Línea Salud Sexual
0800 222 3444

El Ministerio de Salud de la Nación presenta **Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud**, una publicación de la *Serie Actualización Profesional* del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que presenta información actualizada, validada científicamente y de uso práctico sobre los métodos anticonceptivos.

Elaborada en forma coordinada con la **Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)**, la guía está destinada a los equipos de salud que realizan Consejerías en salud sexual y reproductiva, especialmente a quienes tienen a su cargo la tarea de prescribir los métodos anticonceptivos.

La publicación presenta información precisa sobre métodos de barrera, hormonales combinados, hormonales sólo de progestágenos, anticoncepción hormonal de emergencia, métodos intrauterinos, anticoncepción quirúrgica y métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer. Hace énfasis en los *Criterios de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud* (OMS) como parámetro para establecer el anticonceptivo más apropiado para cada usuaria o usuario según su situación de salud.

Hay capítulos específicos dedicados a qué tener en cuenta como anticoncepción en el momento de la lactancia, en distintos momentos de la vida fértil de la mujer, luego de un evento obstétrico y si la usuaria vive con VIH.

Finalmente, se presentan procedimientos para garantizar el acceso de la población a los métodos anticonceptivos, de qué forma remover barreras de acceso y una actualización del marco de actuación profesional a partir de los avances en los aspectos jurídicos que regulan el campo de los derechos sexuales y reproductivos.

Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925 (C1073ABA), CABA - República Argentina
Teléfono: (54 11) 4379-9012
Web: www.msal.gov.ar

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS - *Guía práctica para profesionales de la salud*

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Guía práctica para profesionales de la salud

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Guía práctica para
profesionales de la salud

Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud
Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Salud Comunitaria
Dr. Daniel Gustavo Gollan

Subsecretario de Medicina Comunitaria, Maternidad e Infancia
Dr. Nicolás Kreplak

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
Dra. Adriana Álvarez

Buenos Aires
Agosto 2014

Prólogo

Servicios de salud sexual y reproductiva de calidad: un paso hacia el cumplimiento efectivo de los derechos.

A dos años de su primera edición, esta guía se propone nuevamente como una herramienta de utilidad para nuestro sistema de salud, que fortalezca a los equipos en su trabajo diario y en la tarea de mejorar el acceso, uso y adherencia a los métodos anticonceptivos de cada persona que los requiera, en cada rincón del país.

Esta publicación es una herramienta de consulta para los equipos de hospitales, centros de salud, obras sociales y servicios de medicina pre paga, en sus prácticas cotidianas de atención en salud sexual y salud reproductiva.

Elaborada en forma coordinada por la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el equipo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), la guía cuenta con información actualizada, validada científicamente y de uso práctico sobre los métodos anticonceptivos.

En estas páginas se presentan, además, los lineamientos a seguir en el desarrollo de las consejerías o asesorías en salud sexual y salud reproductiva, prestación de gran importancia para la adherencia y el trabajo en la promoción y prevención en temas de salud. Además se suma una actualización del marco de actuación profesional a partir de los avances en los aspectos jurídicos que regulan el campo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

La guía se acompaña con un kit, formado por una lámina y una rueda sobre criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos, elaborado y actualizado con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Con un sistema de aseguramiento de insumos consolidado, que garantiza la distribución a todo el país de una canasta variada de métodos anticonceptivos y a su vez incorpora nuevas opciones; destacamos la importancia de la información y los criterios de esta guía de uso práctico sobre métodos anticonceptivos.

Las capacitaciones en consejería/asesorías realizadas por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, incluyeron durante estos años el trabajo con los equipos sobre las recomendaciones y criterios de esta publicación.

Los procesos de apropiación y de utilización de estos lineamientos por parte de los equipos, así como su adecuación creativa a los contextos de cada establecimiento de salud, son desafíos centrales para orientar la dinámica de los servicios hacia una atención de calidad, en pos del cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud

Serie: Actualización Profesional

Esta publicación fue elaborada por la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación

Elaboración de contenidos médicos: Dra. Belén Provenzano (PNSSyPR), Dra. Silvia Chera (PNSSyPR) y AMADA.
Edición: Eva Amorín (PNSSyPR)
Coordinación General de Información Pública y Comunicación / Coordinadora Valeria Zapesochny
Diseño: Ma. Eugenia de León (Coordinación General de Información Pública y Comunicación)
Producción fotográfica: Sebastián Dupuy / Agustina de la Puente (Coordinación General de Información Pública y Comunicación)
Ilustraciones: Selva Zabronski
Corrección ortográfica y de estilo: Pablo Santiago y Milena F. Randucci

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)

Comisión directiva: Dra. Silvia Bonsergent (presidenta); Dra.Silvia Ciarmatori (vice presidenta); Marisa Labovsky (secretaria); Gabriela Kosoy (tesorera); Analía Tablado; María Susana Moggia; Silvina Pradier; Dora Daldevich; Damián Branca; M. E. Escobar de Fernández; Lía Arribas; Patricia Riopedre; Laura Ricover; Elina Coccio; (vocales titulares), Andrea Sampere; María Elisa Moltoni; María Alejandra Martínez; (vocales suplentes); Stella Maris Silva y Claudia Diez Beltran (comisión revisora de cuentas).

Comisión científica: Carlos López Kaufman (coordinadora); Lucía Katabian; Silvia Oizerovich; Eugenia Trumper; Inés de la Parra; Gabriela Perrotta; Lic. Hilda Santos; Dr. Julio Seoane; Enrique Bagnati; Ana Tropp y Dra. Graciela Ortiz

Delegaciones: Adriana Álvarez (Tucumán), Claudia Diez Beltrán (Pcia. Buenos Aires, Zona Norte), Mara Martínez Monteagudo y Viviana Fernández (Provincia de Buenos Aires, Zona Sur); Florencia Kiguel (Chubut), Sara Ochoa y Beatriz Fernández (Córdoba), Patricia Perfumo y María Juliana Weisburd (Rosario), María del Carmen Tinari de Platiní y Silvina Chedda (Santiago del Estero), María Cristina Zúñiga y Cintia Pérez Bazán (Mendoza), Claudia Noriega (San Juan), Alicia Campanera (Jujuy), Alicia Díaz (Misiones).

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
Ministerio de Salud de la Nación

Av. Rivadavia 875, Piso 7 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfonos: (+54 11) 4342 3470 / 3484 / 3375
Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar
Web: www.msal.gov.ar/saludsexual
Línea 0800 Salud Sexual: 0800 222 3444

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA)

Dirección: Paraná 326, Piso 9, oficina 36
(1017AAH) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfonos (+54 11) 4373-2002
Correo electrónico: amada@amada.org.ar
Web: http://www.amada.org.ar

Índice General

Capítulo 1. Consejerías en salud sexual y reproductiva 17
1.1. El por qué de la consejería 19
1.2. ¿Qué es la consejería en salud sexual y reproductiva? 19
1.2.1. Principios para la consejería 20
1.2.1.1. Perspectiva de derechos 20
1.2.1.2. Enfoque de género 21
1.3. Estrategia de consejería 21
1.3.1. Encuadre de trabajo 22
1.3.2. La comunicación: clave en la realización de consejerías 23
1.4. Consideraciones especiales para equipos 24
1.5. Oportunidad del testeo de VIH y screening de sífilis 25
1.5.1. El test de VIH 26
1.5.1.1. Test a embarazadas y a sus parejas 26
1.5.1.2. Resultados posibles y período ventana 27
1.5.2. Asesoramiento pre y post test: nociones básicas para su implementación 27
1.5.2.1. Asesoramiento antes de realizar el test de VIH 27
1.5.2.2. Asesoramiento al momento de la devolución del resultado del test de VIH 28

