo de los conductos espermáticos (epidídimo) y la uretra, producidos por gonorrea y clamidia no tratadas (ver Anatomía femenina, p. 364, y Anatomía masculina, p. 367).

Hay otras causas de infertilidad masculina, entre ellas una incapacidad natural, sea de producir espermatozoides o de producir espermatozoides suficientes como para alcanzar el embarazo. Menos frecuentemente, el espermatozoide se encuentra malformado y muere antes de alcanzar al óvulo. Entre las mujeres, la incapacidad natural para quedar embarazada a menudo se debe a bloqueo de las trompas de Falopio o a incapacidad para ovular.

La fertilidad también se relaciona con la edad. A medida que la mujer envejece, su capacidad para quedar embarazada naturalmente cede con el tiempo. Hay nuevas evidencias que sugieren que, de manera similar, a

medida que el hombre envejece produce espermatozoides menos capaces de fertilizar al óvulo.

Las infecciones posparto y postaborto también pueden causar EPI, lo que puede llevar a la infertilidad. Esto sucede cuando los instrumentos quirúrgicos utilizados para los procedimientos médicos no están debidamente desinfectados o esterilizados. La mujer también puede desarrollar EPI si durante un procedimiento médico se arrastra una infección presente en el tracto reproductor inferior al tracto reproductor superior.

Prevención de la infertilidad

A menudo la infertilidad se puede prevenir. El proveedor puede:

- aconsejar a usuarias sobre la prevención de las ITS (ver Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, Prevención de infecciones de transmisión sexual, p. 280). Aliente a los pacientes a consultar en cuanto crean tener una ITS o crean haber estado expuestos.
- trate o remita a los usuarios con signos y síntomas de ITS y EPI clínica (ver Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, Síntomas de infecciones de transmisión sexual, p. 278). Tratar estas infecciones contribuye a preservar la fertilidad.
- evitar las infecciones siguiendo las prácticas de prevención de infecciones adecuadas cuando lleve a cabo procedimientos médicos que impliquen pasar instrumentos de la vagina al útero, tales como la colocación del DIU (ver Prevención de infecciones en la clínica, p. 312).

Los anticonceptivos no causan infertilidad

- La mayoría de los métodos anticonceptivos no demoran el restablecimiento de la fertilidad después de interrumpir su uso. En general, el restablecimiento de la fertilidad después de interrumpir el uso de anticonceptivos inyectables demora algo más que con la mayoría de los restantes métodos (ver Inyectables de progestágeno solo, Preguntas 6 y 7, p. 79, e Inyectables mensuales, Preguntas 10 y 11, p. 100). Sin embargo, con el tiempo, las mujeres que han utilizado inyectables son tan fértiles como eran antes de usar ese método, teniendo en cuenta la edad.
- Entre mujeres con gonorrea o clamidia en curso, la colocación del DIU aumenta ligeramente el riesgo de EPI en los primeros 20 días siguientes a la colocación. Aún así, las investigaciones no han encontrado que quienes en el pasado han utilizado DIU sean más proclives a ser infértiles que otras mujeres (ver DIU de cobre, Pregunta 4, p. 155).

Asesoramiento a usuarias con problemas de fertilidad

Si es posible, asesore a los dos integrantes de la pareja juntos. Los hombres suelen culpar a las mujeres de la infertilidad cuando ellos mismos podrían ser los responsables. Dígale a la pareja que:

El hombre es tan proclive a tener problemas de infertilidad como la mujer. En algunos casos tal vez no sea posible saber cuál de los dos es infértil y qué causa la infertilidad.

- Busquen el embarazo durante 12 meses al menos, antes de preocuparse por la infertilidad.
- El período más fértil del ciclo de la mujer es el momento en que el ovario libera el óvulo y algunos días antes (ver El ciclo menstrual, p. 366). Sugierales tener sexo con frecuencia en ese período. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ayudar a la pareja a identificar el período más fértil de cada ciclo (ver Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, p. 239). Aconseje o remita a la usuaria si lo desea probar.
- Si después de un año esas sugerencias no han surtido efecto, de ser posible, remita a la pareja para su evaluación. La pareja podría también considerar la adopción.

Suministro de los métodos de planificación familiar

Importancia de ciertos procedimientos para suministrar los métodos de planificación familiar

Las clasificaciones de los exámenes y análisis abajo descritos se aplican a personas presuntamente sanas. Para las personas con una afección conocida u otra condición especial, referirse a los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, p. 323.

Clase A: Esencial y obligatorio en toda circunstancia para el uso eficaz y seguro del método anticonceptivo
 Clase B: Contribuye considerablemente al uso eficaz y seguro. Sin embargo, si no pueden realizarse el análisis o examen, debe contrapesarse el riesgo de no realizarlos contra los beneficios de ofrecer el método anticonceptivo.
 Clase C: No contribuye considerablemente al uso eficaz y seguro del método anticonceptivo.

Situación específica

	Anticonceptivos orales combinados	Injectables mensuales	Píldoras de progestágeno solo	Injectables de progestágeno solo	Implantes	DIU	Condones masculinos y femeninos	Diafragmas y capuchones cervicales	Espemicidas	Esterilización femenina	Vasectomía
Examen de mama realizado por el proveedor	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	NA
Examen pélvico/genital	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Tamizaje de cáncer cervical	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	NA
Análisis de laboratorio de rutina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Test de hemoglobina	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Evaluación del riesgo de ITS: antecedentes médicos y examen físico	C	C	C	C	C	A*	C	C†	C†	C	C
Tamizaje de ITS/ VIH: Pruebas de laboratorio	C	C	C	C	C	B*	C	C†	C†	C	C
Tamizaje de la tensión arterial	‡	‡	‡	‡	‡	C	C	C	C	A	C§

* Si la mujer tiene una probabilidad individual muy alta de exponerse a gonorrea o clamidia, en general, no debe colocarse un DIU a menos que no se disponga de otro método o los métodos disponibles no sean aceptables. Si está cursando una cervicitis purulenta, gonorrea o clamidia, la mujer no debe colocarse un DIU hasta que estas afecciones se resuelvan y por otra parte ella sea médicamente elegible.

† La mujer en alto riesgo de infección por VIH o SIDA no debe usar espemicidas. En general no se recomienda el uso de diafragmas o de capuchones cervicales con espemicidas para tales mujeres, a menos que no se disponga de otro método o los métodos disponibles no sean aceptables.

NA=No aplica

‡ Deseable, pero en situaciones donde los riesgos de embarazo son altos y los métodos hormonales están entre los pocos métodos ampliamente disponibles, no debe negarse a la mujer el uso de métodos hormonales solamente porque no se le puede medir la tensión arterial.

§ Para procedimientos realizados usando sólo anestesia local.

Asesoramiento exitoso

Un buen asesoramiento ayuda a las usuarias a elegir y usar un método de planificación familiar que les resulte apropiado. Las usuarias son diferentes, su situación es diferente y los tipos de ayuda que necesitan son diferentes también. El mejor asesoramiento se adapta a cada usuario/a individual.

Tipo de paciente	Tareas de rutina del asesoramiento
Usuarias que vuelven sin problemas	<ul style="list-style-type: none">• Suministre más provisiones o haga el control de rutina• Pregúntele amablemente a la usuaria cómo le va con el método
Usuarias que vuelven con problemas	<ul style="list-style-type: none">• Comprenda el problema y ayude a resolverlo, sea éste sobre efectos secundarios, vinculados al uso del método, pareja que no coopera, o de cualquier otro tipo
Usuarias nuevas con un método en mente	<ul style="list-style-type: none">• Verifique que la usuaria comprenda bien• Apoye la elección de la usuaria, si la usuaria es médicamente elegible• Analice cómo usar el método y cómo lidiar con cualquier efecto secundario
Usuarias nuevas sin un método en mente	<ul style="list-style-type: none">• Analice la situación de la usuaria, sus planes y qué le importa acerca del método• Ayude a la usuaria a elegir métodos que le sirvan.• Si es necesario, ayúdela a tomar una decisión• Apoye la decisión de la usuaria, déle instrucciones de uso y analice cómo manejar los efectos secundarios

Dedique tiempo a la usuaria que lo necesita. Muchas usuarias no tienen problemas cuando vuelven y precisan poco asesoramiento. Las usuarias que regresan con problemas y las usuarias nuevas que no tienen un método en mente son las que requieren más tiempo, pero, en general, son pocas.

Consejos para tener éxito en el asesoramiento

- Sea respetuoso con cada usuaria y ayúdela a sentirse cómoda.
- Aliente a la usuaria a explicar sus necesidades, a expresar sus preocupaciones y a realizar preguntas.
- Deje que los deseos y necesidades de la usuaria orienten la conversación.
- Esté alerta a las necesidades relacionadas, tales como protección de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y apoyo para el uso del condón.
- Escuche atentamente. Escuchar es tan importante como dar la información correcta.

- Dé la información e instrucciones clave. Use palabras comprensibles.
- Respete y apoye las decisiones informadas de la usuaria.
- Refiérase a los efectos secundarios, de haberlos, y tome con seriedad las preocupaciones de la usuaria.
- Verifique que la usuaria comprenda.
- Invite a la usuaria a regresar en cualquier momento por cualquier motivo.

El asesoramiento ha tenido éxito cuando:

- La usuaria percibe que ha recibido la ayuda que quería
- La usuaria sabe qué hacer y se siente confiada de poder hacerlo
- La usuaria se siente respetada y apreciada
- La usuaria regresa cuando lo necesita
- Y lo más importante, la usuaria usa sus métodos con eficacia y satisfacción.

Herramienta de asesoramiento disponible por medio de la OMS

La *Herramienta de toma de decisiones para los usuarios y proveedores de planificación familiar*, otra de las 4 piedras angulares de la orientación sobre planificación familiar de la Organización Mundial de la Salud, utiliza sesiones de asesoramiento para ayudar a usuarios y proveedores a elegir los métodos de planificación familiar y aprender a usarlos. Esta herramienta es un rotafolio ilustrado. Ofrece ayuda adaptada a cada tipo de usuario mencionado en la tabla de la página anterior. La información clave de este manual puede encontrarse en la *Herramienta de toma de decisiones*, redactado de modo que pueda servir para el asesoramiento.

Para ver la Herramienta de toma de decisiones y para bajarla de Internet, ver http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241593229index/en/index.html.

¿Quién brinda servicios de planificación familiar?

Hay muchas personas que pueden aprender a informar y asesorar acerca de la planificación familiar y a suministrar métodos de planificación familiar. Los países y programas tienen varias pautas que establecen quién puede ofrecer qué métodos y dónde y algunos tienen reglas que difieren dependiendo de si la usuaria está comenzando un nuevo método o si continúa con un método que ya usaba. Aún así, en los países de todo el mundo, por lo general la planificación familiar es suministrada por:

- Enfermeras, enfermeras obstétricas, enfermeras practicantes
- Auxiliares de enfermeras obstétricas
- Parteras obstétricas
- Médicos, incluidos ginecólogos y obstetras
- Asistentes y auxiliares de médicos
- Químicos farmacéuticos, idóneos en farmacia, químicos
- Personal de atención primaria, profesionales de la salud de la comunidad
- Profesionales de la salud en la comunidad y miembros de la comunidad que se desempeñan como distribuidores con base en la comunidad
- Asistentes de partos tradicionales específicamente capacitados
- Tenderos, comerciantes y vendedores
- Voluntarios, usuarios experimentados de planificación familiar, pares dedicados a educación y líderes comunitarios

Estas personas aprenderán a hacer un mejor trabajo brindando planificación familiar si reciben capacitación específica. Esa capacitación debe cubrir cómo informar y asesorar a los usuarios acerca de la elección y el uso de métodos específicos y sus efectos secundarios, además de enseñar destrezas técnicas específicas, tales como dar inyectables o colocar un DIU. Las Listas de verificación pueden ayudar a un espectro amplio de proveedores y directores de distintas maneras, como por ejemplo, evaluando pacientes según criterios médicos de elegibilidad, asegurándose de que todos los pasos del proceso se lleven a cabo (tales como la prevención de infecciones) y asegurando la buena calidad de los servicios.

Método

¿Quién puede suministrarlo?

Anticonceptivos orales, parche combinado, anillo vaginal combinado

- Todos los proveedores capacitados, incluso los que hayan recibido una corta capacitación específica.

Anticonceptivos orales de emergencia

- Todos los proveedores.
-

Método	¿Quién puede suministrarlo?
Inyectables	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona capacitada para aplicar inyecciones y manipular agujas y jeringas correctamente y desecharlas debidamente. Entre estas personas se incluyen a los trabajadores de la salud comunitarios.
Implantes	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona capacitada en procedimientos médicos y en la colocación de los implantes específicos utilizados: médicos, enfermeras, enfermeras obstétricas, enfermeras practicantes, parteras, asistentes y auxiliares de médicos.
Dispositivo intrauterino (DIU de cobre y con hormonas)	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona capacitada en procedimientos médicos y con capacitación específica en control de DIU, colocación y extracción: médicos, enfermeras, enfermeras obstétricas, enfermeras practicantes, parteras, asistentes y auxiliares de médicos y estudiantes de medicina. La capacitación es distinta para el DIU de cobre y para el DIU de hormonas. En algunos países los farmacéuticos venden los DIU y la mujer lleva el DIU a un proveedor de atención a la salud quien se lo coloca.
Esterilización femenina	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona que haya recibido capacitación específica en el procedimiento: médicos generales, médicos especialistas (tales como ginecólogos y cirujanos), auxiliares de médicos o estudiantes de medicina bajo supervisión. La laparoscopia es realizada mejor por cirujanos con experiencia y específicamente capacitados.
Vasectomía	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona que haya recibido capacitación específica en el procedimiento: médicos, enfermeras obstétricas, enfermeras practicantes, parteras, asistentes y auxiliares de médicos.
Condomes masculinos y femeninos y espermicidas	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los proveedores.
Diafragma y capuchón cervical	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier proveedor específicamente capacitado para realizar un examen pélvico y elegir el tamaño adecuado de diafragma o capuchón cervical para cada mujer.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona que haya recibido capacitación específica para enseñar sobre el conocimiento de la fertilidad. A menudo los usuarios que tienen experiencia con estos métodos son los que mejor lo pueden explicar.
Retiro, método de amenorrea de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Estos métodos no requieren un proveedor. Aún así, los proveedores de atención a la salud conocedores y cooperadores pueden ayudar a las pacientes a usar estos métodos muy eficazmente.

Prevención de infecciones en la clínica

Los procedimientos de prevención de infecciones son sencillos, eficaces y económicos. Los gérmenes (organismos infecciosos) a tener en cuenta en la clínica son: bacterias (como el estafilococo), virus (en particular el VIH y la hepatitis B), hongos y parásitos. En la clínica, los organismos infecciosos pueden encontrarse en la sangre, líquidos corporales con sangre visible, o tejidos. (Las heces, secreciones nasales, saliva, esputo, sudor, lágrimas, orina y vómito no se consideran potencialmente infecciosos a menos que contengan sangre.) Los organismos pueden transmitirse a través de membranas mucosas o piel con heridas, tales como cortes y rasguños y por pinchazos de agujas usadas y otras heridas punzantes. Los organismos infecciosos pueden pasar de las clínicas a las comunidades cuando los desechos no se eliminan de manera apropiada o cuando los miembros del equipo no se lavan las manos adecuadamente antes de abandonar la clínica.

Reglas básicas para la prevención de infecciones

Estas reglas aplican las precauciones universales para la prevención de infecciones de las clínicas de planificación familiar.

Lávese las manos



- *El lavado de manos puede ser el procedimiento de prevención de infecciones más importante.*
- Lávese las manos antes y después de examinar o tratar a cada usuaria. (No es preciso lavarse las manos si la usuaria no requiere un examen o tratamiento.)
- Utilice agua limpia y jabón común y frote las manos por lo menos durante 10 a 15 segundos. Asegúrese de limpiar entre los dedos y bajo las uñas. Lávese las manos luego de manipular instrumentos y otros objetos sucios o luego de tocar membranas mucosas, sangre u otros líquidos corporales. Lávese las manos antes de ponerse los guantes, después de quitárselos y cada vez que sus manos se ensucien. Lávese las manos al llegar a trabajar, después de usar el baño o la letrina y al dejar el trabajo. Séquese las manos con una toalla de papel o una toalla de tela limpia y seca que nadie más utilice, o seque con aire.

Procese los instrumentos que serán reutilizados

- Esterilice o haga desinfección de alto nivel de los instrumentos que entran en contacto con membranas mucosas intactas o piel lacerada.
 - Esterilice los instrumentos que tocan tejidos por debajo de la piel (ver Los 4 pasos para procesar el equipo, p. 315).
-

Utilice guantes

- Utilice guantes para cualquier procedimiento en que exista riesgo de tocar sangre, otros fluidos corporales, membranas mucosas, piel con excoriaciones, objetos sucios, superficies sucias, o desperdicios. Utilice guantes quirúrgicos para procedimientos quirúrgicos tales como colocación de implantes. Utilice guantes de examen de un solo uso para procedimientos que impliquen tocar membranas mucosas intactas o en general para evitar la exposición a fluidos corporales. No se necesitan guantes para dar inyecciones.
- Cambie sus guantes entre procedimientos con el mismo paciente o entre pacientes.
- No toque superficies ni equipos limpios con los guantes sucios o las manos descubiertas.
- Lávese las manos antes de ponerse los guantes. No se lave las manos con los guantes puestos en lugar de cambiarse los guantes. Los guantes no sustituyen el lavado de manos.
- Utilice guantes de fajina limpios para limpiar instrumentos y equipos sucios, manipular desechos y limpiar salpicaduras de sangre o fluidos corporales.

Realice un examen pélvico sólo cuando sea necesario

- La mayoría de los métodos de planificación familiar no requieren un examen pélvico; éste sólo es necesario para la esterilización femenina, el DIU, el diafragma y el capuchón cervical (ver Importancia de ciertos procedimientos para suministrar métodos de planificación familiar, p. 307). Los exámenes pélvicos deben realizarse sólo si existe una razón para ello— como la sospecha de infecciones de transmisión sexual, cuando el examen pueda ayudar al diagnóstico o al tratamiento.

Para las inyecciones utilice jeringas y agujas autodescartables nuevas

- Las jeringas y agujas autodescartables son seguras y más confiables que las jeringas y agujas descartables comunes de un solo uso y cualquier jeringa y aguja descartable es más segura que esterilizar jeringas y agujas reutilizables. Las jeringas y agujas reutilizables sólo debieran considerarse cuando no se disponga de equipos de inyección de un solo uso y sólo si los programas son capaces de documentar la calidad de la esterilización.
- Sólo es necesario limpiar la piel de la usuaria antes de la inyección si la piel se encuentra sucia. Si lo está, lave con agua y jabón y seque con una toalla limpia. No se obtiene un mejor resultado por frotar con un antiséptico.

Limpie las superficies con una solución clorada

- Limpie las mesas de examen, las banquetas y otras superficies que entran en contacto con la piel intacta, con una solución de cloro al 0.5% después de atender a cada usuaria.

Elimine los insumos y equipos de un solo uso de manera apropiada y segura



- Cuando manipule desechos, use equipo de protección personal—anteojos, máscara, delantal y calzados de protección cerrados.
- Las agujas y jeringas de un único uso no deben ser reutilizadas. No separe las agujas de las jeringas. Evite romper, doblar o volver a poner la capucha a las agujas usadas. Ponga las agujas y jeringas usadas de inmediato en un contenedor a prueba de pinchazos para su eliminación. (Si las agujas y jeringas no van a ser incineradas, deberán descontaminarse mediante el vertido de una solución de cloro al 0.5% antes de arrojarlas al contenedor a prueba de pinchazos.) El recipiente de objetos punzantes a prueba de pinchazos deberá sellarse y luego quemarse, incinerarse o enterrarse profundamente cuando se encuentre tres cuartas partes lleno.
- Las prendas de vestir y otros desechos sólidos sucios deberán juntarse en bolsas plásticas y en un plazo de 2 días, hay que quemarlos y enterrarlos en un hoyo profundo. Los desperdicios líquidos deberán volcarse al desagüe del fregadero o al inodoro, o verterse en un hoyo profundo y enterrarse.
- Limpie los contenedores de desperdicios con detergente y enjuague con agua.
- Quítese los guantes de fajina y límpielos cuando se ensucien, por lo menos una vez al día.
- Lávese las manos antes y después de eliminar equipos sucios y desperdicios.