Capítulo 2. Fisiología de los órganos sexuales de la mujer y del varón 29
2.1. Órganos sexuales de la mujer 31
2.1.1. Anatomía 31
2.1.2. Fisiología del ciclo menstrual de la mujer 32
2.1.2.1. Algunos términos a tener en cuenta 33
2.1.3. Ovulación 34
2.2. Órganos sexuales del varón 36
2.2.1. Anatomía 36
2.2.2. Fisiología 36
2.2.2.1. Espermatogénesis 36
2.2.3. Conductos espermáticos y glándulas seminales 37
2.2.4. Esperma y semen 38
2.2.5. Fecundación 38

Capítulo 3. Métodos anticonceptivos (MAC) - Generalidades 41
3.1. ¿Qué son los métodos anticonceptivos? 43

3.1.1. Doble protección 43
3.2. Historia de los MAC 44
3.3. Clasificación de los MAC 44
3.3.1. Anticonceptivos de barrera 44
3.3.2. Anticonceptivos hormonales 45
3.3.3. Métodos intrauterinos 45
3.3.4. Anticonceptivos quirúrgicos 46
3.3.5. Anticonceptivos químicos 46
3.3.6. Método de amenorrea de la lactancia (MELA) 46
3.3.7. Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer (MBCF) 46
3.4. Información necesaria para elegir los MAC 46
3.5. Eficacia de los MAC 47
3.6. Requisitos legales 48
3.7. Prácticas previas recomendadas para el uso de los MAC 48
3.7.1. Prácticas y nivel de recomendación 48

Capítulo 4. Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos 53
4.1. Criterios médicos de elegibilidad según la OMS 55
4.2. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona 56
4.2.1. Categorías para la anticoncepción quirúrgica 57
4.3. Inicio y continuación del uso de métodos 57

Capítulo 5. Métodos de Barrera 63
Introducción 65
5.1. Preservativo masculino 66
5.1.1. Mecanismo de acción 68
5.1.2. Eficacia anticonceptiva 69
5.1.3. Recuperación de la fertilidad 69
5.1.4. Protección contra las ITS/VIH 69
5.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 69
5.1.6. Administración del método 69
5.1.6.1. Cómo utilizar el preservativo 70
5.1.6.2. Uso de lubricante 71
5.1.6.3. Dificultades en el uso del preservativo 71
5.1.7. ¿Cómo proceder en caso de rotura o uso inadecuado? 72
5.1.7.1. Profilaxis Post Exposición no ocupacional para VIH (PPE) 73
5.1.8. Efectos secundarios 75

5.2. Preservativo femenino 76
5.2.1. Mecanismo de acción 77
5.2.2. Eficacia anticonceptiva 77
5.2.3. Recuperación de la fertilidad 77
5.2.4. Protección contra las ITS/VIH 77
5.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 77
5.2.6. Administración del método 77
5.2.6.1. Cómo utilizar el preservativo 77
5.2.6.2. Dificultades en el uso del preservativo femenino 79
5.2.7. Efectos secundarios 79
5.3. Diafragma vaginal 80
5.3.1. Mecanismo de acción 81
5.3.2. Eficacia anticonceptiva 81
5.3.3. Recuperación de la ferilidad 81
5.3.4. Protección contra las ITS/VIH 81
5.3.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 81
5.3.6. Administración del método 82
5.3.6.1. Cómo utilizar el diafragma 82
5.3.7. Efectos secundarios 82
5.4. Protectores bucales 83
5.4.1. Mecanismo de acción 84
5.4.2. Presentación 84
5.4.3. Protección contra las ITS/VIH 85
5.4.4. Quién puede y quién no puede utilizar este método 85
5.4.5. Administración del método 85
5.4.5.1. Cómo utilizar el protector bucal 85
5.4.6. Efectos secundarios 85

Capítulo 6. Métodos hormonales combinados 87
Introducción 89
6.1. Anticonceptivos combinados orales (ACO) 90
6.1.1. Mecanismo de acción 92
6.1.2. Eficacia anticonceptiva 92
6.1.3. Recuperación de la fertilidad 92
6.1.4. Protección contra las ITS/VIH 92
6.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 92
6.1.6. Administración del método 94
6.1.6.1. Modo de tomar los ACO 95

6.1.6.2. Inicio de la toma 96
6.1.6.3. Cambio de método 96
6.1.6.4. Olvido de la toma 97
6.1.6.5. Qué hacer frente a vómitos y diarrea 98
6.1.6.6. Cómo modificar la fecha de sangrado con los ACO 98
6.1.6.7. Seguimiento 99
6.1.6.8. Cómo suspender el método 99
6.1.7. Efectos secundarios 99
6.2. Anticonceptivos combinados inyectables (ACI) 101
6.2.1. Mecanismo de acción 102
6.2.2. Eficacia anticonceptiva 102
6.2.3. Recuperación de la fertilidad 102
6.2.4. Protección contra las ITS/VIH 102
6.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 103
6.2.6. Administración del método 103
6.2.6.1. Modo de administración de los ACI 103
6.2.6.2. Inicio de la aplicación 104
6.2.6.3. Cambio de método 104
6.2.6.4. Retraso en la aplicación 104
6.2.6.5. Seguimiento 105
6.2.6.6. Cómo suspender el método 106
6.2.7. Efectos secundarios 106
6.3. Parches transdérmicos 107
6.3.1. Modo de administración 108
6.3.2. Ventajas 108
6.3.3. Desventajas 108
6.4. Anillos vaginales 109
6.4.1. Modo de administración 110
6.4.2. Ventajas 110
6.4.3. Desventajas 110

Capítulo 7. Métodos hormonales sólo de progestágenos **113**
Introducción 115
NO ANOVULATORIOS
7.1. Anticonceptivo solo de progestágeno oral de levonorgestrel o linestrenol 117
7.1.1. Mecanismo de Acción 118
7.1.2. Eficacia anticonceptiva 118
7.1.3. Recuperación de la fertilidad 118

7.1.4. Protección contra las ITS/VIH 118
7.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 118
7.1.6. Administración del método 119
7.1.6.1. Modo de tomar la Minipíldora 119
7.1.6.2. Inicio de la toma 120
7.1.6.3. Cambio de método 120
7.1.6.4. Olvido de la toma 120
7.1.6.5. Seguimiento 121
7.1.6.6. Cómo suspender el método 121
7.1.7. Efectos secundarios 121
ANOVULATORIOS
7.2. Anticonceptivo solo de progestágeno oral de desogestrel 122
7.2.1. Mecanismo de acción 123
7.2.2. Eficacia anticonceptiva 123
7.2.3. Recuperación de la fertilidad 123
7.2.4. Protección contra las ITS/VIH 123
7.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 123
7.2.6. Administración del método 124
7.2.6.1. Modo de administración 125
7.2.6.2. Inicio de la toma 125
7.2.6.3. Cambio de método 126
7.2.6.4. Olvido de la toma 126
7.2.6.5. Seguimiento 126
7.2.6.6. Cómo suspender el método 127
7.2.7. Efectos secundarios 127
7.3. Inyectable Trimestral: Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD) 128
7.3.1. Mecanismo de acción 129
7.3.2. Eficacia anticonceptiva 129
7.3.3. Recuperación de la fertilidad 129
7.3.4. Protección contra las ITS/VIH 129
7.3.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 129
7.3.6. Administración del método 130
7.3.6.1. Modo de administración 131
7.3.6.2. Inicio de la aplicación 131
7.3.6.3. Cambio de método 132
7.3.6.4. Retraso en la aplicación 132
7.3.6.5. Seguimiento 133
7.3.6.6. Cómo suspender el método 133
7.3.7. Efectos secundarios 133

7.4. Implantes subdérmicos 135
7.4.1. Mecanismo de acción 136
7.4.2. Eficacia anticonceptiva 136
7.4.3. Recuperación de la fertilidad 136
7.4.4. Protección contra las ITS/VIH 136
7.4.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 136
7.4.6. Administración del método 137
7.4.6.1. Modo de administración 137
7.4.6.2. Seguimiento 138
7.4.7. Efectos secundarios 138
7.4.7.1. Complicaciones 138