Lave la ropa blanca

- Lave la ropa blanca (por ejemplo, ropa de cama, gorras, batas y campos quirúrgicos) a mano o a máquina y seque al aire o a máquina. Cuando manipule ropa blanca sucia, use guantes, manténgala alejada del cuerpo y sin agitarla.

Riesgo bajo de VIH en la clínica

Los proveedores de atención a la salud pueden estar expuestos al VIH a través de agujas, membranas mucosas, o piel lacerada, pero el riesgo es bajo:

- La mayor parte de las infecciones en unidades de salud son causadas por pinchazos de aguja y cortes. El riesgo promedio de infección de VIH luego de exposición a un pinchazo de aguja de sangre infectada por VIH es de 3 infecciones por cada 1000 pinchazos.
- Se calcula que el riesgo tras la exposición de ojos, nariz, o boca a sangre infectada por VIH es cerca de 1 infección por cada 1000 exposiciones.

La mejor manera en que los proveedores pueden evitar la exposición al VIH y otras infecciones originadas en líquidos en el lugar de trabajo es siguiendo las precauciones universales.

Haga un hábito de la prevención de infecciones

Con todos y cada uno de los pacientes, el proveedor de asistencia a la salud deberá pensar, “¿Qué prevención de infecciones se necesita?” Los usuarios y los proveedores pueden tener una infección sin saberlo y sin tener síntomas obvios. La prevención de infecciones es un signo de buena asistencia a la salud que puede atraer pacientes. Para algunos pacientes la pulcritud es uno de los signos más importantes de calidad.



Los 4 pasos para procesar el equipo

- 1.** *Descontamine para eliminar gérmenes infecciosos como el VIH y el virus de la hepatitis B y para hacer los instrumentos, guantes y otros objetos más seguros para la gente que los limpia.* Empape con una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos. Enjuague con agua fría limpia o limpie de inmediato.
- 2.** *Limpie para sacar líquidos corporales, tejidos y suciedad.* Lave o friegue con cepillo con jabón líquido o detergente y agua. Evite jabón en barra o en polvo, que puedan adherirse al equipo. Enjuague y seque. Al limpiar, utilice guantes de fajina y equipo de protección personal—anteojos, máscara, delantal y calzados cerrados.
- 3.** *Desinfección de alto nivel o esterilización.*
 - Desinfección de alto nivel para eliminar todos los organismos infecciosos excepto algunas endosporas bacterianas (una forma latente, resistente de bacteria) hirviendo, mediante vapor, o con productos químicos. Realice desinfección de alto nivel de los instrumentos e insumos que toquen membrana mucosa intacta o piel con excoriaciones, tales como espéculo vaginal, sondas uterinas y guantes para examen pélvico.
 - Esterilice para eliminar todo germen infeccioso, incluso las endosporas bacterianas, con un autoclave de vapor a alta presión, un horno de calor seco, productos químicos o radiación. Esterilice instrumentos tales como bisturíes y agujas que entran en contacto con tejido bajo la piel. Si la esterilización no resulta práctica o posible (por ejemplo, para laparoscopios), los instrumentos deben ser sometidos a desinfección de alto nivel.
- 4.** *Guarde instrumentos e insumos protegidos de la contaminación.* Deberán guardarse en un recipiente esterilizado o desinfectado de alto nivel en un área limpia apartada del tránsito de la clínica. El equipo utilizado para esterilizar y hacer la desinfección de alto nivel de instrumentos e insumos también debe protegerse de la contaminación.

Manejo de insumos de anticoncepción

La asistencia a la salud reproductiva de buena calidad requiere un continuo suministro de anticonceptivos y otros artículos básicos. Los proveedores de planificación familiar son el vínculo más importante en la cadena de abastecimiento que mueven artículos del fabricante al usuario.

La precisión y puntualidad de los pedidos e informes del proveedor ayudan a los administradores de la cadena de abastecimiento a determinar qué productos se necesitan, cuánto comprar y dónde distribuirlos. Los miembros del personal de la clínica hacen su parte cuando manejan adecuadamente el inventario de anticonceptivos, registran e informan con precisión qué se provee a los usuarios y encargan puntualmente nuevos suministros. En algunas unidades se asignan todas las tareas de logística a un miembro del personal. En otras unidades puede haber distintos miembros del personal que ayudan con las tareas de logística, según las necesidades. Los miembros del personal de la clínica necesitan familiarizarse con el sistema que se aplique y trabajar con él, de modo de asegurarse de tener los suministros que necesitan.

Responsabilidades logísticas de la clínica

Cada cadena de suministros opera de acuerdo a procedimientos específicos que funcionan en situaciones específicas, pero las responsabilidades típicas del personal de la clínica con respecto a la logística de la anticoncepción incluyen estas actividades comunes:

Diarias

- Llevar cuenta del tipo y la cantidad de anticonceptivos entregados a usuarios usando el formulario de registro correspondiente (normalmente llamado “registro de actividad diaria”).
- Mantener condiciones de almacenamiento apropiadas para todos los insumos: en un ambiente limpio, seco, apartado del alcance del sol y protegido del calor extremo.
- Suministro de anticonceptivos a los usuarios según el criterio de manejo de inventarios de “Primero que expira, primero que sale”, o PEPS. Eso significa que los productos con fecha de caducidad más temprana son los primeros productos a distribuir o entregar. PEPS despeja primero el inventario más viejo para evitar desperdicios por caducidad.





Regularmente (mensual o trimestralmente, dependiendo del sistema logístico)

- Contar la cantidad de cada método que hay a mano en la clínica y determinar la cantidad de anticonceptivos a encargar (realizado a menudo con un farmacéutico clínico). Este es un buen momento para inspeccionar los suministros, revisando problemas tales como envases y paquetes dañados, envolturas de DIU o implantes que se han abierto, o cambios de coloración de condones.
- Trabajar con los distribuidores comunitarios supervisados por personal de la clínica, revisando sus registros de consumo y ayudándolos a completar sus formularios de pedidos. Emitir partidas de abastecimiento a los agentes comunitarios según sus pedidos.
- Notificar al coordinador del programa de planificación familiar o al encargado de insumos sanitarios (generalmente a nivel del distrito) y hacer los pedidos usando el o los formularios correspondientes para las notificaciones y los pedidos. La cantidad que se encarga es la cantidad que hará que el inventario coincida con las expectativas de necesidades hasta recibir el próximo pedido. (Deberá hacerse un plan por adelantado para hacer pedidos de emergencia o restitución de préstamos de suministros de unidades vecinas ante un incremento repentino en la demanda, frente a la posibilidad de que se acabe el inventario o que haya grandes pérdidas, por ejemplo, si se inunda un depósito.)
- Recibir los suministros de anticonceptivos solicitados del farmacéutico clínico u otra persona apropiada en la cadena de abastecimiento. Hay que cotejar lo que se recibe con lo que se había encargado.

Eficacia de los anticonceptivos

Tasas de embarazos no deseados cada 100 mujeres

Método de planificación familiar	Tasas de embarazo primer año (Trussell ^a)		Tasa de embarazo 12 meses (Cleland & Ali ^b)	Clave
	Uso sistemático y correcto	Como se usa comúnmente	Como se usa comúnmente	
Implantes	0.05	0.05		0-0.9
Vasectomía	0.1	0.15		Muy eficaz
DIU de levonorgestrel	0.2	0.2		
Esterilización femenina	0.5	0.5		1-9
DIU de cobre	0.6	0.8	2	Eficaz
MELA (para 6 meses)	0.9 ^c	2 ^c		
Inyectables mensuales	0.05	3		10-25
Inyectables de progestágeno solo	0.3	3	2	Modera-damente eficaz
Anticonceptivos orales combinados	0.3	8	7	
Píldoras de progestágeno solo	0.3	8		26-32
Parche combinado	0.3	8		Menos eficaz
Anillo vaginal combinado	0.3	8		
Condomes masculinos	2	15	10	
Método de la ovulación	3			
Método de los dos días	4			
Método de los días fijos	5			
Diafragma con espermicidas	6	16		
Condomes femeninos	5	21		
Otros métodos basados en el conocimiento de la fertilidad		25	24	
Retiro	4	27	21	
Espermicidas	18	29		
Capuchón cervical	26 ^d , 9 ^e	32 ^d , 16 ^e		
Sin método	85	85	85	

^a Tasas de los Estados Unidos. Fuente: Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher R y col., editores. *Contraceptive technology*. 19th revised ed. 2007. Las tasas para los inyectables mensuales y capuchones cervicales son de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2004;70(2): 89-96.

^b Tasas para países en desarrollo. Fuente: Cleland J y Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. *Obstetrics and Gynecology*. 2004; 104(2): 31 4-320.

^c La tasa para uso sistemático y correcto de MELA es un promedio ponderado de 4 estudios clínicos citados en Trussell (2007). La tasa para MELA como se usa comúnmente es de Kennedy KI y col. Consensus statement: Lactational amenorrhea method for family planning. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1 996;54(1): 55-57.

^d Tasa de embarazo para mujeres que tuvieron partos.

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

Signos y síntomas de afecciones graves

En la siguiente tabla se exponen los signos y síntomas de algunas patologías graves de la salud. Estas patologías se mencionan bajo Riesgos a la salud o Manejo de problemas en los capítulos de los métodos anticonceptivos. Se trata de patologías raras o extremadamente raras entre usuarias del método. En general también son raras entre personas en edad de procrear. Aún así, es importante reconocer sus posibles signos y emprender acciones o remitir a la usuaria que las relate para su atención. En algunos casos, las pacientes que desarrollen alguna de estas patologías tendrán que elegir otro método anticonceptivo.

Patología	Descripción	Signos y síntomas
Trombosis venosa profunda	Coágulo sanguíneo que se desarrolla en las venas profundas del cuerpo, generalmente en las piernas	Dolor intenso y persistente en una pierna, a veces con hinchazón o piel enrojecida.
Embarazo ectópico	Embarazo en el que el óvulo fertilizado se implanta en tejido fuera del útero, generalmente en las trompas de Falopio, pero a veces en el cérvix o en la cavidad abdominal	En las etapas iniciales del embarazo ectópico, los síntomas pueden estar ausentes o ser leves, pero con el tiempo se vuelven graves. Una combinación de estos signos y síntomas debe aumentar la sospecha de embarazo ectópico: <ul style="list-style-type: none"> ● Dolorimiento o dolor abdominal inusual ● Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación—en especial si constituye un cambio de sus patrones usuales de sangrado ● Vahídos o mareos ● Desvanecimiento
Ataque cardíaco	Ocurre cuando se bloquea el suministro de sangre al corazón, generalmente debido a una acumulación de colesterol y otras sustancias en las arterias coronarias	Molestia en el pecho o presión incómoda; sensación de opresión o dolor en el medio del pecho que dura más que unos pocos minutos o que viene y va; dolor irradiado o sensación de zona “dormida” en uno o ambos brazos, espalda, mandíbula, o estómago; falta de aire; sudores fríos; náuseas.

Patología	Descripción	Signos y síntomas
Trastornos hepáticos	La infección con el virus de hepatitis inflama el hígado; la cirrosis produce cicatrices del tejido, bloqueando la sangre que fluye por el hígado	Coloración amarillenta de ojos o piel (ictericia) y distensión abdominal, dolorimiento o dolor, en especial en la parte alta del abdomen.
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)	Infección del tracto genital superior, causada por diversos tipos de bacterias	Dolor en el abdomen bajo; dolor durante el sexo, el examen pélvico, o al orinar; sangrado vaginal anormal o flujo; fiebre; sangrado a la palpación del cérvix. En el examen pélvico, los signos de EPI incluyen dolorimiento de los ovarios o las trompas de Falopio, flujo cervical amarillento que contiene mucus y pus, sangrado fácil al tocar el cérvix con el hisopo, o prueba del hisopo positiva y dolor al movilizar el cérvix o útero durante el examen pélvico.
Embolia pulmonar	Un coágulo sanguíneo que llega a los pulmones por el torrente sanguíneo	Falta de aire repentina, que puede empeorar con la aspiración profunda, tos que puede presentar sangrado, taquicardia y sensación de mareo.
Ruptura de embarazo ectópico	Rotura de la trompa de Falopio por causa de un embarazo ectópico	Dolor repentino o dolor punzante en el bajo abdomen, a veces de un lado. Posible dolor en el hombro derecho. Generalmente, en pocas horas, el abdomen se vuelve rígido y la mujer entra en shock.
Reacción alérgica grave al látex	El organismo de una persona tiene una reacción grave al contacto con el látex	Erupción en buena parte del cuerpo, mareos causados por un repentino descenso de la tensión arterial, dificultad respiratoria, pérdida de conocimiento (shock anafiláctico).
Accidente cerebrovascular	Se bloquean o estallan arterias del cerebro, impidiendo el flujo normal de la sangre y llevando a la muerte del tejido cerebral	Repentino entumecimiento o debilidad de cara, brazo o pierna, especialmente de un lado del cuerpo; confusión o dificultad al hablar o para comprender; dificultad para ver con uno o los dos ojos; dificultad para caminar; mareos, pérdida de equilibrio o de la coordinación; cefalea severa sin otra causa conocida. Los signos y síntomas aparecen repentinamente.
Síndrome de shock tóxico	Reacción grave en todo el cuerpo a las toxinas liberadas por las bacterias	Fiebre alta, erupción en el cuerpo, vómitos, diarrea, mareos, dolores musculares. Los signos y síntomas aparecen repentinamente.

Patologías médicas por las cuales el embarazo es especialmente riesgoso

Algunas patologías médicas comunes tornan más riesgoso el embarazo para la salud de la mujer. La eficacia del método anticonceptivo tiene, por tanto, especial importancia. Para ver una comparación de la eficacia de los métodos de planificación familiar, ver Eficacia de los anticonceptivos, p. 318.

La eficacia de algunos métodos depende más de la usuaria que de otros factores. En general, los métodos que requieren un correcto uso con cada acto sexual o abstinencia en los días fértiles son los métodos menos eficaces, tal como son utilizados comúnmente:

- Espermicidas
- Retiro
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad
- Capuchones cervicales
- Diafragmas
- Condones femeninos
- Condones masculinos

Si una mujer relata tener alguna de las patologías comunes enumeradas a continuación:

- Deberá informársele que el embarazo puede ser especialmente riesgoso para su salud y, en algunos casos, para la salud del bebé.
- Durante el asesoramiento, dedique especial atención a la eficacia de los métodos. Las usuarias que estén considerando un método que requiera un correcto uso en cada acto sexual deberían pensar cuidadosamente si lo pueden usar con eficacia.

Infecciones y trastornos del aparato reproductor

- Cáncer de mama
- Cáncer endometrial
- Cáncer de ovario
- Algunas infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidia)
- Algunas infecciones vaginales (vaginosis bacteriana)

Enfermedad cardiovascular

- Hipertensión (tensión arterial sistólica de más de 160 mm Hg o tensión arterial diastólica de más de 100 mm Hg)
- Valvulopatía complicada
- Cardiopatía isquémica (enfermedad cardíaca por estenosis arterial)
- Accidente cerebrovascular

Otras infecciones

- VIH/SIDA (ver Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, Pregunta 9, p. 287)
- Tuberculosis
- Esquistomatosis con fibrosis hepática

Patologías endócrinas

- Diabetes insulino dependiente, con daño a las arterias, riñones, ojos, o sistema nervioso (nefropatía, retinopatía, neuropatía), o de más de 20 años de duración

Anemia

- Anemia falciforme

Patologías gastrointestinales

- Cirrosis hepática grave (descompensada)
- Tumores malignos (cánceres) hepáticos (hepatoma)

APÉNDICE D

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

En la tabla de las siguientes páginas se resumen los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. Estos criterios son la base para las listas de verificación de los Criterios médicos de elegibilidad contenidas en los capítulos I al 19.

Categorías para métodos temporales

Categoría	Con juicio clínico	Con juicio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia	Sí (Use el método)
2	En general, use el método	
3	En general, no se recomienda el método, a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptables	No (No use el método)
4	No use el método	

Nota: En la tabla que comienza en la siguiente página, las patologías de las categorías 3 y 4 se encuentran sombreadas para indicar que no se debe suministrar el método cuando el juicio clínico es limitado.

Para vasectomía, condones masculinos y femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales y método de amenorrea de lactancia, ver p. 333. Para métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, ver p. 334.

Categorías para esterilización femenina

Acepta (A)	No hay razón médica para negar el método a una persona con esta patología y circunstancias.
Precaución (P)	Normalmente se suministra el método en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
Demore (D) o postergue	El uso del método deberá demorarse hasta que la patología sea evaluada y/o corregida. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos.
Especial (E)	El procedimiento debe llevarse a cabo en condiciones en que se disponga de un cirujano y personal experimentado, el equipo necesario para la administración de anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. También es preciso tener la capacidad para decidir el procedimiento y el apoyo anestésico más apropiados. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos si resulta necesario remitir a otro servicio o si se demora por algún motivo.

<input type="checkbox"/>	= Usa el método
<input type="checkbox"/>	= No usa el método
I	= Inicio del método
C	= Continuación del método
<input type="checkbox"/>	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA	= No aplica

Patología

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS										
Embarazo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	D
Edad	Menarca a < 40 años			Menarca a < 18 años				Menarca a < 20 años		Juventud
	1	1	1	1	2	1	—	2	2	P
	≥ 40 años			18 a 45 años				≥ 20 años		
	2	2	2	1	1	1	—	1	1	
				> 45						
			1	2	1	—				
Paridad										
Nulípara (no tuvo partos)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A
Para (tuvo partos)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Lactancia										
< 6 semanas posparto	4	4	4	3 ^a	3 ^a	3 ^a	1	b	b	*
6 semanas a < 6 meses posparto (básicamente amamantando)	3	3	3	1	1	1	1	b	b	A
≥ 6 meses posparto	2	2	2	1	1	1	1	b	b	A
Posparto (no amamantando)										
< 21 días	3	3	3	1	1	1	—	b	b	*
Con otros factores adicionales de riesgo de TEV	3/4 ^{**}	3/4 ^{**}	3/4 ^{**}							
21 a 42 días	2	2	2	1	1	1	—	b	b	
Con otros factores adicionales de riesgo de TEV	2/3 ^{**}	2/3 ^{**}	2/3 ^{**}							
≥ 42 días	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Postaborto										
Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	—	1	1	*
Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	—	2	2	
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	1	—	4	4	

* Para patologías adicionales vinculadas con los anticonceptivos orales de emergencia y la esterilización femenina, ver p. 332.

** Categoría depende del número, la gravedad y la combinación de factores de riesgo de TEV.

^a En condiciones en las que los riesgos de morbilidad y mortalidad en el embarazo son altos y este método es uno de los pocos anticonceptivos ampliamente disponibles, puede hacerse accesible a mujeres en lactancia inmediatamente posparto

^b Uso del DIU posparto: Para el DIU de cobre, la colocación a <48 horas es categoría 1. Para el DIU-LNG, la colocación a <48 horas es categoría 3 para mujeres en lactancia y categoría 1 para mujeres que no están amamantando. Para todas las mujeres y ambos tipos de DIU, la colocación entre 48 horas y <4 semanas es categoría 3; >4 semanas, categoría 1; y sepsis puerperal, categoría 4.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
<input type="checkbox"/> = Usa el método										
<input type="checkbox"/> = No usa el método										
I = Inicio del método										
C = Continuación del método										
<input type="checkbox"/> = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método										
NA = No aplica										
Patología										
Embarazo ectópico pasado	1	1	1	2	1	1	1	1	1	A
Antecedentes de cirugía pélvica	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P*
Fumadora										
Edad < 35 años	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Edad ≥ 35 años										
<15 cigarillos/día	3	2	3	1	1	1	—	1	1	A
≥15 cigarillos/día	4	3	4	1	1	1	—	1	1	A
Obesidad										
≥ 30 kg/m ² índice de masa corporal	2	2	2	1	1 [†]	1	—	1	1	P
Tensión arterial no disponible	NA ^c	NA ^c	NA ^c	NA ^c	NA ^c	NA ^c	—	NA	NA	NA
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR										
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad, mayor, tabaquismo, diabetes e hipertensión)	3/4 ^d	3/4 ^d	3/4 ^d	2	3	2	—	1	2	S
Hipertensión^e										
Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la tensión arterial (incluso hipertensión en embarazo)	3	3	3	2 ^c	2 ^c	2 ^c	—	1	2	NA
Hipertensión adecuadamente controlada, cuando SE PUEDE evaluar la tensión arterial	3	3	3	1	2	1	—	1	1	P
Tensión arterial elevada										
Sistólica 140–159 o diastólica 90–99	3	3	3	1	2	1	—	1	1	P ^f
Sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 ^g	4	4	4	2	3	2	—	1	2	E ^f

^c En condiciones en las que los riesgos de morbilidad y mortalidad del embarazo son altos y este método es uno de los pocos anticonceptivos ampliamente disponibles, no deberá negarse el acceso a la mujer solamente porque no se le puede medir la tensión arterial. (Continúa)

^d Cuando existan múltiples factores mayores de riesgo, cualquiera de los cuales por sí solo podría incrementar considerablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular, el uso del método podría incrementar su riesgo hasta un nivel inaceptable. Sin embargo, no se pretende una simple suma de categorías para múltiples factores de riesgo. Por ejemplo, una combinación de factores asignada a la categoría 2 podría no necesariamente garantizar una categoría superior.

^e Suponiendo que no existen otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, una única lectura de tensión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.

^f Desde la menarquia hasta <18 años de edad, >30 kg/m² el índice de masa corporal es categoría 2 para AMPD, categoría 1 para NET-EN.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestageno solo	Inyectables de progestageno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*			
Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	—	1	2	E			
Antecedentes de hipertensión en el embarazo (donde la tensión arterial actual es mensurable y normal)	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A			
Trombosis venosa profunda (TVP)/ Embolia pulmonar (EP)													
Antecedentes de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A			
TVP/EP y en terapia anticoagulante	4	4	4	2	2	2	*	1	2	E			
TVP/EP aguda	4	4	4	3	3	3	*	1	3	D			
Antecedentes familiares de TVP/EP (parientes de primer grado)	2	2	2	1	1	1	*	1	1	A			
Cirugía mayor													
Con inmovilización prolongada	4	4	4	2	2	2	—	1	2	D			
Sin inmovilización prolongada	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A			
Cirugía menor sin inmovilización prolongada	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A			
Mutaciones trombogénicas conocidas (ej. Factor V Leiden, Mutación de protrombina; Deficiencias de Proteína S, Proteína C y de antitrombinas) [§]	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A			
Trombosis venosa superficial													
Venas varicosas	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A			
Trombosis superficial	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A			
Cardiopatía isquémica[§]				I	C		I	C		I	C		
Actual	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2	3	D
Antecedentes de													P
Accidente CV (antecedentes de accidente cerebrovascular) [§]	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2		P
Hiperlipidemias conocidas	2/3 ^h	2/3 ^h	2/3 ^h	2	2	2	—	1	2				A

^f La tensión arterial elevada debería controlarse antes del procedimiento y monitorearse durante el mismo.

[§] Esta patología puede hacer del embarazo un riesgo inaceptable para la salud. La mujer deberá ser advertida que debido a las tasas de embarazo relativamente más altas, del modo que son utilizados comúnmente, los espermicidas, retiro, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, capuchones cervicales, diafragmas, o condones masculinos o femeninos pueden no ser la opción más apropiada.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestageno solo	Inyectables de progestageno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*							
<input type="checkbox"/> = Usa el método																	
<input type="checkbox"/> = No usa el método																	
I = Inicio del método																	
C = Continuación del método																	
<input type="checkbox"/> = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método																	
NA = No aplica																	
Patología																	
Valvulopatía																	
No complicada	2	2	2	1	1	1	—	1	1	P ⁱ							
Complicada ^{††}	4	4	4	1	1	1	—	2 ⁱ	2 ⁱ	E*							
Lupus eritematoso sistémico					I C			I C									
Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	4	4	4	3	3	3	—	I	I	3	E						
Trombocitopenia grave	2	2	2	2	3	2	2	—	3	2	2	E					
Tratamiento inmunosupresor	2	2	2	2	2	2	2	—	2	I	2	E					
Ninguna de las anteriores	2	2	2	2	2	2	2		I	I	2	P					
PATOLOGÍA NEUROLÓGICA																	
Cefaleas^j	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C							
No migrañosas (leves o muy intensas)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	A
Migraña														2			
Sin aura	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C	I C					
Edad < 35	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	—	1	2	2	A
Edad ≥ 35	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	—	1	2	2	A
Con aura a cualquier edad	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	—	1	2	3	A
Epilepsia	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	—	1	1	1	1	—	1	1	1	P
TRASTORNOS DEPRESIVOS																	
Trastornos depresivos	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	—	1	1 ^l	1 ^l	1 ^l	—	1	1 ^l	1 ^l	P
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTOR																	
Patrones de sangrado vaginal																	I C
Patrón irregular sin sangrado profuso	1	1	1	1	2	2	2	—	1	1	1	1	—	1	1	1	A
Sangrado profuso o prolongado (incluso patrones regulares e irregulares)	1	1	1	1	2	2	2	—	2	1	2	2	—	2	1	2	A
Sangrado vaginal inexplicado (sospechoso de una afección grave), antes de la evaluación	2	2	2	2	2	3	3	—		I C	I C	I C	I C				D
									4	2	4	2					
Endometriosis	1	1	1	1	1	1	1	—	2	1	1	1	—	2	1	1	E

^{††} Hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda (Continúa)
^h Evaluar según el tipo y gravedad de la hiperlipidemia y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.
ⁱ Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos antes de administrar el método.
^j Categoría para mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular.
^k Si está tomando anticonvulsivantes, referirse a la sección sobre interacciones medicamentosas, p. 331.
^l Ciertos medicamentos pueden interactuar con el método, y reducir su eficacia.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestageno solo	Inyectables de progestageno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*		
<input type="checkbox"/> = Usa el método												
<input type="checkbox"/> = No usa el método												
I = Inicio del método												
C = Continuación del método												
<input type="checkbox"/> = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método												
NA = No aplica												
Patología												
Tumores benignos de ovario (incluidos los quistes)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
Dismenorrea grave	1	1	1	1	1	1	—	2	1	A		
Enfermedad trofoblástica												
Regresión de β -hCG	1	1	1	1	1	1	—	3	3	A		
Elevación de β -hCG [§]	1	1	1	1	1	1	—	4	4	D		
Ectropion cervical	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
Neoplasia intraepitelial cervical (CIN)	2	2	2	1	2	2	—	1	2	A		
Cáncer cervical (tratamiento en espera)	2	2	2	1	2	2	—	I 4	C 2	I 4	C 2	D
Enfermedad mamaria												
Tumoración no diagnosticada	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A		
Enfermedad mamaria benigna	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
Antecedente familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
Cáncer de mama												
En curso [§]	4	4	4	4	4	4	—	1	4	P		
Pasado, sin evidencia de enfermedad durante un mínimo de 5 años	3	3	3	3	3	3	—	1	3	A		
Cáncer endometrial [§]	1	1	1	1	1	1	—	I 4	C 2	I 4	C 2	D
Cáncer de ovario [§]	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	D
Fibroma uterino												
Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P		
Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	—	4	4	P		
Anomalías anatómicas												
Cavidad uterina alterada	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—		
Otras anomalías sin distorsión de la cavidad uterina ni interferencia con la colocación del DIU (como estenosis cervical o laceraciones)	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—		

[§] Esta patología puede hacer del embarazo un riesgo inaceptable para la salud. La mujer deberá ser advertida que debido a las tasas de embarazo relativamente más altas, del modo que son utilizados comúnmente, los espermicidas, retiro, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, capuchones cervicales, diafragmas, o condones masculinos o femeninos pueden no ser la opción más apropiada.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestageno solo	Inyectables de progestageno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*		
<input type="checkbox"/> = Usa el método												
<input type="checkbox"/> = No usa el método												
I = Inicio del método												
C = Continuación del método												
<input type="checkbox"/> = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método												
NA = No aplica												
Patología												
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)												
EPI pasada (se supone que no hay factores de riesgo para ITS)								I	C	I	C	
Con embarazo posteriormente	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A
Sin subsiguiente embarazo	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	P
EPI en curso	1	1	1	1	1	1	—	4	2 ^m	4	2 ^m	D
Infecciones de transmisión sexual (ITS)[§]												
Cervicitis purulenta, clamidia, o gonorrea en curso	1	1	1	1	1	1	—	4	2	4	2	D
Otras ITS (salvo VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Vaginitis (incluidas tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Riesgo incrementado de ITS	1	1	1	1	1	1	—	2/ 3 ⁿ	2	2/ 3 ⁿ	2	A
VIH/SIDA[§]												
Riesgo alto de VIH	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Infectada por VIH	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
SIDA	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	E ^o
Tratada con NRTI	1	1	1	1	1	1	—	2/ 3 ^p	2	2/ 3 ^p	2	—
Tratada con NNRTI	2	2	2	2	AMPD I NET- EN 2	2	—	2/ 3 ^p	2	2/ 3 ^p	2	—
Tratada con inhibidores de proteasa con ritonavir	3	3	3	3	AMPD I NET- EN 2	2	—	2/ 3 ^p	2	2/ 3 ^p	2	—

(Continúa)

^mTrate la EPI usando antibióticos apropiados. En general no hay necesidad de extraer el DIU si la paciente desea seguir usándolo.

ⁿLa patología es categoría 3 si la mujer tiene una muy alta probabilidad individual de exposición a gonorrea o clamidia.

^oLa presencia de una enfermedad conexas con el SIDA puede requerir una postergación del procedimiento.

^pEl SIDA es categoría 2 para la colocación para los que están bien en su terapia antirretroviral; de no ser así es categoría 3 para la colocación.

^qSi la glicemia no está bien controlada, se recomienda remitir a un servicio de nivel superior.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestageno solo	Inyectables de progestageno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
<input type="checkbox"/>	= Usa el método									
<input type="checkbox"/>	= No usa el método									
I	= Inicio del método									
C	= Continuación del método									
<input type="checkbox"/>	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método									
	NA = No aplica									
Patología										
OTRAS INFECCIONES										
Esquistosomiasis										
Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Fibrosis hepática (si es grave, ver cirrosis en página siguiente) ^g	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P
Tuberculosis^g										
No pélvica	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1
Pélvica conocida	1	1	1	1	1	1	—	4	3	4
Malaria	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
PATOLOGIAS ENDOCRINAS										
Diabetes										
Antecedentes de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A ^q
Diabetes no vascular										
No insulino dependiente	2	2	2	2	2	2	—	1	2	P ^{i,q}
Insulino dependiente ^g	2	2	2	2	2	2	—	1	2	P ^{i,q}
Con daño en riñones, ojos, o sistema nervioso ^g	3/4 ^r	3/4 ^r	3/4 ^r	2	3	2	—	1	2	E
Otra patología vascular o diabetes de >20 años de duración n ^g	3/4 ^r	3/4 ^r	3/4 ^r	2	3	2	—	1	2	E
Trastornos de tiroides										
Bocio simple	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	—	1	1	E
Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P
PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES										
Patología de vesícula										
Sintomática										
Tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Tratamiento médico	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A

^r Evaluar según la gravedad de la patología.

^g En mujeres con hepatitis viral sintomática, postergue este método hasta que el hígado restablezca su funcionamiento normal o 3 meses después de que la mujer se torne asintomática, lo que ocurra primero.

^q Debe evaluarse la función hepática.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestageno solo	Inyectables de progestageno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
<input type="checkbox"/> = Usa el método										
<input type="checkbox"/> = No usa el método										
I = Inicio del método										
C = Continuación del método										
<input type="checkbox"/> = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método										
NA = No aplica										
Patología										
En curso	3	2	3	2	2	2	—	1	2	D
Asintomática	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Antecedentes de colestasis										
Vinculada al embarazo	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Relacionada con anticonceptivos orales combinados en el pasado	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
Hepatitis viral	I C I C I C									
Aguda o activa	3/4 ^r	2	3	2	3/4 ^r	2	1	1	1	D
Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A
Crónica	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Cirrosis										
Leve (compensada)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Grave (descompensada) [§]	4	3	4	3	3	3	—	1	3	E ^c
Tumores hepáticos										
Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Adenoma hepatocelular	4	3	4	3	3	3	—	1	3	P ^c
Maligno (hepatoma) [§]	4	3/4	4	3	3	3	—	1	3	P ^c
ANEMIAS										
Talasemia	1	1	1	1	1	1	—	2	1	P
Anemia falciforme [§]	2	2	2	1	1	1	—	2	1	P
Anemia por deficiencia de hierro	1	1	1	1	1	1	—	2	1	D/P ^u
INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS										
Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3 ^l	2	3 ^l	3 ^l	AMPD I NET- EN 2	2 ^l	—	1	1	—
Lamotrigina	3 [§]	3 [§]	3 [§]	1	1	1	—	1	1	—
Terapia antimicrobiana										
Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—
Antibióticos y antiparasíticos	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—
Rifampicina y rifabutina	3 ^l	2	3 ^l	3 ^l	AMPD I NET- EN 2	2	—	1	1	—

Patología	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestageno solo	Inyectables de progestageno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*		
	2 ¹	2 ¹	2 ¹	2 ¹	2 ¹	2 ¹	—	I C	I C	—		
Terapia antirretroviral	2 ¹	2 ¹	2 ¹	2 ¹	2 ¹	2 ¹	—	2/3 ^P	2	2/3 ^P	2	—

§ Los métodos hormonales combinados podrían disminuir la eficacia de la lamotrigina.

¹ Para hemoglobina < 7 g/dl, postergar. Para la hemoglobina ≥ 7 to < 10 g/dl, cautela.

Patologías y condiciones adicionales vinculadas con los anticonceptivos de emergencia:

Categoría 1: Uso repetido; violación.

Categoría 2: Antecedentes de complicaciones cardiovasculares graves (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, u otras patologías tromboembólicas y angina de pecho).

Patologías adicionales vinculadas con esterilización femenina:

Cautela: Hernia diafragmática; nefropatía; deficiencias nutricionales graves; cirugía abdominal o pélvica previa; concomitante con cirugía de elección.

Demora: Infección de piel abdominal; enfermedad respiratoria aguda (bronquitis, neumonía); infección sistémica o gastroenteritis; cirugía de emergencia (sin asesoramiento previo); cirugía por una patología infecciosa; ciertas patologías posparto (7 a 41 días después del parto); eclampsia/preeclampsia grave; ruptura prolongada de membranas (24 horas o más); fiebre durante o inmediatamente después del parto; sepsis posterior al parto; hemorragia grave; trauma grave en el tracto genital; desgarramiento cervical o vaginal al momento del parto); ciertas afecciones postaborto (sepsis, fiebre, o hemorragia grave; trauma severo en el tracto genital; desgarramiento cervical o vaginal al momento del aborto; hematometra aguda); endocarditis bacteriana subaguda; fibrilación auricular no controlada.

Preparativos especiales: Trastornos coagulatorios; asma crónica, bronquitis, enfisema, o infección pulmonar; útero fijo debido a cirugía previa o infección; hernia umbilical o de la pared abdominal; ruptura o perforación uterina posparto; perforación uterina postaborto.

Patologías y condiciones vinculadas con la vasectomía:

Sin consideraciones especiales: Alto riesgo de VIH, infectada con VIH, enfermedad falciforme.

Cautela: Juventud; trastornos depresivos; diabetes; herida escrotal previa; varicocele o hidrocele de gran tamaño; criptorquidia (puede requerir remisión); *lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos); lupus y está recibiendo tratamiento inmunosupresor.*

Demora: ITS activa (salvo VIH y hepatitis); infección de la piel escrotal; balanitis; epididimitis u orquitis; infección sistémica o gastroenteritis; filariasis; elefantiasis; tumoración intraescrotal.

Preparativos especiales: SIDA (enfermedades vinculadas con el SIDA pueden requerir postergación); trastornos de la coagulación; hernia inguinal; lupus y trombocitopenia grave.

Patologías vinculadas con los condones masculinos o femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales y el método de amenorrea de lactancia (MELA):

Todas las otras patologías enumeradas en las páginas previas que no aparecen aquí son una categoría I o No corresponden para condones masculinos y femeninos, espermicidas, diafragmas, y capuchones cervicales y no enumeradas en los Criterios médicos de elegibilidad para el método de amenorrea de lactancia.

Patología	Condomes masculinos y femeninos	Espermicidas	Diafragmas	Capuchones cervicales	Método de amenorrea de lactancia ^{††}
<input type="checkbox"/> = Usa el método					
<input type="checkbox"/> = No usa el método					
<input type="checkbox"/> = Patología no enumerada. No afecta la elegibilidad para el método					
NA = No aplica					
ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS					
Paridad					
Nulípara (no tuvo partos)	1	1	1	1	—
Para (tuvo partos)	1	1	2	2	—
< 6 semanas posparto	1	1	NA ^v	NA ^v	—
PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR					
Valvulopatía complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda) [§]	1	1	2	2	—
TRASTORNOS E INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTIVO					
Neoplasia intraepitelial cervical	1	1	1	4	—
Cáncer cervical	1	2	1	4	—
Anomalías anatómicas	1	1	NA ^w	NA ^x	—
VIH / SIDA[§]					
Riesgo alto de VIH	1	4	4	4	—
Infectada con VIH	1	3	3	3	P ^y
SIDA	1	3	3	3	P ^y
OTRAS					
Antecedentes de síndrome de shock tóxico	1	1	3	3	—
Infección de las vías urinarias	1	1	2	2	—
Alergia al látex ^z	3	1	3	3	—

(Continúa)

^z No es aplicable a condones, diafragmas y capuchones cervicales de plástico.

^v Espere para ajustar/usar hasta que la involución uterina esté completa.

^w El diafragma no se puede utilizar en ciertos casos de prolapso uterino.

^x El uso del capuchón no es apropiado para una paciente con una anatomía cervical muy distorsionada.

^y Cautela: Las mujeres con VIH o SIDA deben recibir terapia ARV correspondiente y alimentar a su bebé con lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé, introducir alimentos suplementarios adecuados a los 6 meses y continuar amamantando hasta concluidos los primeros 12 meses.

Patologías adicionales vinculadas al método de amenorrea de lactancia:

Medicamento usado durante la lactancia: Para proteger la salud del bebé, no se recomienda la lactancia para mujeres que utilizan medicamentos tales como anti-metabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, corticosteroides (dosis altas), ciclosporina, ergotamina, litio, medicamentos que alteran el humor, medicamentos radioactivos y reserpina.

Patologías que afectan al recién nacido y pueden dificultar la lactancia: Deformidades congénitas de la boca, mandíbula, o paladar; recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros y que requieren cuidados intensivos y algunos trastornos metabólicos.

Patologías vinculadas a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

<input type="checkbox"/> A = Acepta <input type="checkbox"/> C = Cautela <input type="checkbox"/> D = Demora	Métodos basados en los síntomas	Métodos basados en el calendario
Patología		
Edad: post menarca o perimenopausia	C	C
Amamantando < 6 semanas posparto	D	D ^{aa}
Amamantando 6 semanas posparto	C ^{bb}	D ^{bb}
Posparto, no amamantando	D ^{cc}	D ^{aa}
Postaborto	C	D ^{dd}
Sangrado vaginal irregular	D	D
Flujo vaginal	D	A
Toma medicamentos que afectan la regularidad del ciclo, hormonas y/o signos de fertilidad	D/C ^{ee}	D/C ^{ee}
Enfermedades que elevan la temperatura corporal		
Aguda	D	A
Crónica	C	A

^{aa} Postergue hasta que la mujer tenga 3 ciclos menstruales regulares.

^{bb} Cautela tras el retorno de sangrado menstrual o secreciones normales (en general por lo menos 6 semanas después del parto).

^{cc} Postergue hasta que se restablezcan la menstruación o las secreciones normales (en general < 4 semanas posparto).

^{dd} Postergue hasta que la mujer tenga un ciclo menstrual regular.

^{ee} Postergue hasta que se determine el efecto del medicamento, luego use cautela.

Glosario

Aborto espontáneo Ver **pérdida de embarazo**.

Aborto séptico Aborto inducido o **espontáneo** que implica infección.

Absceso Acúmulo de **pus** rodeado de inflamación, provocado por una infección bacteriana y acompañado de dolor persistente.

Accidente cerebro vascular Ver Accidente cerebro vascular, Apéndice B, p. 320.

Alergia al látex Reacción que presenta el organismo al contacto con el látex, incluyendo persistencia o recurrencia de rubor, prurito o hinchazón. En casos extremos puede llevar al choque o shock anafiláctico (ver Reacción alérgica grave al látex, Apéndice B, p. 320).

Amenorrea Ver **sangrado vaginal**.