Capítulo 8. Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) 139
8.1. Características 141
8.1.1. Mecanismo de acción 141
8.1.2. Eficacia anticonceptiva 142
8.1.3. Recuperación de la fertilidad 142
8.1.4. Protección contra las ITS/VIH 142
8.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 142
8.2. Situaciones en las que se recomienda el uso de AHE 143
8.3. Administración de AHE 144
8.3.1. Otras formas de lograr anticoncepción de emergencia: Método Yuzpe 145
8.3.2. Importancia de tomar la AHE en el momento oportuno 145
8.3.3. Efectos secundarios 145
8.4. Oportunidad para informar sobre AHE 146
8.5. Posibilidad de disponer del método: Accesibilidad 146
8.6. Consejería en la urgencia anticonceptiva 147

Capítulo 9. Dispositivos intrauterinos 149
Introducción 151
9.1. Dispositivo intrauterino (DIU) medicado con cobre 152
9.1.1. Mecanismo de acción 154
9.1.2. Eficacia anticonceptiva 154
9.1.3. Recuperación de la fertilidad 155
9.1.4. Protección contra las ITS/VIH 155
9.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 155
9.1.6. Administración del método 157

9.1.6.1. Momento de inserción 157
9.1.6.2. Requisitos previos a la inserción del DIU 158
9.1.6.3. Colocación del DIU 160
9.1.6.4. Eventos relacionados con la inserción del DIU 161
9.1.6.5. Control post inserción. Seguimiento 166
9.1.6.6. Cómo suspender el método: extracción del DIU 166
9.1.6.7. Reinserción del DIU 167
9.1.7. Efectos secundarios 167
9.1.8. Conducta ante intercurrencias infecciosas y no infecciosas 169
9.2. Sistema de Liberación Intrauterino medicado con levonorgestrel (SIU LNG) o endoceptivo 172
9.2.1. Mecanismo de acción 173
9.2.2. Eficacia anticonceptiva 173
9.2.3. Recuperación de la fertilidad 173
9.2.4. Protección contra las ITS/VIH 173
9.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método 173
9.2.6. Administración del método 174
9.2.7. Efectos secundarios 174

Capítulo 10. Anticoncepción quirúrgica 175
10.1. Anticoncepción quirúrgica - Generalidades 177
10.1.1. Requisitos para acceder a la AQ 177
10.1.2. Consejería 178
10.1.3. Recomendaciones para el equipo de salud que realiza la consejería 178
10.1.4. Momento de la consejería 179
10.1.5. Consentimiento informado 179
10.1.6. El gran mito: ¿Y si después se arrepiente? 180
10.1.7. AQ en personas incapaces 180
10.1.8. Negativa profesional a realizar la AQ 180
10.2. Ligadura tubaria 181
10.2.1. Mecanismo de acción 182
10.2.2. Eficacia anticonceptiva 182
10.2.3. Recuperación de la fertilidad 182
10.2.4. Protección contra las ITS/VIH 182
10.2.5. Quién puede y quién no puede usar el método 182
10.2.6. Procedimiento quirúrgico 186
10.2.6.1. Antes del procedimiento prequirúrgico 186
10.2.6.2. Momento para realizar la LT 186
10.2.6.3. Vía de abordaje 186

10.2.6.4. Técnica quirúrgica 187
10.2.7. Post operatorio 187
10.2.8. Complicaciones de la ligadura tubaria 187
10.3. Vasectomía 188
10.3.1. Mecanismo de acción 189
10.3.2. Eficacia anticonceptiva 189
10.3.3. Recuperación de la fertilidad 189
10.3.4. Protección contra las ITS/VIH 190
10.3.5. Quién puede y quién no puede usar el método 190
10.3.6. Procedimiento quirúrgico 191
10.3.6.1. Momento para realizar la vasectomía 191
10.3.6.2. Técnicas quirúrgicas 191
10.3.7. Cuidados post operatorios 191
10.3.7. Complicaciones y riesgos 192

Capítulo 11. Métodos químicos 193
11.1. Características de los métodos químicos 195
11.1.2. Mecanismo de acción 195
11.1.3. Eficacia 195
11.1.4. Recuperación de la fertilidad 195
11.1.5. Protección contra las ITS/VIH 196
11.2. Quién puede y quién no puede utilizar este método 196
11.3. Administración del método 196
11.4. Efectos secundarios 197

Capítulo 12. Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer (MBCF) 199
12.1. Características 201
12.1.1. Clasificación 201
12.1.2. Eficacia 202
12.1.3. Retorno de la fertilidad luego de interrumpir su uso 202
12.1.4. Protección contra ITS/VIH 202
12.1.5. Efectos secundarios 202
12.2. Método del Ritmo o del Calendario 204
12.3. Método de la temperatura basal 204
12.3.1. Desventajas 204
12.4. Método del moco cervical o método de Billings 205
12.5. Método sintotérmico 205

Capítulo 13. Anticoncepción en distintos momentos de la vida fértil de una mujer. Adolescencia y Perimenopausia 207
Introducción 209
13.1. Anticoncepción en la adolescencia 210
13.1.1. Consejería en la adolescencia 212
13.1.2. ¿Qué método anticonceptivo pueden utilizar las mujeres durante la adolescencia? 213
13.1.2.1. Métodos de barrera 214
13.1.2.2. Anticonceptivos hormonales combinados 215
13.1.2.3. Anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno 215
13.1.2.4. Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) 215
13.1.2.5. Dispositivos intrauterinos 216
13.1.2.6. Diafragma 217
13.1.2.7. Espermicidas y esponjas 217
13.1.2.8. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer (MBCF) 217
13.1.2.9. Método de amenorrea de la lactancia (MELA) 217
13.1.2.10. Anticoncepción quirúrgica 217
13.2. Anticoncepción en la perimenopausia 218
13.2.1. Consejería en la perimenopausia 219
13.2.2. ¿Qué método anticonceptivo pueden utilizar las mujeres durante la perimenopausia? 219
13.2.2.1. Métodos de barrera: el preservativo 220
13.2.2.2. Anticonceptivos hormonales combinados (AHC) (orales, inyectables, parches, anillos vaginales) 220
13.2.2.3. Anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno (orales, inyectables, implantes y SIU) 221
13.2.2.4. Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) 221
13.2.2.5. Dispositivos intrauterinos 222
13.2.2.6. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer (MBCF) 222
13.2.2.7. Anticoncepción quirúrgica 222
13.2.3. ¿Cuándo debe discontinuarse el método anticonceptivo? 222

Capítulo 14. Anticoncepción post evento obstétrico 225
Introducción 227
14.1. Anticoncepción en el puerperio y la lactancia 228
14.1.1. Consejería en el parto, puerperio y lactancia 230
14.1.2. ¿Qué métodos anticonceptivos pueden usarse durante el puerperio? 231
14.1.2.1. Métodos anticonceptivos que pueden usarse en la lactancia 233
14.1.2.2. Métodos anticonceptivos que pueden usarse en la mujer que no está amamantando 237
14.2. Anticoncepción post aborto 239
14.2.1. Consejería en el post aborto 240
14.2.2. ¿Qué métodos anticonceptivos puede usar la mujer durante el post aborto? Pautas para el comienzo de la anticoncepción post aborto 241

Capítulo 15. Anticoncepción en mujeres viviendo con VIH 245
15.1. Análisis de situación 247
15.2. Métodos anticonceptivos y VIH 248
15.2.1. Anticonceptivos hormonales combinados 248
15.2.2. Anticonceptivos sólo de progestágenos 250
15.2.2.1. Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD) 250
15.2.3. Dispositivos intrauterinos 250
15.2.4. Anticoncepción quirúrgica 251
15.2.5. Otros métodos 251
15.3. Recomendación de anticoncepción en adolescentes con VIH 251
15.4. Recomendación de anticoncepción en el puerperio inmediato en mujeres con VIH 251

Capítulo 16. Procedimientos para garantizar el acceso de la población a los métodos anticonceptivos 253
16.1. Acceso sin restricciones 255
16.2. Gestión de los insumos anticonceptivos 255
16.2.1. Responsabilidades y logística del efector de salud 256
16.3. Modalidades de entrega de métodos anticonceptivos a la población 257
16.3.1. Métodos Anticonceptivos para niñas/os y adolescentes 259
16.3.2. Población migrante 260

Capítulo 17. Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la acción profesional 261
Introducción 263
17.1. Fundamentos jurídicos de los derechos sexuales y reproductivos 264
17.2. El derecho a la objeción de conciencia 264
17.3. Personas menores de edad 265
17.4. Aborto No Punible (ANP): Obligaciones profesionales 266
17.4.1. Causales de ANP 266
17.4.2. Procedimiento para constatar el ANP 267
17.5. Derechos del paciente 267
17.6. Consentimiento Informado 268
17.7. Violencia contra la libertad reproductiva 268
17.7.1. La denuncia 269
17.7.2. Las sanciones 269
17.8. Acción profesional en casos de violaciones sexuales 269
17.9. Violencia obstétrica: violencia profesional e institucional 270
17.10. El derecho legal a la anticoncepción quirúrgica 271

Glosario 273

Bibliografía 277

Anexo 283

Índice de Cuadros

Cuadro 3.1. Clasificación de métodos hormonales 45
Cuadro 3.2. Eficacia anticonceptiva de los MAC según uso habitual o uso correcto 47
Cuadro 3.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de MAC 49
Cuadro3.4. Comparativo: Características de los Métodos de la Canasta de Insumos del PNSSyPR 50
Cuadro 4.1. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona 56
Cuadro 4.2. Uso de las categorías para la práctica cotidiana 56
Cuadro 4.3. Resumen: Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de MAC 58
Cuadro 5.1. Riesgo estimado de transmisión de VIH por un episodio de relación sexual sin preservativo 73
Cuadro 5.2. Recomendación de profilaxis ante el no uso de preservativo 74
Cuadro 5.3. Recomendación de profilaxis ante rotura o deslizamiento del preservativo 74
Cuadro 6.1. Conducta ante el olvido de la toma de 2 comprimidos o más 97
Cuadro 6.2. Beneficios de los ACO para la salud 100
Cuadro 6.3. Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados. Clasificación de acuerdo a los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS 111
Cuadro 7.1. Inicio de toma de desogestrel según situación de la mujer 125
Cuadro 7.2. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS 138
Cuadro 8.1. Método Yuzpe 145
Cuadro 9.1. Dispositivos intrauterinos: ventajas y desventajas de su uso 155
Cuadro 9.2. Cuándo comenzar o insertar el DIU 158
Cuadro 9.3. Colocación del DIU con técnica De Empuje para DIU T de Cobre 162
Cuadro 10.1. Situaciones en las que se recomienda "Aceptar", tener "Cuidado", "Retrasar" o tener cuidados "Especiales" durante la intervención de LT, de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS 183
Cuadro 10.2. Situaciones en las que se recomienda "Aceptar", tener "Cuidado", "Retrasar" o tener cuidados "Especiales" durante la vasectomía, de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS 190
Cuadro 13.1. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso del DIU 216
Cuadro 14.1. Resumen de los métodos que pueden utilizarse durante el puerperio, y momento de inicio 232
Cuadro 14.2. Características del MELA 234
Cuadro 14.3. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS. Anticonceptivos post parto 238
Cuadro 15.1. Adaptaciones posológicas de ACO en mujeres que reciben Antirretrovirales 249

Índice de Figuras

Figura 2.1. Genitales externos de la mujer 31
Figura 2.2. Genitales internos de la mujer 32
Figura 2.3. Ciclo menstrual 35
Figura 2.4. Aparato genital masculino 36
Figura 5.1. Pasos en la utilización de preservativos masculinos 70
Figura 5.2. Colocación del preservativo femenino 78
Figura 5.3. Campo de látex: Preparación 84
Figura 6.1. Forma de administración de los ACO de 21 comprimidos 95
Figura 9.1. Diferentes modelos de DIU 153
Figura 9.2. DIU inserto en la cavidad uterina 154
Figura 9.3. DIU T Cu 380 154
Figura 9.4. DIU tipo Multiload 161
Figura 10.1. Ligadura tubaria 182
Figura 10.2. Vasectomía 189
Figura 12.1. Fisiología del ciclo menstrual 203

Capítulo 1

Consejería en salud sexual y reproductiva

Puntos clave

- La consejería es una estrategia de trabajo en salud que se basa en la comunicación.
- Consiste en la construcción de un vínculo de confianza entre agente de salud y usuaria/o.
- Su objetivo es brindar información de calidad, orientar y acompañar a las personas en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, promoviendo su autonomía y sin abrir juicios de valor.
- Apunta a proveer un método anticonceptivo sin demoras ni dilaciones cuando la usuaria o el usuario lo requieran.
- La consejería en salud sexual y reproductiva forma parte de la atención integral en salud. Muchas veces, es la única oportunidad que tienen las personas de plantear a un equipo de salud cuestiones vinculadas a su sexualidad.
- Esta Guía contiene información y recomendaciones basadas en evidencia científica, y está elaborada con el objetivo de mejorar la calidad de la atención en todos los servicios de salud, sean públicos o privados.

1.1. EL POR QUÉ DE LA CONSEJERÍA

El abordaje de la salud sexual y reproductiva sitúa al equipo de salud frente a personas que en la mayoría de los casos no acuden por una enfermedad, sino que están sanas y necesitan ***tomar decisiones*** sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida: la sexualidad.

Cuando la usuaria o el usuario consultan por su salud sexual y reproductiva llegan con un conjunto de aspectos de su vida en juego: sus relaciones sentimentales y familiares, su proyecto de vida, el grado de autonomía que puedan tener para disponer de su propio cuerpo en el marco de relaciones desiguales entre los géneros, y hasta la posible modificación de las rutinas cotidianas.

Esto implica, para el equipo de salud, tomar en cuenta no sólo la situación de salud-enfermedad de esa persona, sino también sus ideas, creencias, preferencias y posibilidades, según su historia y condiciones de vida. Es decir, abordar la *singularidad* de ese ser humano.

La atención de la salud sexual y reproductiva requiere el desarrollo de una práctica *en contexto,* donde es necesario desplegar diferentes herramientas más allá de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Se trata de un modelo de trabajo en que el encuentro entre agente de salud y usuaria/o da lugar a la conversación, a la información compartida y a la posibilidad de apuntalar un proceso autónomo de toma de decisiones.

1.2. ¿QUÉ ES LA CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

La consejería es un dispositivo de atención que implica el asesoramiento personalizado, realizado por personal capacitado, con el objetivo de acompañar a las personas en la toma de decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva.

Se implementa con una *modalidad de trabajo no indicativa*, a través de la construcción de un vínculo de confianza y de comunicación que facilite la circulación de información entre el equipo de salud y la/el usuaria/o, en un ambiente de privacidad y con garantía de confidencialidad.

La **información** que se incluye en los espacios de consejería refiere, entre otros temas, a:

- ✔ Métodos anticonceptivos (MAC).
- ✔ Sexualidad (disfrute de las relaciones, incomodidades, etc.)
- ✔ Prácticas de cuidado y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/Sida.
- ✔ Detección, asistencia y acompañamiento en situaciones de abuso y violencia sexual.
- ✔ Acceso efectivo a los derechos sexuales y reproductivos.

La información sobre salud sexual y reproductiva que se brinda en la consejería debe ser actualizada, validada científicamente, expresada de forma clara y en términos adecuados.

1.2.1. Principios para la consejería

Para que la consejería tenga en cuenta la realidad de las personas como sujetos con derechos e insertos en un contexto cultural y social, el dispositivo debe orientarse por dos principios:

- *Perspectiva de derechos*
- *Enfoque de género*

1.2.1.1.Perspectiva de derechos

Atender desde una perspectiva de derechos significa orientar la consulta hacia el cumplimiento de los *derechos sexuales* y los *derechos reproductivos*, que son el marco legal desde el cual el equipo de salud desarrolla la consejería.

• *Los derechos sexuales* establecen la garantía de disfrutar de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni abuso sexual, con posibilidades de evitar los riesgos de transmisión de enfermedades, y con respeto de la orientación sexual y de la identidad de género de cada persona sin discriminación.