Anemia Condición en la que el cuerpo carece de la **hemoglobina** adecuada, habitualmente a causa de una deficiencia de hierro o una pérdida excesiva de sangre. Como resultado, los tejidos no reciben el oxígeno adecuado.

Anemia falciforme, enfermedad falciforme Forma hereditaria y crónica de **anemia**. Los glóbulos adoptan una forma anormal con aspecto de hoz o media luna, al faltarles oxígeno.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) Clase de medicamentos usados para reducir el dolor, la fiebre y la hinchazón.

Ataque al corazón Ver Ataque cardíaco, Apéndice B, p. 319. Ver también **enfermedad cardíaca isquémica**.

Aura Ver **aura migrañosa**.

Aura migrañosa Trastorno del sistema nervioso que afecta la vista y algunas veces el tacto y el habla (ver Identificación de cefaleas y auras migrañosas, p. 368).

Balanitis Inflamación de la punta del **pene**.

Bocio Agrandamiento no canceroso de la tiroides.

Cáncer cervical Proliferación maligna (cancerosa) que aparece en el **cérvix**, habitualmente debida a una infección persistente con ciertos tipos de **virus del papiloma humano (VPH)**.

Cáncer de mama Crecimiento maligno (canceroso) que crece en tejido mamario.

Cáncer endometrial Proliferación maligna (cancerosa) del revestimiento del **útero**.

Candidiasis Infección vaginal común provocada por un hongo del tipo de las levaduras. Se le conoce también como infección por levadura o muguet. No es una infección de transmisión sexual.

Cardiopatía isquémica, isquemia La isquemia es la condición producida por un flujo sanguíneo reducido a los tejidos. Cuando este flujo reducido es en las arterias del corazón, da lugar a una cardiopatía isquémica.

Cefalea migrañosa Tipo de cefalea severa y recurrente (ver Identificación de cefaleas y auras migrañosas, p. 368).

Cervicitis Ver **cervicitis purulenta**.

Cervicitis purulenta Inflamación del **cérvix** que se acompaña de una secreción con aspecto **purulento**. A menudo indica infección con gonorrea o clamidia.

Cérvix Porción inferior del **útero** que se extiende hasta la parte superior de la **vagina** (ver Anatomía Femenina, p. 364).

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

Ciclo menstrual Serie repetida de modificaciones en los **ovarios** y **endometrio** entre las que se incluyen **ovulación** y **sangrado menstrual**. La mayoría de las mujeres tienen ciclos que duran entre 24 y 35 días cada uno (ver El ciclo menstrual, p. 366).

Cirrosis (del hígado) Ver Trastornos hepáticos, Apéndice B, p. 320.

Clamidia **Infección de transmisión sexual** provocada por una bacteria. De no ser tratada puede producir infertilidad.

Coito Ver **sexo**.

Colecistectomía Extirpación quirúrgica de la vesícula.

Colestasis Reducción del flujo de la bilis secretada por el hígado.

Conductos deferentes 2 tubos musculares que transportan **espermatozoides** desde los **testículos** a las **vesículas seminales**. Estos conductos se seccionan o se bloquean durante la vasectomía (ver Anatomía masculina, p. 367).

Cordón espermático Cordón que consiste en los **conductos deferentes**, arterias, venas, nervios y vasos linfáticos que pasan de la ingle hacia abajo, a la parte posterior de cada **testículo** (ver Anatomía masculina, p. 367).

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

Densidad ósea Medida de la densidad y fortaleza de un hueso. Cuando el hueso antiguo se degrada con una velocidad mayor a la velocidad en la que se forma hueso nuevo, los huesos se hacen menos densos, aumentando el riesgo de fracturas.

Depresión Afección mental habitualmente caracterizada por melancolía, desesperanza y algunas veces cansancio o agitación extremos.

Descontaminar (equipo médico) Eliminar los gérmenes infecciosos de los instrumentos, guantes y otros objetos para hacerlos más seguros para la gente que los limpia.

Desinfección Ver **desinfección de alto nivel**.

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

Eclampsia Patología de fines del embarazo, trabajo de parto y el período inmediatamente previo al parto, caracterizado por convulsiones. En casos graves, a veces va seguido de coma y muerte.

Ectropion cervical Afección no grave en la que las células productoras de mucus presentes en el canal cervical comienzan a proliferar en el área que rodea el orificio del **cérvix**.

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

Elefantiasis Hinchazón y endurecimiento a menudo extremos de la piel y tejido inmediatamente por debajo de ésta, especialmente de las piernas y **escroto**, por obstrucción del sistema linfático (ver **filariasis**).

Embarazo ectópico Ver Embarazo ectópico, Apéndice B, p. 319.

Embolia pulmonar Ver Embolia pulmonar, Apéndice B, p. 320.

Embrión Producto de la fertilización de un **óvulo** por parte de un **espermatozoide** en el transcurso de las primeras 8 semanas de desarrollo.

Endocarditis bacteriana Infección que ocurre cuando bacterias presentes en el torrente sanguíneo colonizan tejidos o válvulas cardíacas.

Endometrio Membrana que recubre la superficie interna del **útero**. Se engrosa y se descama una vez al mes, provocando el **sangrado mensual**. Durante el embarazo, este revestimiento no se descama, sino que sufre modificaciones y produce hormonas, ayudando a dar soporte al embarazo (ver Anatomía femenina, p. 364).

Endometriosis Patología en la que el tejido del **endometrio** crece fuera del **útero**. El tejido puede adherirse a los órganos reproductores o a otros órganos de la cavidad abdominal. Puede producir dolor pélvico y alterar la fertilidad.

Enfermedad benigna de mama Crecimiento de tejido mamario anormal pero no canceroso.

Enfermedad cardiovascular Toda enfermedad del corazón, vasos sanguíneos o circulación sanguínea.

Enfermedad cerebrovascular Toda enfermedad de los vasos sanguíneos del cerebro.

Enfermedades de la vesícula Condiciones que afectan la vesícula, un saco ubicado bajo el hígado, que almacena la bilis necesaria para la digestión de las grasas. Pueden incluir inflamación, infección, u obstrucción, cáncer de vesícula, o cálculos vesiculares (cuando los componentes de la bilis se solidifican dentro del órgano).

Enfermedad hepática Incluye tumores, **hepatitis y cirrosis**.

Enfermedad pélvica inflamatoria Ver Enfermedad pélvica inflamatoria, Apéndice B, p. 320.

Enfermedad tiroidea Cualquier enfermedad de la tiroides (ver **hipertiroidismo, hipotiroidismo**).

Enfermedad trofoblástica Ver **enfermedad trofoblástica gestacional**.

Enfermedad trofoblástica gestacional Enfermedad que se presenta durante el embarazo y que incluye proliferación celular anormal del trofoblasto, la capa más externa de las células del **embrión en desarrollo**, que se transforma en la **placenta**.

Enfermedad vascular Cualquier enfermedad de los vasos sanguíneos.

Epidídimo Conducto espiralado pegado a los **testículos** y apoyado sobre ellos. Los **espermatozoides** en desarrollo llegan a la madurez y adquieren la capacidad de nadar dentro del conducto. Los espermatozoides maduros abandonan el epidídimo a través de los **conductos deferentes** (ver Anatomía masculina, p. 367).

Epididimitis Inflamación del **epidídimo**.

Epilepsia Trastorno crónico provocado por una función alterada del cerebro. Puede implicar convulsiones.

Escroto Bolsa de piel detrás del **pene** que contiene los **testículos** (ver Anatomía masculina, p. 367).

Espéculo Instrumento médico utilizado para ampliar un orificio en el cuerpo para ver mejor hacia adentro. Se introduce un espéculo en la vagina para ayudar a ver el **cérvix**.

Espermatozoide Célula sexual masculina. Los espermatozoides se producen en los **testículos** de un hombre adulto y se mezclan con **semen** en las **vesículas seminales**; son liberados durante la **eyaculación** (ver Anatomía masculina, p. 367).

Esquistosomiasis Enfermedad parasitaria causada por una tenia que habita como huésped en un caracol. Los individuos se infectan al caminar o bañarse en agua contaminada con larvas de los caracoles infectados.

Estenosis cervical El orificio cervical es más estrecho que lo normal.

Esterilización (equipos médicos) Destrucción de todos los gérmenes, incluso las esporas que no han sido eliminadas por **desinfección de alto nivel**.

Estrógeno Hormona responsable del desarrollo sexual femenino. Los estrógenos naturales, especialmente la **hormona** estradiol, son secretados por un **foliculo** ovárico maduro que rodea al **óvulo**. Asimismo, hay un grupo de medicamentos sintéticos que tienen efectos similares a los del estrógeno natural; algunos se utilizan como componentes de anticonceptivos hormonales.

Expulsión Cuando se produce la salida completa o parcial de su lugar de un implante anticonceptivo o dispositivo intrauterino.

Eyaculación La salida de **semen** del **pene** en el momento del orgasmo masculino.

Fertilización Unión de un **óvulo** con un **espermatozoide**.

Feto El producto de la **fertilización** desde el fin de la 8a semana del embarazo hasta el nacimiento (ver embrión).

Fibrilación auricular Trastorno del ritmo cardíaco en el que las cámaras cardíacas superiores o aurículas se contraen de manera anormal o desorganizada.

Fibroma Ver **fibroma uterino**.

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

Fibrosis Formación excesiva de tejido fibroso, como reacción a un daño tisular.

Filariasis Enfermedad parasitaria crónica provocada por gusanos (filaria). Puede llevar a inflamación y taponamiento de los conductos del sistema linfático y **elefantiasis**.

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

Gastroenteritis Inflamación del estómago e intestino.

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

Hematocrito Porcentaje de glóbulos rojos en la sangre total. Se utiliza como medida de **anemia**.

Hematoma Moretón, equimosis o área de decoloración de la piel provocada por la ruptura de vasos sanguíneos debajo de la piel.

Hematometra Acúmulo de sangre en el **útero**, que puede ocurrir luego de un aborto espontáneo o inducido.

Hemoglobina El material de los glóbulos rojos que contiene hierro y transporta oxígeno de los pulmones a los tejidos del organismo.

Hepatitis Ver Trastornos hepáticos, Apéndice B, p. 320.

Hernia Proyección de un órgano, parte de un órgano, o cualquier estructura corporal que atraviesa la pared que la contiene normalmente.

Hernia inguinal **hernia** en la ingle.

Herpes Ver **herpes genital**.

Herpes genital Enfermedad provocada por un virus que se contagia por contacto sexual.

Hidrocele Colección de líquido en una cavidad del organismo, especialmente en los **testículos** o a lo largo del **conducto espermático** (ver Anatomía masculina, p. 367).

Hiperlipidemia Niveles elevados de grasas en la sangre, que aumentan el riesgo de cardiopatía.

Hipertensión **Tensión arterial** más alta que lo normal; 140 mm Hg o más (sistólica) o 90 mm Hg o más (diastólica).

Hipertensión pulmonar **Hipertensión** continua de la arteria pulmonar que impide el flujo de sangre del corazón a los pulmones.

Hipertiroidismo Producción excesiva de **hormonas tiroideas**.

Hipotiroidismo Producción insuficiente de **hormonas tiroideas**.

Hormona Sustancia química que se forma en un órgano o parte del cuerpo y que es transportada a otro órgano o parte, donde actúa por acción química. Además, sustancias químicas elaboradas para funcionar como hormonas.

Ictericia Color amarillento anormal de la piel y ojos. Habitualmente es un síntoma de **enfermedad hepática**.

Implantación Anidación del **embrión** en el **endometrio** del **útero**, donde se pone en contacto con el aporte sanguíneo de la mujer para nutrirse.

Infeción de transmisión sexual (ITS) Cualquier grupo de infecciones bacterianas, micóticas, virales y parasitarias transmitidas durante la actividad sexual.

Infeción por levaduras Ver **candidiasis**.

Infertilidad Incapacidad de una pareja para producir hijos vivos.

Ingurgitación (ingurgitación mamaria) Condición que ocurre durante la lactancia, cuando se acumula en las mamas más leche que la que consume el lactante. Puede hacer que las mamas queden pletóricas, duras, dolorosas y calientes. Se puede evitar (o aliviar) dando pecho a menudo y a demanda.

Labios Labios mayores y menores de la **vagina**, que protegen a los órganos internos femeninos (ver Anatomía femenina, p. 365).

Laceración Herida o excoiación de la carne en cualquier lugar del cuerpo, incluido el **cérvix** y la **vagina**.

Laceración cervical Ver **laceración**.

Lactancia Alimentación de un lactante con leche producida por las mamas (ver también Método de amenorrea de la lactancia, p. 257). Los patrones de lactancia incluyen:

Lactancia exclusiva El lactante recibe solo leche de pecho sin ningún complemento de ningún tipo—ni siquiera agua—excepto tal vez por el agregado de vitaminas, minerales, o medicamentos.

Lactancia exclusiva El lactante recibe leche casi exclusivamente, pero también agua, jugo, vitaminas, o rara vez otros nutrientes.

Lactancia casi exclusiva Se le da al lactante algo de líquido o alimentos además de la leche de pecho, pero la leche de pecho constituye más de tres cuartas partes de la alimentación.

Lactancia parcial Cualquier alimentación a pecho menor a lactancia casi exclusiva, dando al lactante más complemento con otros líquidos o alimentos. Menos de tres cuartas partes de las comidas son mamadas.

Laparoscopia Procedimiento realizado con un laparoscopio.

Laparoscopio Dispositivo que consta de un tubo con lentes para ver el interior de un órgano o cavidad corporal. Se utiliza para diagnóstico y en algunos procedimientos de esterilización femenina.

Lesión Área alterada o patológica de la piel u otro tejido del organismo.

Mancha de sangre Ver **sangrado vaginal**.

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

Medidas preventivas Acciones adoptadas para evitar una enfermedad, como lavado de manos o suministro de medicamentos u otros tratamientos.

Membrana mucosa Membrana que recubre los pasajes y cavidades en el cuerpo que entran en contacto con el aire.

Menarca Comienzo de los ciclos de **sangrado mensual**. Ocurre durante la pubertad, luego que las niñas comienzan a producir **estrógeno** y **progesterona**.

Menopausia Período durante la vida de una mujer en la que los sangrados menstruales se interrumpen de manera permanente. Tiene lugar cuando los **ovarios** de una mujer dejan de producir óvulos. Se considera que una mujer está menopáusica cuando no ha sangrado durante 12 meses.

Menstruación, período menstrual, menstruación Ver **sangrado mensual**.

Método de respaldo Método anticonceptivo que se usa cuando se cometen errores con el uso de un método sostenido de anticoncepción, o para ayudar a asegurar que la mujer no quede embarazada cuando recién comienza a usar un método anticonceptivo. Incluye abstinencia, condones masculinos y femeninos, espermicidas y retiro.

Metrorragia Ver **sangrado vaginal**.

Minilaparotomía Técnica de esterilización femenina mediante la cual se accede a las **trompas de Falopio** por una pequeña incisión en el abdomen, a través de la cual se ligan y seccionan.

Mucus cervical Líquido espeso que taponea el orificio del **cérvix**. Casi siempre es suficientemente espeso como para evitar que los **espermatozoides** entren al **útero**. Sin embargo, en el medio del **ciclo menstrual**, el mucus se hace acuoso y menos espeso y los espermatozoides pueden pasar más fácilmente.

Mucus vaginal Fluido secretado por glándulas en la **vagina**.

Muguet Ver **candidiasis**.

Mutaciones trombogénicas Cualquiera de varios trastornos genéticos que provocan engrosamiento anormal o coagulación de la sangre.

Nefropatía Enfermedad renal que incluye daño a los pequeños vasos en los riñones, provocados por una diabetes de larga data.

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) Células anormales, precanceros en el **cérvix**. Las formas leves desaparecen por sí solas, pero de no ser tratadas, las anomalías más graves avanzan hasta transformarse en un **cáncer cervical**. También recibe el nombre de displasia cervical o lesión precancerosa.

Neuropatía Enfermedad del sistema nervioso, que incluye degeneración nerviosa debida a daño a los pequeños vasos del sistema nervioso, provocados por una diabetes de larga data.

Orquitis Inflamación de un **testículo** (ver Anatomía masculina, p. 367).

Ovarios Par de glándulas sexuales femeninas que almacenan y liberan óvulo (ver **óvulo**) y producen las **hormonas sexuales estrógeno y progesterona** (ver Anatomía femenina, p. 364).

Ovulación Liberación de un **óvulo** de un **ovario**.

Óvulo Célula reproductora que compone el huevo, producida por los **ovarios**.

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

Pelvis Estructura esquelética ubicada en la parte inferior del torso humano, que reposa sobre las piernas y da soporte a la columna. En las mujeres también se refiere a la parte hueca de la estructura pélvica ósea a través de la cual pasa el **feto** durante el parto.

Pene Órgano masculino para orinar y el acto sexual (ver Anatomía masculina, p. 367).

Pérdida de embarazo Pérdida espontánea del embarazo en el transcurso de las primeras 20 semanas.

Perforación Orificio en la pared de un órgano o el proceso de hacer el orificio, como con un instrumento médico.

Perforación uterina Perforación de la pared del **útero**, que puede ocurrir durante un aborto inducido o al insertar un dispositivo intrauterino.

Placenta Órgano que nutre al **feto** en crecimiento. La placenta se forma durante el embarazo y es expulsada del **útero** a los pocos minutos del nacimiento del bebé.

Posparto Después del parto; las primeras 6 semanas siguientes al parto.

Preeclampsia Hipertensión con exceso de proteína en la orina, o inflamación local o generalizada, o ambos (pero sin convulsiones) tras 20 semanas de embarazo. Puede avanzar a **eclampsia**.

Prepucio Capucha de piel que cubre la punta del **pene** (ver Anatomía masculina, p. 367)

Profilaxis Ver **medidas preventivas**.

Progesterona Hormona esteroidea producida por el **ovario** tras la **ovulación**. Prepara el **endometrio** para la **implantación** de un óvulo fertilizado, protege el **embrión**, promueve el desarrollo de la **placenta** y ayuda a preparar las mamas para la **lactancia**.

Progestágeno Cualquiera de un gran grupo de medicamentos sintéticos que tienen efectos similares a los de la **progesterona**. Algunos son utilizados en los anticonceptivos hormonales.

Próstata Órgano reproductor masculino donde se produce parte del **semen** (ver Anatomía masculina, p. 367).

Protección doble Evita tanto embarazo como **infecciones de transmisión sexual**.

Pus Líquido blanco-amarillento que se forma en tejido infectado.

Quiste de ovario Saco lleno de líquido que se desarrolla en el **ovario** o en su superficie. Por lo general, desaparece por sí solo, pero puede romperse y provocar dolor y complicaciones.

Retinopatía Enfermedad de la retina (tejido nervioso que reviste la parte posterior del ojo), que incluye daño a los vasos sanguíneos pequeños de la retina, a causa de una diabetes de larga data.

Rotura de embarazo ectópico Ver Ruptura de embarazo ectópico, Apéndice B, p. 320.

Rotura prolongada de membranas Ocurre cuando se rompe el saco lleno de líquido que rodea el feto en la mujer embarazada 24 horas o más antes del nacimiento del bebé.

Rotura uterina Desgarro del **útero**, que tiene lugar habitualmente durante el trabajo de parto o el embarazo tardío.

Sangrado vaginal Secreción vaginal sanguinolenta (rosada, roja o marrón) que requiere el uso de protección sanitaria (paños, apósitos, o tampones). Entre los diversos patrones de sangrado vaginal se incluyen:

Amenorrea No hay nada de sangrado en los momentos en los que se espera el sangrado.

Mancha de sangre Descarga de sangre vaginal fuera de los momentos esperados de sangrado, cuya entidad no requiere protección sanitaria.

Sangrado de privación Ver **sangrado mensual**.

Sangrado infrecuente Menos de 2 episodios de sangrado en el transcurso de 3 meses.

Sangrado intermenstrual Cualquier sangrado fuera de los momentos en que se espera un sangrado (es decir, fuera del sangrado mensual regular) que requiere el uso de protección sanitaria con apósitos.

Sangrado irregular Sangrado escaso (manchado) y/o intermenstrual que aparece fuera de los momentos en que se esperaría el sangrado (es decir, fuera del sangrado mensual regular).

Sangrado mensual Flujo mensual de líquido sanguinolento proveniente del **útero**, y que sale a través de la **vagina** en mujeres adultas. Ocurre entre la **menarca** y la **menopausia**. Asimismo, el flujo vaginal mensual de líquido sanguinolento que presentan las mujeres cuando usan anticonceptivos hormonales combinados (sangrado por privación).