En la consejería debe respetarse el nombre elegido de cada persona, formular preguntas amplias que no presupongan la heterosexualidad, identificar posibles situaciones de abuso y/o violencia sexual, y facilitar la escucha sobre temores, molestias y dificultades de las personas en el disfrute de su sexualidad.

• *Los derechos reproductivos* son definidos como la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no tener hijos/as, el momento de tenerlos, cuántos/as hijos/as tener y con quién y el espaciamiento entre sus nacimientos.

Para el cumplimiento de los derechos reproductivos, en la consejería debe brindarse información suficiente y en términos comprensibles. En caso de que la persona decida usar un método anticonceptivo, brindar gratis el que mejor se adapte a las posibilidades de salud y preferencias de cada usuaria/o.

> *Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos y, por lo tanto, inalienables, integrales e indivisibles. Son inherentes a mujeres y hombres sin distinción de edad, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual o religión. Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud, a la calidad de vida y a la libertad, con los cuales están directamente relacionados.*[1]

1. Para mayor información sobre aspectos legales ver Capítulo 17 "Derechos sexuales y reproductivos. Marco legal para la acción profesional."

1.2.1.2. Enfoque de género

Se llama *enfoque de género* al abordaje que tiene en cuenta las desigualdades existentes entre varones y mujeres que, producto de la socialización y de la persistencia de relaciones de poder entre los géneros, afectan diferencialmente a las personas según su orientación sexual e identidad de género.

> *En el trabajo de consejería es importante tener en cuenta que las desigualdades de género están naturalizadas y dejan en situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres y a las personas con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad dominante.*

Estas construcciones de género también afectan a los varones, a partir de una imagen estereotipada de la masculinidad que deja afuera aspectos del desarrollo integral de las personas y que los pone en una situación diferente en relación a su propio cuidado y al cuidado de otras y otros.

Incorporar el enfoque de género en el equipo de salud permite estar alerta sobre la necesidad de, por ejemplo, conversar con una mujer heterosexual o bisexual sobre el grado de autonomía que tendrá para usar el método anticonceptivo requerido, si podrá acordarlo con la pareja o deberá ocultar su uso; si tiene posibilidades de decidir cuándo tener relaciones sexuales o si vive una situación de coerción o violencia sexual, etc.

1.3. ESTRATEGIA DE CONSEJERÍA[2]

Si definimos estrategia como un conjunto de acciones planificadas en el tiempo para lograr el cumplimiento de objetivos, la estrategia de consejería en salud sexual y reproductiva que se desarrolle en cada lugar debe tener el objetivo de **aumentar y mejorar la accesibilidad** a la información, a los métodos anticonceptivos y a los servicios de atención de la salud.

Las acciones a desarrollar pueden darse de diferente forma:

1. Aprovechar la oportunidad cuando la persona asiste por otros temas: con el criterio de no perder oportunidades, se puede promover la consejería en métodos anticonceptivos cuando la usuaria asiste a los controles por embarazo, controles ginecológicos, previa al alta post aborto o post parto, en la guardia, en atención por violencia, en la visita clínica o en los controles pediátricos de los hijos e hijas, entre otras oportunidades posibles.

2. Consultorio de consejería: es el espacio específico para el asesoramiento individual en salud sexual y reproductiva; es decir, la consejería propiamente dicha. Este dispositivo implica asegurar la privacidad y confidencialidad, además de tiempo para profundizar con la usuaria o usuario en sus consultas, dudas y toma de decisiones. Es recomendable que el equipo de salud que lleva adelante la consejería sea interdisciplinario, integrado por profesionales formados específicamente en el tema y con capacidad para acompañar la resolución de problemas especialmente complejos. Además, es deseable que el equipo tenga la posibilidad de asesorar a otras instituciones.

3. Talleres: trabajo en grupos en la sala de espera o en otros escenarios con actividades participativas, informativas y movilizadoras. Realizar talleres sobre salud sexual y reproductiva promueve que circule la información, se sumen inquietudes de las y los participantes e incrementa la demanda informada al servicio especializado en salud sexual y reproductiva.

2. Para ampliar ver documento de trabajo: "Consejerías en salud sexual y reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación", Parte 1 y Parte 3: Lineamientos para implementar dispositivos de Consejería Integral en el Sistema de Salud. Páginas 32 a 36, PNSSyPR-MSAL, edición 2010.

4. Acciones comunitarias de promoción en derechos sexuales y salud: el equipo que lleva adelante la Consejería en salud sexual y reproductiva sale de la institución para trabajar en forma articulada con la comunidad en la organización de charlas, talleres y otras actividades como ferias y festivales en plazas y la vía pública junto a escuelas, centros comunitarios, programas sociales u otras organizaciones de la sociedad civil. Estas actividades contribuyen a difundir en la población general información sobre métodos anticonceptivos, formas de cuidado y derechos sexuales y reproductivos.

Es importante reconocer que la consulta por una inquietud referida a la salud sexual y reproductiva debe ser considerada una consulta de urgencia. En general, no suele ser fácil hablar de la propia sexualidad. Cuando una persona decide hacerlo y no obtiene respuesta es posible que no regrese para buscarla nuevamente.

1.3.1. Encuadre de trabajo

El encuadre es el conjunto de condiciones y reglas básicas (como si fueran las *"reglas del juego"*) para que se defina y funcione un espacio. Para el trabajo en consejería, es fundamental tener en cuenta:

• *Tiempo:* disponible tanto **material** (tiempo de reloj) como **subjetivo** (tiempo de escucha) suficiente para la construcción del vínculo y el abordaje de todos los temas.

• *Espacio:* que garantice la posibilidad de una conversación cómoda y con **privacidad.**

• *Materiales de apoyo:* son el soporte **didáctico** para hacer más comprensible la información. Mostrar los MAC para hablar sobre su uso; usar láminas o maquetas del cuerpo y su funcionamiento; y entregar folletería sobre los temas abordados (que permite una segunda lectura luego del encuentro por parte de quien concurre) mejora notablemente la calidad de las consejerías.

Consideraciones para implementar una estrategia que incluya al dispositivo de consejería:

• El dispositivo de consejería en salud sexual y reproductiva debe ser parte de una estrategia general que planifique acciones según el contexto y las posibilidades locales.

• Esta estrategia general debe incluir:
a) Difusión de información sobre salud sexual y reproductiva.
b) Difusión del servicio de consejería.
c) Realización de talleres de salud sexual y reproductiva.
d) Asesoramiento oportuno en la atención.
e) Acciones grupales y comunitarias de promoción y formación en derechos y salud.

• Las acciones para mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos y a las prácticas de cuidado pueden lograr mejores resultados cuando se articulan dentro de una estrategia de trabajo que tiene en cuenta:
a) Características de la población a la que se asiste.
b) Posibilidades de organización y recursos del hospital o centro de salud.
c) Inclusión de las redes locales comunitarias y de otros servicios de atención.

• *Objetivos:* es necesario explicitar los objetivos con la persona que concurre. Explicitar que se trata de **compartir información** y de abordar sus necesidades para que se pueda encaminar hacia la toma de **decisiones autónomas** en materia de salud sexual. También, explicitar cuándo y cómo puede regresar si quedan dudas.

• *Roles diferenciados:* **agente de salud,** es quien brinda información, contiene y, a la vez, apuntala el proceso de la usuaria o el usuario, generando la posibilidad de preguntas, dudas y toma de decisiones. **Usuaria** o **usuario**, su singularidad definirá ese particular proceso de consejería.

• *Acuerdos básicos:* es necesario explicitarlos. Un acuerdo mínimo es asegurar la **confidencialidad y privacidad.**

1.3.2. La comunicación: clave en la realización de consejerías

La consejería es una estrategia de trabajo en salud que se basa en la construcción de un vínculo de confianza que posibilite una buena interacción entre la/el profesional y la usuaria o el usuario.

> *La construcción del vínculo de confianza es una habilidad profesional a adquirir concientemente por el equipo que realizará consejería, donde la comunicación es de una gran relevancia. Para lograr un buen vínculo de comunicación con usuarias y usuarios se hace necesario desarrollar, mejorar y entrenar algunas habilidades.*

Para la implementación del dispositivo de consejería se propone que el equipo tenga primero una formación interna en los siguientes ejes:

- **Entablar una buena relación comunicativa**
  - ✔ Mostrar una actitud empática y positiva, que aliente a la usuaria o usuario a hacer preguntas y a compartir información.
  - ✔ Asegurar la privacidad y confidencialidad.
  - ✔ Escuchar y observar lo que dice y hace la/el usuaria/o que consulta.
  - ✔ Usar un tono de voz amigable, una postura corporal atenta que transmita cordialidad, interés y respeto.

- **Enfocar la atención en la usuaria o el usuario**
  - ✔ Centrar la consejería en el interés de quien está consultando, primero responder a la necesidad o pregunta de quien consulta.

- **Comunicar claramente la información**
  - ✔ Usar un lenguaje adecuado a la singularidad de cada persona, ser breve y evitar el lenguaje excesivamente técnico, para que la información que brindamos pueda ser recibida y procesada por quien la escucha.
  - ✔ Evitar brindar información irrelevante, o demasiada información a la vez.
  - ✔ Alentar a las personas a hacer preguntas, dar tiempo suficiente para que procesen las respuestas y comprobar la comprensión sobre lo conversado.
  - ✔ Promover que las usuarias y usuarios vean y toquen las muestras y modelos de MAC, para que puedan familiarizarse con ellos y expresar sus dudas.

- **Brindar a la usuaria o al usuario lo que eligió**
  - ✔ Hacer saber a la usuaria o usuario que dispone de opciones y que la elección del método anticonceptivo es de ella o él.
  - ✔ Ofrecer asesoramiento para considerar las opciones y pedir que confirme su decisión.
  - ✔ Promover y respetar la autonomía de la persona en la decisión que está tomando: la autonomía se define como la capacidad de tomar decisiones libres, informadas y responsables, en este caso respecto a la sexualidad y la procreación, que aseguren el desarrollo y la salud integral, así como la calidad de vida.

1.4. CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EQUIPOS

En la formación del equipo que trabaje en salud sexual y reproductiva, independientemente del tipo de dispositivo que vaya a desarrollarse, hay algunos núcleos problemáticos que pueden facilitar o dificultar la tarea:

• *Prestar atención a juicios previos del equipo:* la consejería debe tomar en cuenta, en todo momento, que la decisión y el consentimiento responsable e informado de las usuarias y los usuarios deben ser respetados en forma absoluta. No debe inducirse la aceptación de un método anticonceptivo o de una actitud determinada en cualquier otro ámbito de la salud sexual y reproductiva. Para que esto sea posible, es indispensable poder distinguir aquello que tiene que ver con el saber profesional y aquello que se vincula a los preconceptos y prejuicios de cada integrante del equipo.

• *Anticiparnos a los presupuestos sobre la orientación sexual de las usuarias y los usuarios*[3]*:* muchas veces se hacen preguntas o se brinda información suponiendo a la heterosexualidad como única posibilidad de orientación sexual. Esto, muchas veces, produce en las personas la predisposición a ocultar su orientación sexual o identidad de género por temor o vergüenza. Trabajar este eje dentro del equipo de consejería lleva a mejorar la comunicación y la atención a personas gays, lesbianas, bisexuales, heterosexuales y con identidad de género trans.

• *Abordaje con perspectiva de género:* es necesario tener en cuenta los condicionamientos de género en las relaciones entre las personas, e incluso posibles situaciones de violencia, especialmente en el ejercicio de la sexualidad, a la hora de elegir un método anticonceptivo y frente a las posibilidades de utilizarlo correctamente. El equipo de salud necesita revisar qué estrategias desplegar ante situaciones de violencia sexual o coerción que impiden a la usuaria una libre elección. En la consulta, es importante generar un espacio y un clima propicio para que estas cuestiones puedan ser conversadas, para brindar herramientas y pensar, en conjunto, estrategias que favorezcan una elección lo más libre posible.

• *Brindar particular atención a algunos grupos:* debe enfatizarse la participación protagónica de las y los adolescentes. Usuarias y usuarios que solicitan información con relación a: iniciación sexual, prácticas sexuales de riesgo, embarazos no deseados, métodos anticonceptivos, información sobre el VIH/Sida y otras ITS. Mujeres que estén atravesando un post parto o un post aborto.

• *Trabajo en equipo:* se recomienda que la consejería sea ofrecida por integrantes de un equipo interdisciplinario que incluya, según las posibilidades locales, a distintas disciplinas (trabajo social, psicología, enfermería, educación, antropología), así como a promotoras/es de salud debidamente capacitadas/os en la temática y a las/os obstétricas/os y médicas/os que realizan la atención (independientemente que realicen o no consejerías). Para sostener el trabajo de equipo es conveniente instalar un encuadre de encuentros y reuniones periódicas, donde participen todos los integrantes con el objetivo de reflexionar sobre las propias prácticas y experiencias, intercambiar opiniones sobre entrevistas y consultas y organizar actividades.

*El documento **Consejería en salud sexual. Propuesta de diseño, organización e implementación** puede descargarse de:*
www.msal.gov.ar/saludsexual/consejeria_salud_sexual.asp

3. Para ampliar, consultar: "Diversidad sexual: Conceptos para pensar y trabajar en salud". Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. Edición 2011 y "Cambiemos las preguntas. Campaña Nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud". Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos. En www.clam.org.br/pdf/cambiemos.pdf

1.5. OPORTUNIDAD DEL TESTEO DE VIH Y SCREENING DE SÍFILIS*

Puntos clave

- La consulta por métodos anticonceptivos es una oportunidad para ofrecer el test de VIH y de Sífilis (VDRL).
- Es obligatorio ofrecerlo a embarazadas para prevenir la transmisión vertical.
- El VIH es en la actualidad una enfermedad crónica.
- El test es voluntario, gratuito y confidencial.
- Se requiere un equipo de salud preparado para abordar el tema en la consulta.

(*) Elaborado en colaboración con la Dirección de Sida y ETS, MSAL.

Los encuentros con el equipo de salud en relación a la salud sexual (consulta médica, consulta anticonceptiva, consejerías, etc.) pueden ser excelentes oportunidades para **ofrecer información preventiva** sobre infecciones de transmisión sexual y VIH y **promover el análisis del VIH y el screening de sífilis con VDRL.**

El test de VIH es voluntario y confidencial; desde el año 1994 es posible evitar la transmisión del VIH al bebé a través del uso de medicación durante el embarazo y parto, y desde el año 1996 –momento en el que se comenzó a implementar el uso del cóctel con medicación antirretroviral– todas las personas que resultan infectadas con VIH disponen de la medicación de modo gratuito. La medicación disponible en la actualidad permite que el **VIH se trate como una infección crónica.**

A su vez, el testo para sífilis (con VDRL) contribuye a realizar un diagnóstico oportuno, acceder al tratamiento y, en caso de embarazo, disminuir la **sífilis congénita.**

1.5.1. El test de VIH

Los únicos fluidos que transmiten el **virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)** son la sangre, el líquido preseminal, el semen, los fluidos vaginales y la leche materna. Por eso, si una persona tuvo relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) sin preservativo; si compartió agujas, jeringas, canutos[4]; si recibió una transfusión de sangre no controlada[5], sería aconsejable que se hiciera el test de VIH, que es la única forma en que una persona puede saber si está infectada o no.

El test de VIH es un análisis de sangre que se hace en forma gratuita en los establecimientos sanitarios del sistema público de salud del país. Además de ser gratuito, la Ley Nacional de Sida 23.798 indica que el mismo debe ser voluntario y confidencial.

La *voluntariedad* implica que:

- Las personas que consultan (o a las que se le ofrece el test) demandan la realización de la prueba por una decisión personal tomada sobre la base de informaciones que considera consistentes (ver más adelante lo relativo al asesoramiento).