Sangrado menstrual. Sangrado que tiene lugar durante 3-7 días, alrededor de cada 28 días, en promedio.

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

Sangrado prolongado Sangrado que dura más de 8 días.

Semen Líquido blanco y espeso producido por los órganos reproductores del hombre y que sale por el **pene** durante la **eyacuación**. Contiene **espermatozoides**, a no ser que el hombre se haya sometido a una vasectomía.

Sepsis Presencia de diversos gérmenes que forman **pus** y que provocan enfermedad, o las sustancias tóxicas que dichos gérmenes producen y liberan en la sangre o tejidos corporales.

Sepsis puerperal Infección de los órganos del aparato reproductor durante los 42 días siguientes del **posparto** (puerperio).

Sexo, relación sexual Actividad sexual en la que se inserta el pene en una cavidad corporal.

anal Sexo que comprende el ano.

oral Sexo que comprende la boca.

vaginal Sexo que comprende la vagina.

Shock anafiláctico Ver Reacción alérgica grave al látex, Apéndice B, p. 320.

SIDA Ver **síndrome de inmunodeficiencia adquirida**

Sífilis Infección de **transmisión sexual** provocada por una bacteria. De no ser tratada puede progresar a una infección sistémica, provocando una parálisis general y demencia o se puede transmitir al feto durante el embarazo o el parto.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) Condición debida a infección con el **virus de inmunodeficiencia humana (VIH)** en la que hay una falla del sistema inmunológico del organismo, que se torna incapaz de combatir ciertas infecciones.

Síndrome de shock tóxico Ver Síndrome de shock tóxico, Apéndice B, p. 320.

Talasemia Tipo de **anemia** hereditaria.

Tampón Tapón de algodón u otro material absorbente utilizado para absorber líquidos, como un tapón que se inserta en la vagina para absorber un flujo sanguinolento durante el **sangrado mensual**.

Tensión arterial Fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. Por lo general, la tensión arterial sistólica normal (bombeo) es inferior a 140 mm Hg y la tensión arterial diastólica normal (reposo) es inferior a 90 mm Hg (ver **hipertensión**)

Testículos Los dos órganos reproductores en el varón, que producen **espermatozoides** y la **hormona** testosterona. Ubicados en el **escroto**. (ver Anatomía masculina, p. 367).

Terapia antirretroviral (ARV) Grupo de medicamentos usados para el tratamiento de personas con **síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**. Hay varias clases de ARV, que funcionan contra el VIH de maneras diferentes. Los pacientes pueden recibir una combinación de varios fármacos al mismo tiempo.

Trastorno tromboembólico (o enfermedad tromboembólica) Coagulación anormal en el interior de los vasos sanguíneos.

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

Tromboflebitis Inflamación de una vena por la presencia de un coágulo sanguíneo (ver **trombosis**).

Trombosis Formación de un coágulo sanguíneo en el interior de un vaso sanguíneo.

Tromboflebitis superficial Inflamación de una vena justo por debajo de la piel debido a un coágulo sanguíneo.

Trombosis venosa profunda Ver Trombosis venosa profunda, Apéndice B, p. 319.

Trompa de Falopio Uno de un par de conductos delgados que conectan el **útero** a la región de cada **ovario**. La **fertilización** de un **óvulo** por un **espermatozoide** habitualmente tiene lugar en una de las trompas de Falopio (ver Anatomía femenina, p. 364).

Tuberculosis Enfermedad contagiosa provocada por una bacteria. Lo más común es que infecte el aparato respiratorio; también infecta los órganos pélvicos en la mujer y se le conoce entonces como **tuberculosis pélvica**.

Tuberculosis pélvica Infección de los órganos pélvicos provocada por los bacilos de la **tuberculosis** provenientes de los pulmones.

Tumor benigno de ovario Crecimiento no canceroso que se desarrolla sobre o dentro del ovario.

Uretra Conducto a través del cual sale la orina del cuerpo (ver Anatomía femenina, p. 365 y Anatomía masculina, p. 367). En los hombres, pasa también **semen** a través de la uretra.

Útero Órgano muscular hueco que aloja al **feto** durante el embarazo. Se llama también vientre (ver Anatomía femenina, p. 364).

Útero fijo Un **útero** que no puede moverse de su lugar, a menudo como resultado de una **endometriosis**, cirugía previa o infección.

Vagina Canal que une los órganos sexuales externos con el **útero** en las mujeres (ver Anatomía femenina, p. 364).

Vaginitis Inflamación de la **vagina**. Puede ser debida a infección bacteriana, viral o micótica, o a irritación química. No es una infección de transmisión sexual.

Vaginosis bacteriana Afección común provocada por una proliferación excesiva de bacterias presentes normalmente en la **vagina**. No es una enfermedad de transmisión sexual.

Verrugas genitales Proliferación en la **vulva**, la pared vaginal y el **cérvix** en las mujeres y sobre el **pene** en el hombre. Son provocadas por ciertos tipos de **virus del papiloma humano (VPH)**.

Vesículas seminales Órganos masculinos en los que el **espermatozoide** se mezcla con el **semen** (ver Anatomía masculina, p. 367).

Vientre Ver **útero**.

VIH Ver **virus de inmunodeficiencia humana**.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) El virus que provoca el **síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**.

Virus del papiloma humano (VPH) Virus frecuente, sumamente contagioso, que se transmite mediante la actividad sexual y contacto piel con piel en el área genital. Hay ciertos subtipos de VPH que son responsables de la mayoría de los casos de **cáncer de cuello uterino**; otros tipos producen **verrugas genitales**.

Vulva Genitales externos femeninos.

Valvulopatía o enfermedad de las válvulas cardíacas Problemas de salud debidos al funcionamiento incorrecto de las válvulas cardíacas.

Venas varicosas Venas tortuosas, aumentadas de tamaño, que en general se observan inmediatamente por debajo de la piel de las piernas.

Verrugas Ver **verrugas genitales**.

A

aborto espontáneo... Ver sangrado irregular

absceso... 126, 171, 178, 194

abstinencia... 252, 254, 287, 290... Ver también abstinencia periódica

abstinencia periódica... 239, 240, 254

accidente cerebro vascular... 3, 7, 8, 20, 41, 66, 67, 77, 86, 87, 97, 128, 170, 321, 323, 327, 328, 368

acetaminofeno... Ver acné por paracetamol
como efecto colateral... 2, 111, 158, 164
manejo de... 3, 19, 125

acetato de medroxiprogesterona depósito (AMPD)

como anticonceptivo inyectable de progestágeno sólo... 59, 60, 61, 62, 63, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 98, 272, 359... Ver también inyectables de progestágeno sólo

en inyectables mensuales... 81, 92

ácido mefenámico... 75, 124

acopio, almacenamiento de anticonceptivos... 232, 316

acto sexual ... Ver sexo anal, sexo oral, sexo vaginal

Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. ... 55, 63, 209, 285

adolescencia, adolescente... 154, 242, 246, 267–271, 276

aguja... Ver jeringa

AINEs... Ver antiinflamatorios no esteroideos

alteraciones, cambios del estado de ánimo... 23, 44, 80, 100, 130, 371 ... Ver también depresión

como efecto secundario... 2, 27, 61, 111, 158

manejo de... 19, 39, 76, 125

AMPD... Ver acetato de medroxiprogesterona depósito (AMPD)

AMPD-SC... 63

analgésico... Ver aspirina, ibuprofeno, paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos

anemia... Ver anemia ferropénica o por déficit de hierro, anemia falciforme, talasemia

anemia ferropénica, por déficit de hierro... 132, 150, 362

como criterio médico de elegibilidad... 170, 171, 332

uso no limitante del método... 5, 28, 84, 113

prevención de... 39, 76, 96, 125, 149, 290

protección contra... 3, 62, 111, 159, 362

anestesia, anestésico... 176, 180, 181, 195

general... 166, 169, 187, 324

local... 120–121, 166, 175–176, 191

anillo vaginal combinado... 105–108, 148, 269, 272, 299, 358

eficacia anticonceptiva... 106

criterios médicos de elegibilidad... 6–9

efectos secundarios y manejo... 17–20, 106

anomalías anatómicas... 137, 304, 329, 333

antibióticos 139, 156, 242, 247, 280, 328

anticoagulantes... 259, 334

Anticoncepción de emergencia... 52, 142, 362... Ver también anticonceptivos orales de emergencia

anticonceptivos orales combinados... 1–24, 148, 269, 272, 299, 358

eficacia anticonceptiva... 1–2

criterios médicos de elegibilidad... 6–9

efectos secundarios y manejo... 2, 17–20

anticonceptivos orales de emergencia... 45–58, 73, 74, 94, 95, 204, 206, 209, 216, 217, 225, 231, 256, 269, 272, 302

eficacia anticonceptiva ... 46

criterios médicos de elegibilidad... 48

uso de anticonceptivos orales como... 54, 56–58

anticonceptivos orales, píldoras del día después... Ver anticonceptivos orales de emergencia

Anticoncepción postcoito...Ver anticonceptivos orales de emergencia

anticonvulsivantes...20, 41, 127, 328, 332

antidepresivos...242, 246

antiinflamatorios no esteroideos... 17, 38, 39, 95, 96, 149, 150, 247

antirretrovirales...209, 282–283, 287, 294

no limita el uso del método...9, 30, 55, 67, 88, 115, 136, 138, 171, 188, 283, 330, 332

antiséptico... 126, 142, 144, 147, 178, 194, 313

ardor o dolor al orinar... 139, 151, 233, 234, 279, 321

arrepentimiento de la esterilización... 167, 173, 174, 186, 189, 195, 269

arterial, estenosis u obstrucción...41, 77, 128, 323

como criterio médico de elegibilidad...7, 66, 67, 86, 170, 327, 332

coágulo sanguíneo...3, 20, 23, 41, 77, 97, 100, 128, 194, 320, 321 ...Ver también trombosis venosa profunda

como criterio médico de elegibilidad...7, 29, 30, 66, 67, 86, 114, 115, 160, 161, 170

ARV...Ver terapia antirretroviral

asesoramiento...308–309

sobre infertilidad...304–306

sobre violencia...300–303

diferentes grupos...267–274

para esterilización femenina y vasectomía...173–174, 189

en atención postaborto...297–299

aspirina...242, 247

como tratamiento... 18, 19, 39, 40, 76, 96, 125, 126, 194

a evitar...143, 150, 177, 192

ataque cardíaco...3, 7, 66, 86, 320

ausencia de sangrado menstrual...40, 43, 51, 74, 78, 113, 167, 179, 257, 370

como efecto secundario...2, 27, 61, 83, 102, 106, 111, 158, 164

manejo de... 18, 38, 75, 96, 124

cuándo iniciar el método... 12, 33, 70, 91, 118, 163, 172, 247

B

bacteria...205, 277, 312, 315, 321

balanitis... 188, 333

barbitúricos...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332

bocio...331

bromocriptina...259, 334

C

calostro...261, 292

calambres menstruales...3, 132, 143, 150, 159

cáncer cervical...4, 79, 137, 200, 223, 226, 227, 238, 284–285, 329, 333

cáncer de mama...4, 20, 23, 41, 77, 79, 97, 128, 322

como criterio médico de elegibilidad...8, 9, 29, 30, 66, 67, 87, 88, 115, 160, 161, 169, 329

cáncer de próstata...271

cáncer endometrial...3, 4, 62, 79, 132, 322, 329, 362

candidiasis...226, 234, 279, 280

capuchón cervical... 148, 237–238, 269, 273, 299

eficacia anticonceptiva...237

criterios médicos de elegibilidad ...227–228, 238

carbamazepina...8, 9, 20, 29–30, 41, 114–115, 127, 332

cardiopatía...8, 20, 41, 66, 87, 97, 170, 198, 323, 328, 333...Ver también obstrucción o estenosis arterial, ataque cardíaco, al corazón

cardiopatía isquémica...Ver obstrucción o estenosis arterial

cefaleas comunes... 150

como efecto secundario...2, 13, 27, 34, 47, 61, 71, 83, 91, 102, 106, 111, 119, 158, 164

manejo de... 18, 39, 76, 96, 125

cervicitis purulenta... 137, 169, 282, 283, 307, 330

cérvix...131, 142, 151, 175, 220, 227, 229, 286, 320–321, 364

capuchón cervical, diafragma y colocación

del espermicida...224, 230, 238

chancroide...277, 279, 286

choque anafiláctico... 207, 321

ciclo menstrual...25, 44, 46, 109, 130, 156

y métodos basados en el conocimiento de la fertilidad...239, 242, 244–245, 249, 253

circuncisión, varón...208, 288, 367

cirugía...8, 20, 87, 97, 155, 166, 169, 171, 177, 179, 181, 182, 184, 195, 196, 285, 325, 327, 332

cirugía abdominal ...171

clamidia...78, 136, 169, 277, 278, 279, 282–283, 303, 304–305, 307, 322, 330

y uso del DIU...132, 136–137, 138–139, 151, 154

protección contra...200, 226, 236

colestasis...331

condones femeninos... 148, 211–220, 269, 273, 299, 360–361, 361–362

eficacia anticonceptiva...212

criterios médicos de elegibilidad...213

condones masculinos...148, 199–210, 269, 273, 299, 360–361, 361–362, 363...

Ver también negociación del uso del condón

eficacia anticonceptiva...200

criterios médicos de elegibilidad...202

conducto espermático... 188, 283, 304, 333

conductos deferentes... 183, 184, 190, 191, 195, 367

confidencialidad...268, 298, 300, 302

consentimiento informado... 167, 173, 186, 189

cordón espermático... 187, 195

corticosteroides...259, 334

Crecimiento de vello...3, 365

criptorquidia...333

criterios médicos de elegibilidad...*Ver* criterios médicos de elegibilidad para cada método anticonceptivo

cuidados intensivos neonatales...259, 334

cuidados postaborto... 169, 297–299, 305, 332

D

daño arterial debido a diabetes...77, 97

daño neuronal debido a la diabetes, neuropatía...20, 77, 97, 170, 323

como criterio médico de elegibilidad...7, 9, 65, 67, 86, 88, 331

Daño renal debido a diabetes...20, 77, 97, 323, 331

como criterio médico de elegibilidad...7, 9, 65, 67, 86, 88, 170

débil, debilidad...150, 167, 181, 185, 195, 202, 321, 368

defectos de nacimiento...3, 22, 42, 47, 54, 80, 83, 98, 129, 133, 223, 235

densidad ósea...6 1, 80, 272, 274

depo-subQ provera...63

depresión...19, 39, 76, 125, 301

desgarro vaginal...286, 332

desinfección de alto nivel... 142, 312, 315

desinfección de instrumentos...312...*Ver también* desinfección de alto nivel

desmayos...40, 127, 152, 178, 179, 191, 291, 320, 362

Desperdicios, residuos, eliminación...3 12–314, 316, 365

diabetes...323

como criterio médico de elegibilidad...7–8, 9, 20, 65–66, 67, 77, 86–88, 97, 170, 326, 330–331, 333

diafragma... 148, 225–236, 269, 273, 299

eficacia anticonceptiva...226

criterios médicos de elegibilidad...227–228

efectos secundarios y manejo...226, 233–234

diarrea...15, 17, 27, 36, 38, 234, 321

dieta... 19, 75, 96, 125, 289–290

dispositivo intrauterino...*Ver* dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo intrauterino con levonorgestrel

dispositivo intrauterino de cobre... 131–156, 269, 273, 299, 362

- eficacia anticonceptiva... 131–132
 - criterios médicos de elegibilidad... 135–139
 - efectos secundarios y manejo... 132, 149–154
 - distensión y malestar abdominal... 61, 75, 177
 - distribución comunitaria...63, 310, 317
 - proveedores de atención de la comunidad...63, 310
 - DIU...*Ver* dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo intrauterino de levonorgestrel
 - DIU TCu-380A...*Ver* dispositivo intrauterino de cobre
 - dolor... 137, 218, 233, 275, 368...*Ver también*
 - dolor abdominal, calambres menstruales, dolor mamario y sensibilidad en los senos
 - después de colocación de DIU...145, 150, 152
 - después de realización de esterilización...177, 178, 181
 - después de colocación de implante... 120, 123, 126
 - después de vasectomía... 185, 192, 194, 195
 - DIU-LNG...*Ver* levonorgestrel dispositivo intrauterino con logística...316–317
 - durante el sexo...146, 151, 274, 279, 300, 321
 - dolor abdominal 50, 137, 139, 146, 200, 279, 291, 301, 320–321
 - como efecto secundario 27, 47, 102, 111, 119
 - manejo de 40, 44, 125, 130, 151, 152, 177, 179
 - dolor torácico...321
 - ducha...209, 224, 280, 287
- E**
- eclampsia... 169, 332
 - econazol...207
 - efectos secundarios...*Ver* efectos secundarios para cada método anticonceptivo
 - eficacia anticonceptiva...236, 319, 355, 358, 360, 362, tapa posterior...*Ver también*
 - eficacia anticonceptiva para cada método
 - EPI...*Ver* enfermedad pélvica inflamatoria
 - electrocoagulación... 176
 - elefantiasis... 188, 333
 - embarazo...181...*Ver también* embarazo ectópico atención antenatal...290–291
 - evaluación para detección de... 136, 370–371
 - patologías por las cuales el embarazo es riesgoso... 322–323
 - no distorsionado por un método...22, 54, 78, 98 planificación...27 1, 289–290
 - signos y síntomas...37 1
 - sospecha en usuaria de DIU...153–154
 - infecciones de transmisión sexual en...277, 287
 - embarazo ectópico...28, 55, 113, 134, 152, 320, 321, 325
 - diagnóstico y cuidado...40, 126–127, 152, 179
 - reducción del riesgo de...27, 44, 112, 129, 133, 156, 167, 182
 - endometrio... 157, 364, 366
 - endometriosis...3, 62, 159, 169, 328
 - Enfermedad de vesícula biliar...9, 20, 85, 331
 - enfermedad hepática, hepatopatía...30, 41, 77, 97, 128, 321, 323
 - como criterio médico de elegibilidad...6, 29, 65, 67, 85, 88, 114, 115, 160, 161, 170–171, 330
 - enfermedad mamaria benigna...329
 - enfermedad renal, nefropatía... 170, 332
 - enfermedad trofoblástica maligna... 169
 - enfisema...171, 332
 - epididimitis... 188, 333
 - epidídimo... 188, 304
 - epilepsia... 170, 328
 - erección... 185, 206, 210, 361, 363
 - ergotamina...259, 334
 - erupción... 102, 207, 210, 219, 233, 234, 321
 - escroto...183, 187, 188, 190, 191, 192, 194, 195

espaciamiento entre los partos...82, 289–291

especulo...142, 143, 144, 147

espermatozoides...54, 165, 202, 213, 225, 237, 256, 304, 364, 366–367...*Ver también* semen, análisis del semen

obstrucción o daño para evitar el embarazo... 25, 109, 131, 183, 185, 190–191, 199, 211, 221, 225

espermicidas... 148, 221–225, 232–236, 269, 273, 299

eficacia anticonceptiva...222

criterios médicos de elegibilidad...223

efectos secundarios y manejo...222, 233, 233–234

esponja vaginal...236

esquistosomiasis... 170

esterilización femenina... 148, 165–182, 269, 273, 299

eficacia anticonceptiva... 165–166

criterios médicos de elegibilidad...168–171

esterilización masculina...*Ver* vasectomía

esterilizar (equipos médicos)...312, 315...*Ver también* desinfección de alto nivel

estrategias de protección doble...280–281

estrógeno... 15, 364...*Ver también* etinil estradiol

en anticonceptivos hormonales combinados... 1, 24, 81, 98, 101, 105

en anticonceptivos orales de emergencia...45–46, 50, 54–59

etinil estradiol...50, 54, 56–58, 76, 124

ETS, ITS...*Ver* infecciones de transmisión sexual

esterilización...*Ver* esterilización femenina, vasectomía

examen de mama...5, 28, 64, 84, 113, 134, 307

exceso de sedación... 176

expulsión

de un DIU...142, 152–153, 273

de implantes... 112, 126

eyaculación...203, 212, 238, 255–256, 363, 367

F

falciforme, anemia...62, 170, 323

farmacéutico...3 10, 317

fatiga...47, 150, 371

fenitoína...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332

fertilidad... 182, 197, 257, 298, 304–306

fertilización...364

fibroma...*Ver* fibromas uterinos

fibrosis... 170, 323, 330

fiebre...139, 146, 151, 154, 178, 234, 249, 291, 321, 332

folículo...*Ver* folículo ovárico

fórceps...147, 153, 191

G

gastroenteritis... 171, 188, 332–333

gonorrea... 136, 169, 277, 278, 279, 282–283, 303, 304–305, 307, 322, 330 y uso de DIU... 132, 136–137, 138–139, 151, 154 protección contra... 200, 226, 236

griseofulvina...332

guantes...210, 312–315

H

hematoma... 185, 190 hematometra...332

hemoglobina...150, 152, 170, 171, 186, 307, 332

hemorragia... 169, 332

hepatitis...6, 29, 65, 85, 93, 114, 160, 171, 277, 312, 315, 321, 330, 331, 333...*Ver también* enfermedad hepática

hernia...169, 170, 188, 332–333

herpes genital...200, 277, 279

hidrocele... 187, 333

hilos del DIU...144, 145, 151, 153, 156

hilos perdidos...*Ver* hilos del DIU

hipertensión...*Ver* tensión arterial

hipertiroidismo...171, 331

hipotiroidismo... 170, 331

HPV...*Ver* virus de papiloma humano

humedad vaginal...239

I

ibuprofeno... 143, 242, 247
 como tratamiento... 17, 18, 19, 38, 39, 40, 75, 76, 95, 96, 124, 125, 126, 145, 149, 150, 177, 192, 194

ictericia...Ver enfermedad hepática, hepatopatía

Implanon...109, 110, 111, 116, 118, 120, 130, 360...Ver también implantes

implantes... 109–130, 148, 269, 272, 299, 360
 eficacia anticonceptiva... 110
 criterios médicos de elegibilidad... 114–115
 efectos secundarios y manejo... 111, 124–128

impotencia...202, 210

infección...Ver también infección hepática,

infección bacteriana... 151
 vaginosis bacteriana...226, 234, 279–280, 322, 330...Ver también patología vaginal

infección del aparato reproductor; infección de transmisión sexual, infección de las vías urinarias
 y esterilización femenina...166, 169, 171, 177, 178
 e implantes...112, 123, 126, 129
 y DIU...132, 134–139, 141, 142, 151, 155, 156, 159, 163
 y vasectomía...185, 187–188, 190, 193, 194

infección de la piel escrotal... 188, 283, 333

infecciones del tracto reproductor...304, 322

infección micótica...296

Infección por levadura...Ver candidiasis

infección pulmonar...171, 332

infertilidad, infértil...3, 18, 27, 38, 47, 62, 75, 79, 83, 96, 100, 112, 124, 133, 155, 200, 275, 304–306

inmovilización prolongada...8, 20, 87, 97, 171, 327

instrucciones de colocación y retiro
 capuchón cervical...231–232, 238

condón femenino...214

diafragma...230–231

DIU...143–144, 147–148

espermicida...224

implantes...120–121

interacciones medicamentosas...332

intervalo libre de anticonceptivos orales...
 Ver semana sin hormonas

involución...Ver involución uterina

involucramiento, participación del hombre...270–271

inyección...49, 60, 63, 71–75, 92–95, 313...
 Ver también jeringas

inyectable, anticonceptivo inyectable...
 Ver inyectables mensuales, inyectables de progestágeno solo

inyectables mensuales...81–100, 148, 269, 272, 299, 358–359

eficacia anticonceptiva...82
 criterios médicos de elegibilidad...85–88
 efectos secundarios y manejo...83, 95–97

Irritación genital... 102, 103, 202, 207, 213, 219, 225, 228, 231, 233, 235, 274

J

Jadelle... 109, 110, 120, 123, 130, 360...Ver también implantes

jeringa...71–72, 92–93, 120, 313–314
 reutilizable...72, 93, 313

juventud...Ver adolescencia, adolescente

K**L**

lactancia... 167... Ver también alimentación a pecho
 y recuperación de la fertilidad...291
 e inicio de un método...293, 372
 y mujeres con VIH...260, 265, 294, 295
 como criterio médico de elegibilidad...6, 9, 65, 67, 85, 88, 115, 242, 246, 325, 334

mejores prácticas de lactancia, pecho (amamantamiento)...292

problemas de la lactancia...295–296
 lactante...*Ver salud neonatal*
 lamotrigina... 8, 9, 20, 87, 88, 97, 332
 laparoscopia, laparoscopia... 165, 175–176, 182, 311
 látex, alergia...200, 202, 207, 210, 228, 234, 334
 lavado de manos...71, 92, 224, 230, 231, 312–314
 leche materna...257, 260, 263, 265, 277, 292, 294
 lesión escrotal...187, 333
 lesiones, úlceras genitales... 137, 222, 226, 233, 277, 278
 levonorgestrel...46, 50, 54, 56–58, 124, 157, 360...*Ver también* norgestrel
 levonorgestrel dispositivo intrauterino con... 157–164, 269, 273, 299, 362
 eficacia anticonceptiva... 158
 criterios médicos de elegibilidad... 135–139, 160–161
 efectos secundarios... 158
 litio...247, 259, 334
 LNG...*Ver levonorgestrel*
 lubricantes...274
 para condones femeninos...211, 216, 218–219
 para condones masculinos...204, 206–207, 209
 lupus...*Ver lupus eritematoso sistémico*
 lupus eritematoso sistémico...8, 30, 67, 87, 115, 136, 161, 171, 188, 328, 333

M

malaria...290, 330
 malestar de estómago...*Ver náuseas*
 mareos... 40, 127, 152, 178, 179, 210, 320, 321
 como efecto secundario...2, 27, 34, 47, 61, 71, 83, 91, 111, 158
 manejo de... 18, 40, 76, 96, 126, 127, 150, 152, 179, 207, 234
 masa, tumoración intraescrotal... 188, 333

medicación antiemética, antieméticos 51
 medicamentos que alteran el estado de ánimo...242, 246, 259, 334
 medroxiprogesterona acetato/estradiol cipionato...8 1, 92...*Ver también* inyectables mensuales
 membranas mucosas...312–315
 menarca...242, 246, 325, 334
 menopausia...24, 83, 154, 180–181, 242, 246, 272–274
 métodos basados en el calendario...239–240, 242–245, 253–254, 269, 273, 299, 334
 criterios médicos de elegibilidad...242
 métodos basados en los síntomas...239, 240, 246–251, 253, 269, 273, 334
 criterios médicos de elegibilidad...246–247
 Método de amenorrea de la lactancia (MELA)...257–265
 eficacia anticonceptiva...258
 criterios médicos de elegibilidad...259
 métodos basados en el conocimiento de la fertilidad... 148, 239–254, 269, 273, 299...*Ver también* métodos basados en el calendario, métodos basados en los síntomas
 eficacia anticonceptiva...240
 criterios médicos de elegibilidad...242, 246–247
 Método de los días fijos...239, 240, 243, 244, 253, 254
 Método de los dos días...239, 240, 248, 253, 254
 Método del ritmo...239–240, 245, 253...
 Ver también métodos basados en el calendario
 miconazol...207, 234
 migrañas, auras, cefaleas...8–9, 20, 41, 77, 87–88, 97, 128, 272, 328, 368–369
 minilaparotomía... 165, 175, 182
 minipíldora...*Ver* anticonceptivo oral de progestágeno solo
 muguet...*Ver* candidiasis

N

- náuseas...8, 24, 87, 146, 151, 320, 362, 368, 371
 - como efecto secundario...2, 1 3, 27, 34, 47, 50, 102, 111, 158
 - manejo de... 18, 51, 126
- nefropatía...Ver daño renal debido a la diabetes
- negociación del uso de condones...201, 204, 206, 281
- neoplasia intraepitelial cervical...238, 329, 333
- nonoxinol-9...221, 222, 226, 235
- noretindrona enantato (NET-EN)
 - inyectables de progestágeno solo...59, 60, 61, 62, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 98, 288, 359
 - en inyectables mensuales...81, 92
- norgestrel...46, 50, 54, 56, 57, 58
- Norplant...109, 110, 120, 123, 130, 360...Ver también implantes

O

- obesidad... 171, 326
- omisión de píldoras...14–15, 17, 35–36, 38–39, lado interior de tapa de atrás
- orales, anticonceptivos...Ver anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de progestágeno solo
- oral, sexo...277, 284
- orinar...371...Ver también ardor o dolor al orinar
- orquitis... 188, 333
- ovarios, cáncer de...3, 4, 135, 136, 166, 322
- ovario, folículo...27, 40, 44, 111, 126–127, 130
- ovario, ovarios...54, 1 37, 272, 304, 321, 364, 366
- ovarios, quistes...3, 40, 44, 126–127, 130, 158
- ovulación...1, 25, 45, 54, 60, 81, 101, 105, 109, 142, 239, 242, 247, 249, 250, 251, 258, 366
- ovulación, método de la ovulación...239, 240, 251, 253, 254

oxcarbazepina...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332

P

- paracetamol...242, 247
 - como tratamiento... 18, 19, 39, 40, 76, 96, 125,
- parche combinado...101–104, 148, 269, 272, 299, 358
- VPH ver virus del papiloma humano 126, 143, 145, 150, 177, 192, 194
 - eficacia anticonceptiva... 101–102
 - criterios médicos de elegibilidad...6–9
 - efectos secundarios y manejo... 17–20, 102
- parto prematuro...298
- pélvica, enfermedad inflamatoria... 132, 154, 156
 - e infertilidad... 155, 304–305
 - como criterio médico de elegibilidad... 169, 282–283, 329
 - diagnóstico de...137, 146–147, 151, 279, 321
 - protección contra...3, 62, 111, 159, 166, 200, 226, 236
- pélvica tuberculosis...135, 171, 330
- pélvico examen...23, 130, 137, 144, 147, 151, 175, 179, 225, 229, 313, 321, 370–371
- pene...363, 367
 - y uso del condón femenino...2 14–215, 218, 220, 360–361
 - y uso del condón masculino...203, 206, 209, 360–361
 - e infecciones de transmisión sexual... 139, 277, 279, 283, 287
 - y retiro...255–256
 - irritación...202, 207, 213, 219, 222, 225, 226, 228, 231, 233
- pérdida de embarazo... 156, 159, 298, 299, 304, 372
 - y uso seguro del método...5, 28, 64, 84, 113, 133, 134
 - e inicio del método... 12, 33, 70, 91, 118, 141, 163, 172, 242–243, 246–247
 - en una usuaria de DIU...132, 153–154

perforación...*Ver* perforación uterina
peso al nacer...295
peso, alteraciones, cambios de peso...22, 78, 167, 180, 195, 371
 y duración del implante eficacia...110, 123, 130, 360
 como efecto secundario...2, 13, 61, 63, 71, 83, 91, 111, 158, 359
 manejo de... 19, 75, 96, 125
pesquisa de cáncer cervical...5, 28, 64, 84, 113, 134, 167, 285, 307
Planificación familiar natural...*Ver* métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, método de amenorrea de la lactancia, retiro
Preeclampsia... 169, 332
prematura, eyaculación...256
 tensión arterial...2, 20, 77, 97, 98, 291, 321, 323
 como criterio médico de elegibilidad...7–8, 9, 65–66, 67, 86–87, 88, 170, 326–327
 control de...16, 74, 94, 152, 186, 307, 326
prevención de infecciones...120–121, 142, 156, 175, 191, 229, 305, 310, 312, 312–315, 315
primidona...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332
producción de leche...78, 258, 292...*Ver también* leche materna
profilaxis post exposición...209, 287, 303
progesterona...1, 25, 45, 59, 81, 101, 105, 109
progestágeno
 en anticonceptivos orales de emergencia...45, 46, 47, 50, 56–58
 en anticonceptivos hormonales... 1, 24, 25, 59, 81, 98, 101, 105, 109, 157
progestágeno solo - anticonceptivos orales con...25–44, 148, 269, 272, 299
 eficacia anticonceptiva...26
 criterios médicos de elegibilidad...29–30
 efectos secundarios y manejo...27, 38–41
progestágeno solo - inyectables...59–80, 148, 269, 272, 299
 eficacia anticonceptiva...60

 criterios médicos de elegibilidad...65–67
 efectos secundarios y manejo...61, 75–77
proveedores, prestadores de servicios...310–311
proveedores de atención de la comunidad...310
prurito...210, 279
 como efecto secundario...225, 231
 manejo de...207, 219, 233, 234
pulmonar, embolia...3, 321, 327

Q

R

radioactivos, fármacos...259, 334
reacción alérgica *Ver* alergia al látex
retiro... 148, 255–256, 269, 273, 299
 eficacia anticonceptiva...255
 criterios médicos de elegibilidad...256
recuperación de la fertilidad...2, 26, 47, 60, 79, 82, 100, 102, 106, 110, 200, 212, 222, 226, 237, 240, 255, 258
reserpina...259, 334
retinopatía...*Ver* daño de la visión debido a la diabetes
reversión de la esterilización...166, 181, 184, 196
rifampicina...8, 9, 17, 20, 29, 30, 38, 41, 114, 115, 127, 332
ritonavir...9, 20, 30, 41, 88, 97, 283, 330
rotura o deslizamiento del condón...200, 206, 209, 212, 218, 361
rotura prolongada de membranas...332

S

salud materna...289–296
salud neonatal...260, 265, 287, 289–296
sangrado infrecuente...2, 27, 61, 83, 91, 106, 111, 158...*Ver también* sangrado irregular
sangrado irregular...21, 62, 99, 159, 167, 242, 246, 253, 358, 362...*Ver también* sangrado vaginal

- como efecto secundario...2, 27, 34, 47, 61, 71, 83, 91, 102, 106, 111, 119, 132, 143, 158
- manejo de... 17–18, 38–39, 53, 75, 95, 124, 149–150
- sangrado más ligero...2, 83, 102, 106, 111, 158
- sangrado menstrual (menstruación, período menstrual)...
- sangrado mensual...21, 51, 53, 91, 99, 103, 107, 156, 220, 241, 366...*Ver también*
- sangrado profuso o prolongado, sangrado infrecuente, sangrado irregular, ausencia de sangrado mensual, sangrado vaginal inexplicado, sangrado vaginal
- y métodos basados en el conocimiento de la fertilidad... 242–247, 249–251, 254
- efectos del método sobre...2, 13, 27, 34, 47, 50, 61, 71, 83, 91, 102, 106, 111, 119, 132, 143, 158, 164, 180
- sangrado profuso o prolongado...250, 292, 328, 359
- como efecto secundario...27, 61, 71, 83, 102, 106, 132, 143, 158
- manejo de... 19, 39, 76–77, 96, 124–125, 149
- sangrado vaginal inexplicado...40, 127, 152, 179, 279, 320
- como criterio médico de elegibilidad...66, 67, 114, 115, 135, 169
- manejo de...19, 41, 77, 97, 127, 153
- secreción de mucus cervical...25, 109, 239, 247, 248–251, 253–254, 364
- secreciones vaginales...204, 223
- sedación...175, 176, 180
- convulsiones...8, 29, 114
- semana sin hormonas... 18, 19, 103, 107
- semen...183, 195, 199, 202–203, 211, 213, 215, 250, 255–256, 275, 281, 284, 367
- semen, análisis... 183, 186, 192, 196
- sepsis...*Ver* sepsis puerperal
- sensibilidad y dolor mamarios...25 1, 371
- sepsis puerperal... 135, 325
- séptica, pérdida del embarazo, aborto séptico... 1 32, 135, 153–154, 325
- sexo forzado...49, 300, 303, 332
- sexo vaginal...205, 208–209, 224, 240, 244–245, 248–249, 252–253, 288
- sexual, contacto sin acto sexual...281... *Ver también* abstinencia
- sexual, deseo, impulso, desempeño, funcionamiento sexual...23, 44, 80, 100, 130, 180, 195, 300
- sexual, infecciones de transmisión... 133, 154, 275–288, 290, 300, 303
- e infertilidad...304–305
- y uso seguro del anticonceptivo... 19, 41, 77, 78, 97, 127, 153, 155, 233, 288
- como criterio médico de elegibilidad... 136–139, 188, 330, 333
- sin (falta de) protección contra...2, 26, 47, 60, 82, 110, 132, 158, 166, 184, 222–223, 240, 258
- prevención... 198–220, 226, 236, 280–281, 290
- factores de riesgo... 1 39, 276
- sífilis...277, 279, 286, 290, 303
- síndrome de ovario poliquístico...3
- síndrome de shock tóxico...226, 228, 231, 234, 236, 238, 321, 334
- Sino-Implant (II)...109, 110, 360
- síntomas y temperatura, método...239, 240, 251, 254
- sistémica, infección...332, 333
- sobrepeso...*Ver* obesidad
- Suministro de métodos posparto... 140, 166, 169, 227, 293, 325, 333, 334, 362

T

- tabaquismo...4, 5, 6, 8, 9, 24, 28, 64, 84, 85, 87, 88, 99, 113, 170, 272, 284, 326
- talasemia... 170, 332
- temperatura corporal basal...239–240, 249
- como efecto secundario...2, 1 3, 27, 34, 47, 83, 102, 111, 119, 158, 164
- manejo de... 19, 40, 96, 125
- tensión arterial...2, 20, 77, 97, 98, 291, 321, 323
- terapias ansiolíticas 242, 246
- testículos... 185, 187, 188, 195, 279, 283, 367
- testículos no descendidos... 187–188
- tiroidea, patología ...170–171, 331
- topiramato...8, 9, 20, 29–30, 41, 114–115, 127, 332

trastornos de la coagulación...171, 332
tricomoniasis...226, 236, 279–280
trimetoprim...233
trofoblástica, enfermedad... 135, 136, 169, 328
tromboembólico, trastorno...332
tromboflebitis...327
Trombosis venosa profunda...3, 23, 100, 320... *Ver también* coágulo sanguíneo
trompa de Falopio...137, 165, 181, 304, 364, 366
tubaria, ligadura, salpingectomía...*Ver* esterilización femenina
tuberculosis...8, 29, 114, 323, 330...*Ver también* tuberculosis pélvica

U

úlceras...*Ver* lesiones genitales, úlceras no circuncidado...208, 288
uso continuo de anticonceptivos orales combinados... 18–19, 21
uso extendido de anticonceptivos orales combinados... 18, 19, 21
uterina, cavidad... 137, 179, 329
uterina, involución...227, 299, 333
uterina, perforación...132, 137, 142, 147, 159, 169, 299, 332
uterina, ruptura... 169, 332
uterinos fibromas...62, 169, 329
útero...137, 155, 157, 169, 182, 332, 364, 366, 370–371

V

vaginal, anillo ...*Ver* anillo vaginal combinado
vaginal, flujo...106, 139, 146, 151, 154, 231, 234, 238, 246, 279, 291
vaginal, infección... 134, 207, 219, 233–234, 248, 250, 279–280, 322
vaginal Infección por levadura...*Ver* candidiasis vaginitis... 102, 106, 330
vaginal, prurito...*Ver* prurito
Vaginal, sangrado...23, 154...*Ver también* sangrado profuso o prolongado, sangrado infrecuente, sangrado irregular, sangrado mensual, menstruación, ausencia de sangrado mensual, sangrado vaginal inexplicado

vaginal, sequedad, lubricante vaginal...274
vaginosis...*Ver* vaginosis bacteriana
vaginosis bacteriana...226, 234, 279–280, 322, 330...
varicocele... 187, 333
vasculopatía, enfermedad vascular...323, 327, 331
vasectomía... 149, 183–198, 269, 273
 eficacia anticonceptiva... 183–184
 criterios médicos de elegibilidad...187–188
vasectomía sin bisturí... 185, 190, 191
venas varicosas...5, 23, 28, 84, 100, 113, 327
Verrugas genitales...279, 284–285
Vía respiratoria superior, infección... 102

Vías urinarias, infección...222, 226, 233, 234, 334
VIH/SIDA...226, 275–288...*Ver también* terapia antirretroviral
 y uso de método seguro...9, 30, 67, 88, 115, 138, 171, 188, 241, 260
 limitaciones al uso del método...282–283
 prevención de...200, 209, 212, 260, 265, 280, 294–295
violación...*Ver* sexo forzado
violencia contra la mujer...300–303 viral
virus de inmunodeficiencia humano...*Ver* VIH/SIDA
virus del papiloma humano...4, 279, 284–285
visión, daño debido a la diabetes...20, 77, 97, 323
 como criterio médico de elegibilidad...7, 9, 65, 67, 86, 88, 170, 331
visita de control, de seguimiento...23, 128, 139, 146–147, 177, 192, 263
voluntaria, anticoncepción quirúrgica...*Ver* esterilización femenina, vasectomía
vómitos...8, 87, 146, 151, 234, 312, 321, 362, 368, 371
 y eficacia del anticonceptivo oral... 15, 17, 36, 38
 como efecto secundario...47, 102
 manejo de...51
vulva... 137

Metodología

Este manual, una de las piedras angulares de la planificación familiar de la Organización Mundial de la Salud, presenta guías basadas en la evidencia, elaboradas gracias a la colaboración mundial. El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a más de 30 organizaciones a participar en su preparación. El proceso de elaboración del manual estuvo a cargo del Proyecto INFO de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación.