- La calidad del asesoramiento que reciba la persona antes del test influirá en su decisión de realizarlo, así como en la decisión de retirar el resultado.

- Luego de que se brinda asesoramiento y antes de realizar la extracción de sangre, es preciso que la persona firme un consentimiento informado.

Muchas personas temen solicitar el test de VIH por miedo al estigma y a la discriminación que todavía pesa sobre quienes tienen esta infección. Por lo tanto, la oferta del test de VIH debe hacerse en un marco de *confidencialidad.* En la Argentina existe la obligación legal para quien ofrece el test de VIH y realice el asesoramiento de no revelar, sin autorización, la información obtenida durante el proceso de asesoramiento y diagnóstico.

1.5.1.1. Test a embarazadas y a sus parejas

Desde el año 1997 **es obligatorio ofrecer el test de VIH a las mujeres embarazadas**, porque si la mujer está infectada puede hacer un tratamiento para que el bebé nazca sin el virus.

El momento del embarazo es también una oportunidad para ofrecerle el test de VIH **a la pareja de la mujer embarazada**. Si el hombre tuviera el virus, podría empezar su tratamiento y además utilizar el preservativo para impedir que el virus pase a la mujer.

4. Se llama "canuto" al adminículo que se utiliza para aspirar cocaína.
5. Desde el año 1990 se realizan controles en todos los bancos de sangre del país. De hecho, en los últimos años se han dejado de registrar casos nuevos de VIH por transfusión sanguínea.

1.5.1.2. Resultados posibles y período ventana

El test de VIH detecta los anticuerpos que produce un organismo ante la presencia del virus. Para que aparezcan, **debe pasar un mes desde la infección.** Ese tiempo es el que se denomina "período ventana".

El test de VIH es un análisis de sangre común. No hace falta estar en ayuno total, alcanza sólo con no haber ingerido alimentos con grasa por lo menos dos horas antes de hacerlo. Para hacer el test, se saca una muestra de sangre y se realiza en el laboratorio un primer test de tamizaje. Si el test de tamizaje da por resultado *no reactivo* (es decir, negativo) la persona no está infectada (o está en período ventana).
Si el test de tamizaje da por resultado *reactivo*, es preciso hacer un nuevo test confirmatorio.

El **resultado del test confirmatorio** puede ser:

- *Positivo:* se confirma que la persona está infectada por el virus.

- *Negativo:* la persona no está infectada por el virus.

- *Indeterminado:* es preciso realizar otros estudios para llegar a un diagnóstico definitivo.

El VIH es una infección de baja prevalencia (0,4% en población general), con lo que se espera que la enorme mayoría de los test den negativo.

Con la medicación actual (medicación antirretroviral), la infección por VIH puede ser tratada y controlada como una **infección crónica.** Desde 1996 a la fecha ha habido un cambio radical en la respuesta al VIH gracias a la aparición de estos medicamentos y la política sanitaria Argentina, que obliga a los tres subsectores (público, obras sociales y prepagas) a proveer de seguimiento y tratamiento gratuito a todas las personas diagnosticadas por VIH que lo requieran.

1.5.2. Asesoramiento pre y post test: nociones básicas para su implementación

El asesoramiento se caracteriza por ser una actividad personalizada, centrada en las necesidades y puntos de vista del/la usuaria. Puede demandar entre 5 y 20 minutos por persona. Puede ser realizada por cualquier integrante del equipo de salud que esté capacitado previamente en nociones básicas de VIH/Sida y que tenga capacidad de empatía y escucha. Es también posible implementar charlas grupales de pre test, dejando el espacio individual para aclarar dudas si fuera necesario.

A continuación se brindan algunas pautas para orientar la tarea del asesoramiento pre test y de los post test para los casos que los resultados sean negativos, reactivos o positivos confirmados.

1.5.2.1. Asesoramiento antes de realizar el test de VIH

Antes de realizar el test es importante que el equipo de salud converse con la persona para:

- ✓ Identificar el motivo de consulta y resolver dudas sobre situaciones de riesgo.

- ✓ Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del test.

- ✓ Proporcionar información sobre los procedimientos técnicos y el período ventana.

- ✓ Intercambiar con la persona información sobre el significado de los posibles resultados del test.

- ✓ Evaluar con la persona la realización o no del test.

- ✓ Brindar información sobre el consentimiento informado.

- Solicitar la firma del consentimiento informado.

- Informar los tiempos y el modo de retirar el resultado.

- Hacer una demostración del uso correcto del preservativo. Recodar que los preservativos se encuentran disponibles de modo gratuito en el sistema de salud.

1.5.2.2. Asesoramiento al momento de la devolución del resultado del test de VIH

1. Devolución de un resultado negativo

- Recordar que el resultado significa que la persona no está infectada, o lo está tan recientemente que no produjo los anticuerpos necesarios para ser detectados mediante la prueba (período ventana). Si en la entrevista se descarta el período ventana, se puede afirmar que la persona **no está infectada**.

- Explicar que el resultado no significa inmunidad.

- Desarrollar y/o fortalecer estrategias para mantener o mejorar las prácticas de cuidado.

2. Devolución de un resultado positivo

En este caso hay dos momentos: que el resultado positivo sea "reactivo", es decir que hace falta una segunda prueba para confirmar o descartar la presencia del virus. O bien que ya sea una segunda prueba y entonces el resultado de VIH+ esté confirmado.

2.1. Si el resultado es REACTIVO (no está todavía confirmado)

- Recordar que es preciso un nuevo estudio para confirmar el resultado, puede tratarse de un falso positivo.

- Orientar sobre la realización de una nueva extracción para el nuevo testeo (confirmatorio).

- Considerar las posibles reacciones emocionales que pueden presentarse durante el período de espera del resultado del test y ofrecerle contención o apoyo psicológico si fuera necesario y estuviera disponible.

2.2. Si el resultado es POSITIVO (ya está confirmado)

- Dar a la persona que consulta el tiempo necesario para asimilar el impacto del diagnóstico. Brindar espacio para que pueda expresar sus sentimientos.

- Desmitificar sentimientos de culpa y castigo asociados todavía a este padecimiento.

- Recordar que un resultado positivo significa que la persona tiene el virus, pero puede o no haber desarrollado la enfermedad (sida).

- Orientar a la persona a los lugares de atención de personas con VIH.

- Recordar que si lo necesitara, la medicación es gratuita y que si la misma se toma de modo adecuado puede controlar la infección, posibilitando una vida normal.

- Reforzar la importancia de adoptar prácticas seguras para reducir el riesgo de contraer otras infecciones y de transmitir el VIH a otras personas.

Este es un listado tentativo de temas que pueden ser tratados en la entrega del resultado. No es preciso tratarlos todos en un encuentro. Lo fundamental ante un resultado positivo es que la persona pueda expresar sus dudas y sentimientos.

Capítulo 2

Fisiología de los órganos sexuales de la mujer y del varón

Puntos clave

- El ciclo menstrual de la mujer es el proceso mediante el cual se desarrollan las gametas femeninas (óvulos u ovocitos) y se producen una serie de cambios dirigidos a preparar al útero para un posible embarazo.
- Al nacer, la mujer cuenta con alrededor de 400.000 ovocitos, de los cuales, en condiciones normales, ovulará en su vida alrededor de 420.
- En el hombre, el proceso de formación de espermatozoides, que tiene lugar en los testículos, comienza en la pubertad y dura toda la vida.
- La formación de los óvulos y el proceso de formación de los espermatozoides están regulados y controlados por hormonas.
- Los espermatozoides que se encuentran en el semen no son capaces de fertilizar los óvulos a menos que presenten una serie de transformaciones (capacitación espermática), que se produce en el tracto reproductor femenino, en donde los espermatozoides adquieren la capacidad de fecundar el óvulo.

En la elaboración de este capítulo colaboró: Francisco Castro Montiel, médico cirujano, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari.