Este manual sucede al documento *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva* (Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins, Programa de Información sobre Poblaciones, 1997). Ese trabajo sirvió como punto de partida, incorporándose ahora nuevas guías basadas en la evidencia y agregándose nuevos contenidos (ver ¿Qué hay de nuevo en este manual?, p. viii).

Las guías en este manual provienen de varios procesos similares de consenso:

- Los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* y las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Estas guías fueron elaboradas por Grupos de Trabajo de Expertos de la OMS.
- Para preguntas adicionales relacionadas específicamente con este manual, la OMS convocó a un Grupo de Trabajo de Expertos, quienes se reunieron en Ginebra del 21 al 24 de junio de 2005. Con el fin de analizar temas que necesitan atención especial, varios subgrupos se reunieron entre octubre de 2004 y junio de 2005. En la reunión de junio de 2005, el Grupo de Trabajo de Expertos completo revisó y aprobó las recomendaciones de los subgrupos.
- El contenido que no fue considerado en estos procesos de consenso fue elaborado mediante la colaboración entre investigadores del Proyecto INFO y expertos técnicos. Posteriormente, un grupo de expertos y, finalmente, representantes de las organizaciones colaboradoras tuvieron la oportunidad de revisar todo el texto.

La versión del manual actualizada en 2010

- En la versión actualizada en 2010 se incorporan todas las guías de la última reunión del Grupo de Trabajo de Expertos en abril de 2008 para *Criterios médicos de elegibilidad y Recomendaciones de prácticas seleccionadas*, así como dos Consultas Técnicas relacionadas con estas guías, realizadas en octubre de 2008 y en enero de 2010.
- Además, se incorporaron guías de la reunión de un Grupo de Trabajo de Expertos sobre VIH y alimentación de bebés, la cual se celebró en octubre de 2009, y una Consulta Técnica sobre el suministro comunitario de anticonceptivos inyectables, en junio de 2009.
- Además de ofrecer nuevas guías, esta versión actualizada también corrige errores y pone al día la información disponible sobre las marcas de anticonceptivos. Integrantes seleccionados del Grupo de Trabajo de Expertos que se reunieron en el año 2005, los expertos que contribuyeron al manual y personal de la OMS revisaron la versión

actualizada y aportaron a ésta. Entre estas personas figuran: Mario Festin, Mary Lyn Gaffield, Douglas Huber, Lucy Harber, Roy Jacobstein, Sarah Johnson, Kirsten Krueger, Enriqueito Lu, Ward Rinehart, James Shelton, Jeff Spieler e Irina Yacobson.

Futuras versiones actualizadas del manual

- Este manual será revisado cada 3 ó 4 años para determinar la necesidad de modificarlo. Las nuevas guías de la OMS se incorporarán en las versiones electrónicas cuando estén disponibles.

Algunas definiciones utilizadas en este manual

Eficacia: De no especificarse otra cosa, las tasas son básicamente los porcentajes de mujeres estadounidenses que se calcula tienen embarazos no deseados durante el primer año de uso.

Efectos secundarios: Afecciones relatadas por al menos el 5% de los usuarios en estudios seleccionados, independientemente de la evidencia de causalidad o plausibilidad biológica, enumerados en orden de frecuencia, de más a menos frecuentes.

Términos que describen los riesgos a la salud (porcentaje de usuarios que presentan un riesgo):

Común: >15% y <45%

No común: >1% y <15%

Raro: >0.1% y <1% (<1 por cada 100 y 1 por cada 1000)

Muy raro: >0.01% y <0.1% (<1 por cada 1000 y 1 por cada 10,000)

Sumamente raro: <0.01% (<1 por cada 10,000)

Fuentes para las guías de la OMS e informes de consultas

Community-based health workers can safely and effectively administer injectable contraceptives. Ginebra, OMS, 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/WHO_CBD_brief/en/index.html

Guidelines on HIV and infant feeding. 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence.

Ginebra, OMS, 2010. http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241599535/en/index.html

Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (4th ed.). Ginebra, OMS, 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (2da ed.). Ginebra, OMS, 2004. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/index.html

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos: Actualización en 2008. Ginebra, OMS, 2008. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/index.html

(Para obtener más información sobre los procesos, fuentes, criterios de selección y terminología utilizados en este manual, ver <http://www.fphandbook>.)

Reconocimientos por fotos e ilustraciones

Salvo otras especificaciones, las ilustraciones son de Rafael Avila y Rita Meyer. Todas las adaptaciones son de Rafael Avila.

- p. 5 David Alexander, Centro para Programas de Comunicación (CCP), cortesía de Photoshare
- p. 30 DELIVER
- p. 34 Cheikh Fall, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 37 Lauren Goodsmith, cortesía de Photoshare
- p. 46 Francine Mueller, CCP
- p. 60 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 63 PATH
- p. 82 Schering AG
- p. 99 CCP, cortesía de Photoshare
- p. 102 Ortho-McNeil Pharmaceutical
- p. 106 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 112 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 113 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 119 Organon USA
- p. 120 Indonesia Ministry for Population, National Family Planning Coordinating Board
- p. 121 Indonesia Ministry for Population, National Family Planning Coordinating Board
- p. 122 JHPIEGO. Fuente: Bluestone B, Chase R y Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3^a ed. Baltimore: JHPIEGO; 2006. (adaptada)
- p. 133 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 142 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 144 JHPIEGO. Fuente: Bluestone B, Chase R, y Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3rd ed. Baltimore: JHPI EGO; 2006. (adaptada)
- p. 145 JHPIEGO. Fuente: Bluestone B, Chase R, y Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3^a ed. Baltimore: JHPIEGO; 2006. (adaptada)
- p. 159 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 175 EngenderHealth (adaptada)
- p. 176 EngenderHealth (adaptada)
- p. 191 EngenderHealth (adaptada)
- p. 212 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 215 Female Health Foundation (adaptada)
- p. 222 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 238 Francine Mueller, CCP

- p. 244 Institute for Reproductive Health, Georgetown University (adaptada)
- p. 250 Institute for Reproductive Health, Georgetown University (adaptada)
- p. 251 Institute for Reproductive Health, Georgetown University (adaptada)
- p. 264 LINKAGES Project, Academy for Educational Development
- p. 268 Helen Hawkings, cortesía de Photoshare
- p. 270 Bangladesh Center for Communication Programs
- p. 290 Rick Maiman, David and Lucile Packard Foundation, cortesía de Photoshare
- p. 291 CCP, cortesía de Photoshare
- p. 299 CCP, cortesía de Photoshare
- p. 303 Hesperian Foundation (adaptada)
- p. 312 Lamia Jaroudi, CCP, cortesía de Photoshare
- p. 314 DELIVER
- p. 315 CCP, cortesía de Photoshare
- p. 316 Claudia Allers, FPLM/Johns Snow International, cortesía de Photoshare
- p. 317 DELIVER

Comparación de anticonceptivos

Comparación de métodos combinados

Características	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado	Anillo vaginal combinado
Cómo se utiliza	Píldora que se toma por vía oral.	Inyección intramuscular.	Parche que se usa en la parte superior externa del brazo, espalda, abdomen o nalgas. No en las mamas.	Anillo que se coloca en la vagina.
Frecuencia de uso	Diaria.	Mensual: Inyección cada 4 semanas.	Semanal: El parche se cambia cada semana durante 3 semanas. No se usa parche en la 4ª semana.	Mensual: El anillo se mantiene colocado 3 semanas y se retira durante la 4ª semana.
Eficacia	Depende de la capacidad de la usuaria para tomar una píldora cada día.	Menos dependiente de la usuaria. La usuaria debe regresar a la clínica cada 4 semanas (más o menos 7 días).	Requiere la atención de la usuaria una vez por semana.	Depende de que la usuaria mantenga el anillo colocado todo el día, sin quitarlo durante más de 3 horas por vez.
Patrones de sangrado	Generalmente, sangrado irregular los primeros meses y luego sangrado más leve y más regular.	El sangrado irregular o la ausencia de sangrado es más común que con AOC. Algunas también tienen sangrado prolongado en los primeros meses.	Similar a AOC, pero el sangrado irregular es más común en los primeros ciclos que con AOC.	Similar a AOC, pero el sangrado irregular es menos común que con AOC.
Privacidad	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las píldoras.	No existen signos físicos del uso.	El parche es visible para la pareja o para otros.	Algunas parejas pueden llegar a sentir el anillo.

Comparación de inyectables

Características	AMPD	NET-EN	Inyectables mensuales
Tiempo entre inyecciones	3 meses.	2 meses.	1 mes.
¿Cuánto puede adelantarse o retrasarse la próxima inyección?	adelantarse 2 semanas, atrasarse 4 semanas.	2 semanas.	7 días.
Técnica de la inyección	Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo, o nalgas. (Ver también, Inyectables de progestágeno solo, Nueva formulación de AMPD, p. 63.)	Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo, o nalgas. Puede ser ligeramente más dolorosa que la AMPD.	Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo, nalgas, o muslo externo.
Patrones típicos de sangrado en el primer año	Al principio, sangrado irregular y prolongado, luego, ausencia de sangrado o sangrado infrecuente. Después de 1 año, cerca del 40% de las usuarias no tienen menstruación.	En los 6 primeros meses, sangrado irregular o prolongado, pero episodios de sangrado más cortos que con AMPD. Después de 6 meses, los patrones de sangrado son similares a los de AMPD. Después de 1 año, 30% de las usuarias no tienen menstruación.	En los primeros 3 meses, sangrado irregular, frecuente, o prolongado. Para el primer año, la mayoría presenta patrones de sangrado regulares. Después de 1 año, cerca del 2% de las usuarias no tienen menstruación.
Aumento promedio de peso	1–2 kg por año.	1–2 kg por año.	1 kg por año.
Tasa de embarazo, como se utiliza comúnmente	Cerca de 3 embarazos por cada 100 mujeres en el correr del primer año.	Se supone similar a las de AMPD.	
Demora promedio para quedar embarazada después de interrumpir las inyecciones	4 meses más que para mujeres que usan otros métodos.	1 mes más que para mujeres que usan otros métodos.	1 mes más que para mujeres que usan otros métodos.

Comparación de implantes

Características	Jadelle	Implanon	Sino-Implant (II)	Norplant
Tipo de progestágeno	Levonorgestrel	Etonogestrel	Levonorgestrel	Levonorgestrel
Número	2 cilindros.	1 cilindro.	2 cilindro.	6 cápsulas.
Vida útil	Hasta 5 años.	3 años.	4 años, se puede extender a 5.	Hasta 7 años.
Eficacia y peso de la paciente (ver también, Implantes, Pregunta 9, p. 130)	80 kg o más: Se vuelve menos eficaz después de 4 años de uso.	El peso no tiene un impacto conocido sobre la eficacia.	80 kg o más: Se vuelve menos eficaz después de 4 años de uso.	80 kg o más: Se vuelve menos eficaz después de 4 años de uso. 70–79 kg: Se vuelve menos eficaz después de 5 años de uso.
Disponibilidad	Se espera sustituya al Norplant en el 2011.	Disponible principalmente en Europa, Asia y África. Su uso también está aprobado en Estados Unidos.	Disponible principalmente en Asia y África.	En proceso gradual de abandono (ver Implantes, Pregunta 11, p. 130).

Comparación de condones

Características	Condones masculinos	Condones femeninos
Cómo usarlo	Se calza en el pene del hombre, quedando ajustado al pene.	Se inserta en la vagina de la mujer. Reviste la vagina holgadamente y no aprieta el pene.
Cuándo se coloca	Se pone en el pene erecto justo antes del sexo.	Puede colocarse hasta 8 horas antes del sexo.
Material	La mayoría están hechos de látex; algunos son de materiales sintéticos o membranas animales.	La mayoría están hechos de una fina película sintética; unos pocos están hechos de látex.
Sensación durante el sexo	Cambian la sensación en el sexo.	Menos quejas de modificación de la sensación en el sexo que con condones masculinos.

Continúa en la próxima página

Características	Condomes masculinos	Condomes femeninos
Ruido durante el sexo	Puede hacer un ruido de frotamiento durante el sexo.	Puede crujir o chirriar durante el sexo
Lubricantes a utilizar	Los usuarios pueden agregar lubricantes: <ul style="list-style-type: none"> ● Solamente a base de agua o a base de siliconas. ● Se aplican al exterior del condón. 	Las usuarias pueden agregar lubricantes: <ul style="list-style-type: none"> ● A base de agua, siliconas o aceite. ● Se aplica al exterior del condón antes de colocárselo. ● Se aplica al interior del condón, luego de colocado, o al pene.
Roturas o deslizamiento	Tienden a romperse más que los condones femeninos.	Tienden a salirse con más frecuencia que los condones masculinos.
Cuándo quitárselo	Requiere retirarlo de la vagina antes que ceda la erección.	Puede mantenerse en la vagina después que ceda la erección. Requiere retirárselo antes de que la mujer se ponga de pie.
Qué protege	Cubre y protege la mayor parte del pene, protege los genitales internos de la mujer.	Cubre los genitales tanto internos como externos de la mujer y la base del pene.
Cómo guardar	Evitar calor, luz y humedad.	Los condones plásticos no se dañan por el calor, la luz y la humedad.
Reutilización	No se pueden reutilizar.	No se recomienda reutilizarlos (ver Condomes femeninos, Pregunta 5, p. 220).
Costo y disponibilidad	En general, bajo costo y fácilmente accesibles.	En general, más caros y más difíciles de conseguir que los condones femeninos

Comparación de los DIU

Características	DIU de Cobre	DIU de Levonorgestrel
Eficacia	Aproximadamente iguales. Ambos están entre los métodos más eficaces.	
Vida útil	Aprobado durante 10 años.	Aprobado durante 5 años.
Patrones de sangrado	Menstruación más prolongada y profusa, sangrado irregular y más calambres o dolores durante la menstruación.	Más sangrado irregular y manchado en los primeros meses. Después de 1 año, lo más frecuente es la ausencia de menstruación. Con el tiempo, causa menos sangrado que el DIU de cobre.
Anemia	Puede aumentar la anemia por deficiencia de hierro si antes de la colocación la mujer ya tiene déficit de hierro.	Puede ayudar a evitar la anemia por deficiencia de hierro.
Principales razones para interrumpir su uso	Aumento del sangrado y el dolor.	Ausencia de menstruación y efectos secundarios hormonales.
Beneficios no anticonceptivos	Puede ayudar a proteger contra el cáncer endometrial.	Tratamiento eficaz para la menstruación prolongada y profusa (alternativo de la histerectomía). Puede también ayudar a tratar la menstruación dolorosa. Se puede usar igual que el progestágeno en la terapia de reemplazo hormonal.
Uso posparto	Puede colocarse hasta 48 horas posparto.	Puede colocarse después de 4 semanas posparto.
Uso como anticoncepción de emergencia	Puede utilizarse dentro de los 5 días de sexo sin protección.	No recomendado.
Colocación	Requiere capacitación específica, pero es más fácil de colocar que el DIU de levonorgestrel.	Requiere capacitación específica y una técnica de colocación única, más difícil. Al colocarlo la mujer puede experimentar más desvanecimientos, dolor y náuseas o vómitos que con el DIU de cobre.
Costo	Menos costoso.	Más caro.

Uso correcto del condón masculino



1. Use un condón nuevo para cada acto sexual



2. Antes de cualquier contacto, coloque el condón en la punta del pene erecto, con la parte enrollada hacia afuera



3. Desenrolle el condón hasta la base del pene



4. Luego de la eyaculación, mantenga el borde del condón colocado, y retírelo mientras el pene sigue erecto



5. Elimine el condón usado de manera segura

Anatomía femenina

y funcionamiento de los anticonceptivos en la mujer

Anatomía interna

Vientre (útero)

Lugar en el que crece el huevo fertilizado y se transforma en un feto. Si bien el DIU se coloca en el útero, actúa impidiendo la fertilización en las trompas de Falopio. Los *DIU de cobre* también eliminan los espermatozoides al desplazarse hacia el útero.

Ovario

Lugar en el que se desarrollan los óvulos, de donde se libera uno todos los meses. El *Método de amenorrea de la lactancia (MELA)* y los *métodos hormonales*, especialmente los que contienen estrógeno, impiden la liberación de los óvulos. Los *métodos basados en el conocimiento de la fertilidad* requieren evitar el sexo no protegido en el tiempo cercano a la liberación del óvulo.

Revestimiento uterino (endometrio)

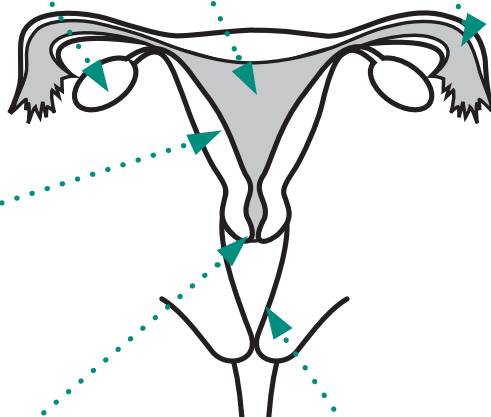
Revestimiento del útero, que se engrosa gradualmente y luego se desprende durante el sangrado mensual.

Cérvix

La porción inferior del útero, que se extiende hasta la parte superior de la vagina. Produce mucus. Los *métodos hormonales* espesan ese mucus, lo que ayuda a impedir que el espermatozoide atraviese el cérvix. Algunos *métodos basados en el conocimiento de la fertilidad* requieren el control del mucus cervical. El *diafragma*, el *capuchón cervical* y la *esponja* cubren el cérvix para que los espermatozoides no puedan entrar.

Trompas de Falopio

Una vez al mes, un óvulo atraviesa una de las trompas desde el ovario. La fertilización tiene lugar en estas trompas cuando el espermatozoide encuentra al óvulo. La *esterilización femenina* implica cortar o colocar clips en las trompas de Falopio. Esto impide la unión de los espermatozoides y óvulos. El DIU produce una alteración química que altera el espermatozoide antes de que encuentre el óvulo en la trompa de Falopio.



Vagina

Una de los órganos sexuales externos con el útero. El *anillo combinado* se coloca en la vagina, donde libera hormonas que pasan a través de las paredes de la vagina. El condón femenino se coloca en la vagina, creando una barrera a los espermatozoides. Los espermicidas insertados en la vagina eliminan los espermatozoides.

Anatomía externa

Vello púbico

Vello que crece durante la pubertad y rodea los órganos femeninos

Clitoris

Estructura de tejido sensible que produce placer sexual

Labios menores

Dos pliegues de piel, por dentro de los labios externos, que se extienden desde el clítoris

Uretra

Orificio por donde sale el líquido de desecho (orina) del cuerpo

Labios mayores

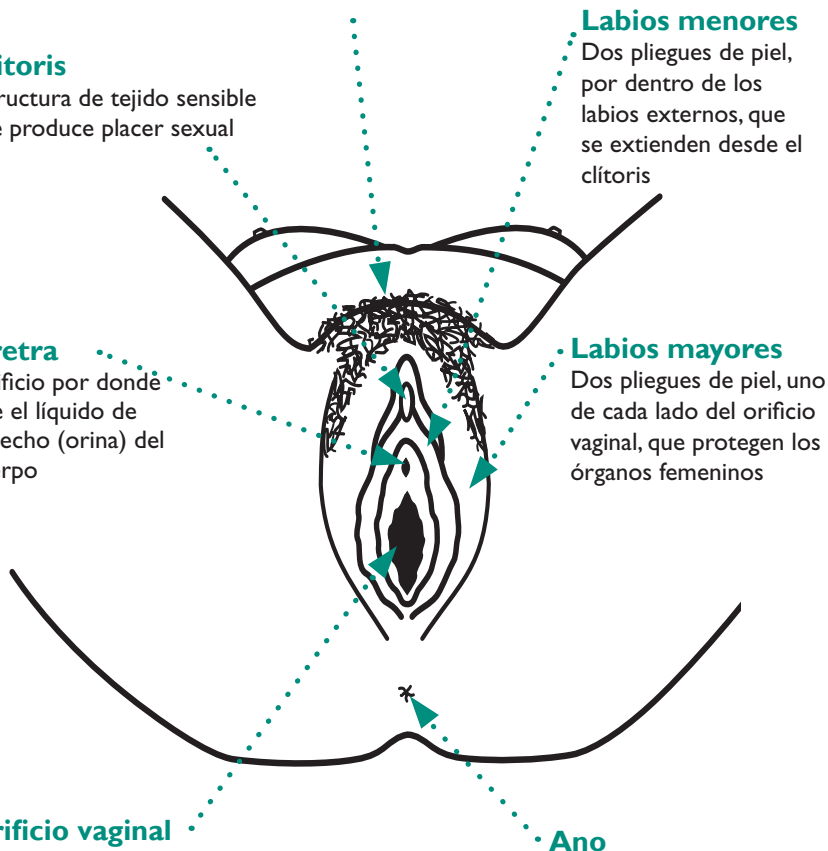
Dos pliegues de piel, uno de cada lado del orificio vaginal, que protegen los órganos femeninos

Orificio vaginal

Orificio en el que se introduce el pene del hombre durante el coito. Orificio de salida de la sangre durante la menstruación

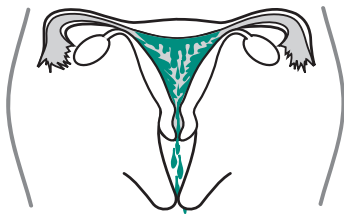
Ano

Orificio por donde se expulsan las materias fecales



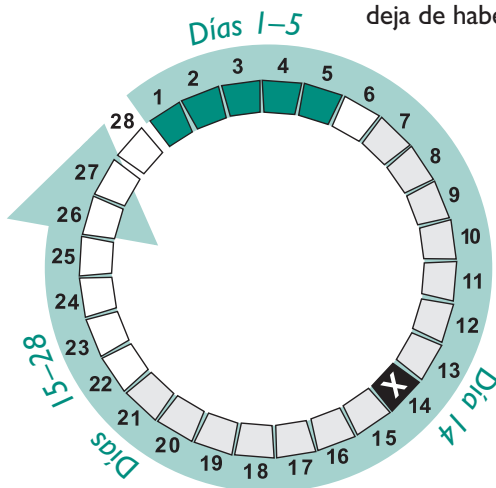
El ciclo menstrual

1 Días 1-5: Sangrado menstrual

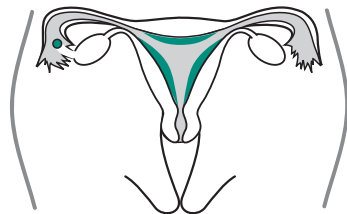


En general dura entre 2-7 días,
frecuentemente cerca de 5 días

Si no se produce embarazo, se desprende el revestimiento del útero, expulsándose por la vagina. Este sangrado mensual también se llama menstruación. Cuando eso sucede, las contracciones del útero pueden provocar calambres. Algunas mujeres sangran durante un corto período (por ejemplo, 2 días), mientras que otras sangran hasta 8 días. El sangrado puede ser profuso o leve. Si el espermatozoide de un hombre fertiliza el óvulo, la mujer puede quedar embarazada y deja de haber menstruación.



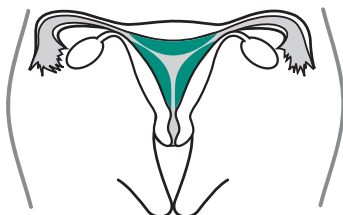
2 Día 14: Liberación del óvulo



En general tiene lugar entre los días 7 y 21 del ciclo, a menudo cerca del día 14

Normalmente, uno de los ovarios libera un óvulo en cada ciclo (en general, una vez al mes). El óvulo viaja por las trompas de Falopio hacia el útero. En ese momento puede ser fertilizado en las trompas por un espermatozoide que ha viajado desde la vagina.

3 Días 15-28: Engrosamiento del revesimiento uterino



En general el útero se engrosa durante unos 14 días después de la ovulación

En este período, el revestimiento del útero (endometrio) se vuelve más grueso, preparándose para anidar un huevo. Por lo general, no se produce embarazo y el óvulo sin fertilizar se disuelve en el tracto reproductor.

Anatomía masculina

y funcionamiento de los anticonceptivos en el hombre

Pene

Órgano sexual masculino constituido por tejido esponjoso. Cuando el hombre presenta excitación sexual, el pene se alarga y se pone rígido. En el momento de mayor excitación (orgasmo), se produce la eyacuación, es decir, la salida de semen que contiene espermatozoides. El *condón masculino* cubre el pene erecto, evitando la entrada de espermatozoides en la vagina de la mujer. El *retiro* del pene de la vagina evita la entrada de semen.

Uretra

Conducto a través del cual sale el semen del cuerpo. La orina (desecho líquido) sale por el mismo conducto.

Prepucio

Capucha de piel que cubre el extremo del pene. La circuncisión elimina el prepucio.

Escroto

Saco de piel fina y floja que contiene los testículos.

Testículos

Órganos que producen los espermatozoides.

Vesículas seminales

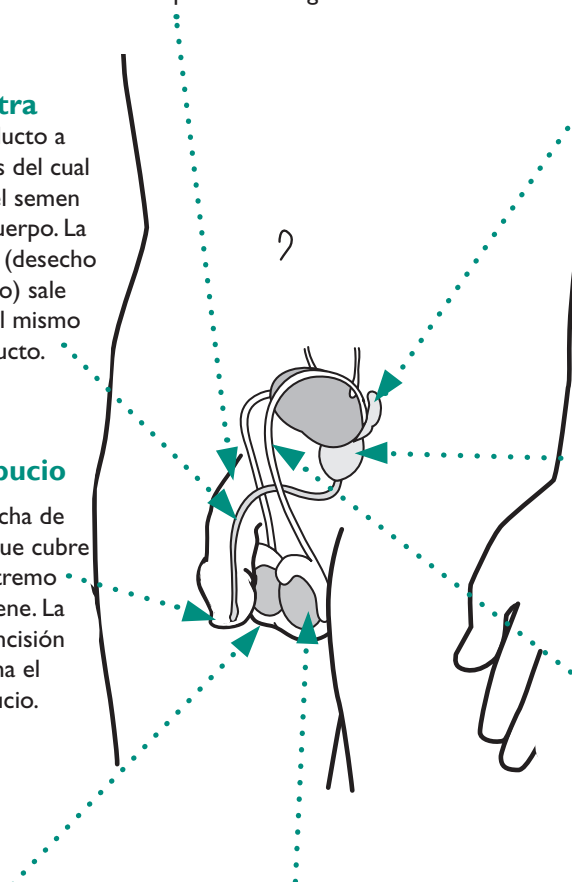
Lugar donde se mezclan los espermatozoides con el semen.

Próstata

Órgano que produce parte del líquido del semen.

Vaso deferente

Dos conductos finos que llevan los espermatozoides desde los testículos a las vesículas seminales. En la *vasectomía* se cortan o bloquean estos conductos para que los espermatozoides no lleguen al semen.



Identificación de cefaleas y auras migrañosas

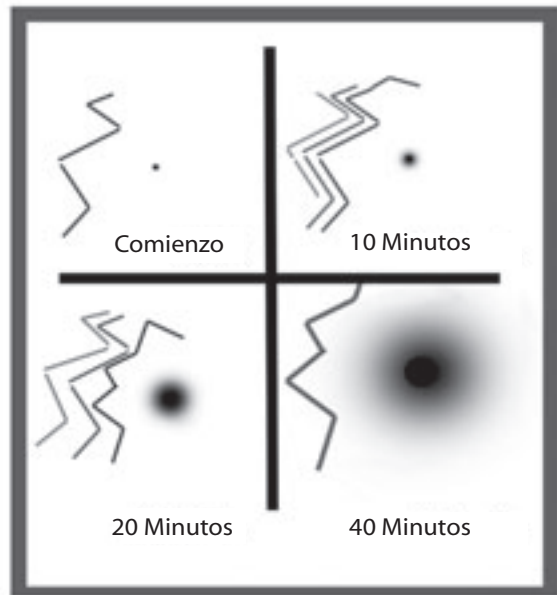
Es importante identificar a las mujeres que sufren de cefaleas migrañosas y/o auras porque las migrañas y el aura en particular, conllevan un mayor riesgo de accidente cerebro vascular. Algunos anticonceptivos orales pueden aumentar aun más ese riesgo.

Cefaleas migrañosas

- Dolor de cabeza intenso, recurrente, pulsátil, con frecuencia de un solo lado de la cabeza, que puede durar de 4 a 72 horas.
- El movimiento a menudo empeora la cefalea migrañosa.
- Además, puede haber náuseas, vómitos y sensibilidad a la luz o el ruido.

Aura migrañosa

- Alteraciones del sistema nervioso que afectan a la vista y a veces el tacto y el habla.
- Casi todas las auras incluyen un área brillante con pérdida de visión de un ojo que aumenta de tamaño y toma la forma de una media luna con bordes en zigzag.
- Cerca del 30% de las auras incluyen también una sensación de “pinchazo de agujas” en una mano que se extiende hacia todo el brazo y a un lado de la cara. Algunas auras también incluyen dificultades en el habla. Las manchas o destellos y la visión borrosa que a menudo aparecen durante las cefaleas migrañosas no constituyen un aura.
- El aura aparece lentamente a lo largo de varios minutos y cede en el transcurso de una hora, por lo general antes de comenzar la cefalea. (Por el contrario, un oscurecimiento repentino en un ojo, en particular si se acompaña de sensación de “pinchazo de agujas” o falta de fuerzas en el brazo o pierna opuestos, puede indicar un accidente cerebrovascular.)



Los sujetos describen las auras visuales como ondas o líneas brillantes, resplandecientes, alrededor de un área brillante con pérdida de visión, que aumenta de tamaño y se adopta la forma de una media luna con bordes en zigzag. La mancha negra muestra el aumento de tamaño del área con pérdida de visión con el transcurso del tiempo

Identificación de las migrañas

Para mujeres que desean un método hormonal ^{‡§} o que están utilizando uno.

Si la mujer relata cefaleas muy fuertes, hágale las siguientes preguntas para diferenciar entre una migraña y una cefalea común. Si contesta “sí” a dos de cualquiera de estas preguntas, probablemente sufra de migrañas. Prosiga interrogando sobre auras migrañosas, como sigue.

1. **¿Sus cefaleas le producen malestar estomacal?**
2. **Cuando tiene una cefalea, ¿la luz y el ruido le molestan mucho más que cuando no tiene cefaleas?**
3. **¿Tiene cefaleas que le hagan interrumpir su trabajo o dejar sus tareas habituales durante un día o más?**

Identificación de auras migrañosas

Realice estas preguntas a fin de identificar las auras migrañosas más comunes. Si la mujer responde “sí”, es probable que sufra de auras migrañosas.

1. **¿Alguna vez le apareció una luz brillante que dure entre 5 y 60 minutos, con pérdida de nitidez en la visión, en general de un solo lado, todo seguido de una cefalea? (Las mujeres con ese tipo de aura a menudo levantan una mano al costado de su cabeza cuando describen esta alteración de la visión. En algunos casos la luz brillante no va seguida de una cefalea.)**

Si las cefaleas no son migrañas y la mujer no tiene aura, podrá comenzar o continuar los métodos hormonales, siempre y cuando sea médicamente elegible. No obstante, cualquier cambio ulterior de sus cefaleas deberá ser evaluado.

¿Puede una mujer con migrañas y/o aura utilizar un método hormonal?

En situaciones en que el juicio clínico se encuentra limitado: Sí = Sí, puede usar No = No puede usar
 I = Iniciación C = Continuación

	Métodos combinados [‡]		Métodos de progestágeno solo [§]	
	I	C	I	C
Cefaleas migrañosas	I	C	I	C
Sin aura				
Edad < 35	Sí	No	Sí	Sí
Edad ≥ 35	No	No	Sí	Sí
Con aura, a cualquier edad	No	No	Sí	No

[‡] Métodos con estrógeno y progestágeno: anticonceptivos orales combinados, inyectables mensuales, parche combinado y anillo vaginal combinado

[§] Métodos de progestágeno solo: píldoras de progestágeno solo, inyectables de progestágeno solo, e implantes

Otras opciones para evaluar el embarazo

La mujer puede comenzar a utilizar un método anticonceptivo hormonal o, en la mayoría de los casos, un DIU, siempre que exista una razonable certeza de que no está embarazada. Esto abarca algunos días posteriores al comienzo del sangrado mensual, dependiendo del método. En otros períodos del ciclo menstrual de la mujer, a menudo se puede emplear la lista de verificación de la p. 372 para tener una razonable certeza de que no está embarazada.

Si la mujer contesta “no” a todas las preguntas de la lista de verificación de embarazo, igual puede o no estar embarazada. Casi siempre, antes de comenzar el método elegido, esas mujeres deberán usar un método de respaldo* y esperar, sea a su próximo sangrado mensual o hasta que sea evidente que está embarazada.

Sin embargo, en algunos casos, algunos proveedores pueden desear verificar el embarazo por otros medios. Para hacerlo, el proveedor puede seguir uno de los paquetes de instrucciones a continuación, según su situación y capacitación. Estas opciones son especialmente útiles cuando haya razones plausibles – que no constituyan embarazo – que expliquen que la mujer no haya tenido su menstruación durante varios meses. Entre esas razones se incluyen:

- La mujer tuvo el parto hace más de 6 meses y sigue amamantando.
- La mujer sigue sin tener su menstruación, habiendo interrumpido recientemente los inyectables de progestágeno solo.
- La mujer tiene una patología médica crónica que interrumpe la menstruación.

Evaluación para descartar embarazo

Si se dispone de una prueba de embarazo:

- Realícele una prueba de embarazo de orina o remítala a alguna unidad de salud donde dispongan de tales pruebas. Si la prueba resulta negativa, suminístrele el método anticonceptivo que ella quiera.

Si se dispone de una prueba de embarazo pero el proveedor puede realizar un examen pélvico bimanual:

- Obtenga la historia de la mujer, incluyendo la fecha de su última menstruación y pregunte si presenta signos o síntomas de embarazo (ver síntomas en la página siguiente).
- Realice un examen pélvico bimanual para determinar el tamaño de su útero, para permitir una comparación ulterior.
- Proporciónale un método de respaldo y enséñele cómo usarlo de modo sistemático y correcto. Solicítele que regrese en unas 4 semanas o cuando tenga su próximo sangrado menstrual, lo que ocurra primero.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculinos y femeninos, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Si es posible, proporciónale condones.

Cuando vuelva:

- Si regresa con el sangrado mensual, déle el método anticonceptivo que desee.
- Si regresa aún sin haber menstruado, habiendo transcurrido 4 semanas, realícele un segundo examen pélvico.
 - La mujer que solía tener sus menstruaciones regularmente y ahora no tiene menstruación probablemente esté embarazada y tenga un agrandamiento del útero.
 - Si no existe agrandamiento del útero, ni otros signos o síntomas de embarazo y ha utilizado un método de respaldo de manera sistemática y correcta, déle el método anticonceptivo que desee. Puede que necesite seguir con el método de respaldo durante los primeros días, dependiendo de las especificaciones para cada método.

Si no se dispone de una prueba de embarazo ni un examen pélvico bimanual:

- El proveedor puede dar a la mujer un método de respaldo y pedirle que regrese cuando aparezca su próxima menstruación o en 12 a 14 semanas, lo que ocurra primero.

Cuando vuelva:

- Si regresa con menstruación, déle el método anticonceptivo que ella desee.
- Si regresa aún sin haber menstruado, habiendo transcurrido 12 a 14 semanas:
 - Si está embarazada, se puede palpar el útero desde afuera, a través de la pared abdominal inferior, viniendo desde abajo.
 - Si el útero no está agrandado de tamaño y no hay otros signos ni síntomas de embarazo y ha utilizado un método de respaldo de manera sistemática y correcta, proporcionele el método anticonceptivo que ella desee. Tal vez tenga que seguir con su método de respaldo los primeros días de uso, según se especifique para cada método.

Dígale que regrese a la clínica en cualquier momento si cree estar embarazada, o si tiene signos o síntomas de embarazo (ver debajo). Si usted sospecha la existencia de algún problema subyacente de salud que explique la ausencia prolongada de la menstruación, remita a la mujer para su evaluación y atención.

Signos y síntomas de embarazo

- Náuseas
- Aumento en la frecuencia de la micción
- Sensibilidad en los senos
- Aumento de la sensibilidad a los olores
- Fatiga
- Cambios de humor
- Vómitos
- Aumento de peso

Lista de verificación de embarazo

Haga a la usuaria las preguntas 1-6. Cuando la usuaria conteste que “sí” a cualquier pregunta, deténgase y siga las instrucciones:

NO		SÍ
	1 ¿Ha tenido un bebé hace menos de 6 meses, está alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva y no ha vuelto a menstruar desde entonces?	
	2 ¿Se ha abstenido del coito desde su última menstruación o parto?	
	3 ¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas?	
	4 ¿Su última menstruación comenzó hace menos de 7 días (o hace menos de 12 días si la usuaria tiene intenciones de utilizar un DIU)?	
	5 ¿Ha tenido una pérdida de embarazo o aborto en los últimos 7 días (o en los últimos 12 días si la paciente piensa utilizar un DIU)?	
	6 ¿Ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable de manera sistemática y correcta?	



Aunque la usuaria haya contestado que “no” a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo. La paciente deberá esperar a su próxima menstruación o tendrá que usar una prueba de embarazo.



Si la usuaria contestó que “sí” *al menos a una* de las preguntas y no presenta signos o síntomas de embarazo, puede darle el método que eligió.

Si omite alguna píldora

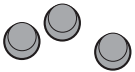
Tome siempre una píldora tan pronto como lo recuerde, y siga tomándolas, una por día.

Además...



Si omite 3 píldoras o más, o si demora 3 días o más en comenzar un paquete

Use condones o evite el sexo los próximos 7 días



o



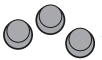
DURANTE



Si omite 3 píldoras o más en la semana 3:

Use condones o evite el sexo los próximos 7 días

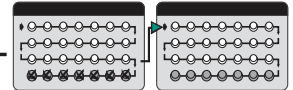
También, saltee las píldoras no hormonales (o saltee la semana en que no corresponde tomar píldoras) y comience a tomar píldoras ya del paquete siguiente



o

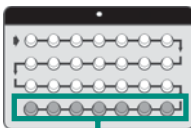


DURANTE



Si omite cualquier píldora no hormonal (últimas 7 píldoras sólo en el paquete de 28 píldoras)

Descarte la píldora omitida y continúe tomando una píldora cada día



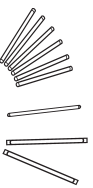
píldora no hormonal



Comparación de la eficacia de los métodos de planificación familiar

Más eficaz

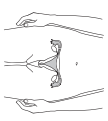
Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en un año



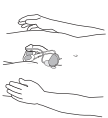
Implantes



DIU



Esterilización femenina



Vasectomía

Cómo hacer su método más eficaz

Implantes, DIU, esterilización femenina:

Después del procedimiento, poco o nada que hacer o recordar

Vasectomía: use otro método durante los primeros 3 meses

Inyectables: repita las inyecciones en fecha

Método de amenorrea de lactancia (durante 6 meses): amamante con frecuencia, día y noche

Pildoras: tome una píldora por día

Parche, anillo: mantenga en su lugar; cambie a tiempo

Condones, diafragmas: use correctamente cada vez que tenga sexo

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: absténgase de tener sexo o use condones en los días fértiles; los métodos más nuevos (Método de los Días Fijos o Método de los Dos Días) pueden ser más fáciles de usar.

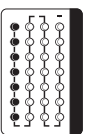
Retiro, espermicidas: use correctamente cada vez que tenga sexo



Inyectables



MELA



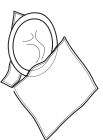
Píldoras



Parche



Anillo vaginal



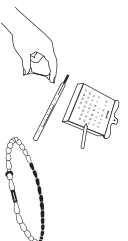
Condones masculinos



Diafragma



Condones femeninos



Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad



Retiro



Espermicidas

Menos eficaz

Cerca de 30 embarazos por cada 100 mujeres en un año

ISBN-13: 978-0-9788563-0-4

ISBN-10: 0-9788563-0-9



9 780978 856304