Para conocer en detalle los métodos anticonceptivos que se describen en los capítulos siguientes, comprender su funcionamiento y que el equipo de salud pueda así recomendarlos de acuerdo a las necesidades, creencias, preferencias y posibilidades de las usuarias y los usuarios, resulta necesario primero revisar conceptos y términos básicos sobre anatomía y fisiología de los aparatos genitales femenino y masculino.

2.1. ÓRGANOS SEXUALES DE LA MUJER

2.1.1. Anatomía

El *aparato genital femenino* se ubica en la cavidad pelviana y está compuesto por genitales externos e internos. Los externos *(Figura 2.1)* son la vulva, con los labios mayores y menores, el clítoris, el introito u orificio vaginal y el meato uretral. Los internos *(Figura 2.2)* son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

Figura 2.1. Genitales externos de la mujer

Figura 2.2. Genitales internos de la mujer

2.1.2. Fisiología del ciclo menstrual de la mujer

El **ciclo menstrual** o sexual de la mujer es el proceso mediante el cual se desarrollan las gametas femeninas (óvulos u ovocitos) y se producen una serie de cambios dirigidos a preparar al útero para un posible embarazo. Si no se produce el embarazo, aparece una pérdida de sangre por vía vaginal, denominada **menstruación** o **período.**

El ciclo menstrual es la consecuencia de la compleja interacción de procesos entre el hipotálamo, la hipófisis y el ovario. Este eje *hipotálamo-hipófiso-gonadal* debe encontrarse indemne, tanto funcional como anatómicamente en todos sus niveles, para que ocurra un ciclo menstrual normal.

El hipotálamo, ante diferentes estímulos, sintetiza y secreta GnRH (factor liberador de gonadotrofinas) de manera pulsátil a partir de la pubertad. El GnRH actúa a nivel de la hipófisis, estimulando la secreción de gonadotrofinas, LH (hormona luteneizante) y FSH (hormona folículo estimulante). Estas

hormonas, a su vez, estimulan al ovario, que sintetiza y secreta las hormonas esteroideas sexuales (estrógeno y progesterona), que actuarán sobre los órganos blanco. Las hormonas producidas por los ovarios producen modificaciones en los tejidos del útero, en el cuello del útero y en la vagina.

Al momento del nacimiento, los ovarios cuentan con alrededor de 400.000 ovocitos. En cada ciclo menstrual, varios folículos son seleccionados (reclutamiento folicular), crecen y maduran, pero sólo uno de ellos llegará a la ovulación (folículo dominante), mientras que los otros sufren un proceso de atresia. En condiciones normales, una mujer ovulará alrededor de 420 ovocitos en su vida.

A grandes rasgos, la secuencia de eventos que se presentan en el ciclo menstrual es la siguiente:

1. Pequeña elevación inicial de FSH.

2. Reclutamiento folicular.

3. Desarrollo del folículo dominante.

4. Aumento progresivo de los niveles de estradiol plasmático hasta alcanzar un nivel umbral, esto estimula el pico de LH, lo que provoca el estallido folicular con liberación del ovocito maduro (ovulación).

5. Formación de cuerpo amarillo en el ovario a partir del folículo remanente, que secreta progesterona.

6. Involución del cuerpo amarillo con descenso hormonal.

7. Menstruación.

2.1.2.1. Algunos términos a tener en cuenta

Menstruación: proceso fisiológico cíclico y regular que se caracteriza por la descamación hemorrágica de la capa funcional del endometrio, con su posterior expulsión al exterior a través del introito, como resultado de un ciclo hormonal bifásico.

Ciclo bifásico normal: ciclo que consta de una primera fase folicular o estrogénica, seguida de la ovulación, y luego una segunda fase luteínica o progestacional dominada por el cuerpo amarillo.

Ciclo monofásico o anovulatorio: ciclo en el cual no se produce la ovulación, persistiendo el estímulo estrogénico sobre el endometrio sin oposición del gestágeno. Se produce una hiperplasia. Posteriormente, continúan los procesos regresivos con focos de necrobiosis parcial responsables de la hemorragia genital. Dependiendo del momento de aparición del sangrado, puede producir metrorragia (tiempo corto), seudomenstruación (mediano) u oligomenorrea o amenorrea (largo).

Menarca: primera menstruación. Se produce, normalmente, alrededor de los 12 años de edad. Si ocurre antes de los 8 años se conoce como **menarca precoz**, y a partir de los 16 como **menarca tardía.** Recién a partir de los tres años posteriores a la menarca es posible evaluar las características menstruales, ya que previo a ese lapso es normal que se presenten alteraciones.

Menopausia: cese permanente de las menstruaciones, como resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Es la última menstruación. Ocurre alrededor de los 50 años. Se determina luego de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin que exista otra etiología.

Metrorragia: hemorragia genital de origen endometrial.

Metrorragia disfuncional: toda hemorragia de origen uterino, en ausencia de embarazo, en la que no existe una causa orgánica.

El primer día del ciclo menstrual es el primer día de menstruación y el último de ese ciclo es el día anterior a la próxima menstruación.

2.1.3. Ovulación

La *Figura 2.3.* resume las diferentes etapas o fases que se observan durante el ciclo menstrual a nivel ovárico y uterino, y cómo son los niveles hormonales para cada etapa.

Al comienzo del ciclo, como consecuencia de los bajos niveles de estrógenos (que ejercen una retroalimentación negativa sobre el hipotálamo), el hipotálamo, a través de la hormona GnRH, estimula a la hipófisis para que libere las gonadotrofinas: FSH y LH.

La FSH actúa sobre el ovario estimulando el reclutamiento, crecimiento y maduración de los folículos ováricos, que contienen los óvulos y que secretan estrógenos (estradiol). A su vez, por acción de la FSH y los estrógenos, entre los días 7 y 10 del ciclo se realiza un proceso de selección, ya que sólo uno alcanza la madurez. Se lo denomina *folículo dominante* y es el destinado a ovular.

A nivel uterino, el aumento progresivo del nivel de estrógenos actúa estimulando la proliferación de la capa superficial o endometrio.

Hacia la mitad del ciclo, el aumento de estrógenos estimula la secreción de LH por parte de la hipófisis. El pico de LH es responsable de la ovulación que se produce entre las 10 y 12 horas después del pico. La ovulación se produce aproximadamente a mitad de ciclo, pero no siempre es la misma fecha. Luego de la ovulación, el óvulo es conducido desde el ovario hasta el útero a través de la trompa de Falopio.

En el ovario, después de la rotura y liberación el óvulo, se forma el *"cuerpo lúteo"* o *"cuerpo amarillo",* que secreta progesterona. Esta fase se llama luteínica o progestacional. El aumento de la progesterona, secretada por el cuerpo lúteo, genera un aumento de la temperatura basal de la mujer. A nivel uterino, el endometrio sufre una transformación y desarrollo vascular observándose la actividad secretora de las glándulas endometriales.

Si la mujer queda embarazada, el "cuerpo lúteo" permanece en el ovario, continúa produciendo progesterona y mantiene el embarazo hasta que las hormonas placentarias comienzan a actuar. De no producirse el embarazo, el cuerpo lúteo deja de producir hormonas y el endometrio se desprende, eliminándose en forma de sangrado menstrual o menstruación.

La menstruación en mujeres con ciclos regulares se presenta:

- **Frecuencia:** cada 28 días +/- 7 días o entre 25 -35 días.

- **Duración de la hemorragia:** 3 o 4 días, pudiendo ser de 2 a 7 días.

- **Cantidad del sangrado:** De difícil medición. Alrededor de 80 ml, siendo normal entre 50 y 150 ml o 120 g si se pesan los apósitos.

- **Características:** sangre roja e incoagulable.

Figura 2.3. Ciclo menstrual

2.2. ÓRGANOS SEXUALES DEL VARÓN

2.2.1. Anatomía

El *aparato genital masculino* está conformado por los testículos, el pene, los epidídimos, los conductos deferentes, las vesículas seminales, los conductos eyaculadores, la próstata, la uretra y las glándulas bulbouretrales o de Cowper. A diferencia del sistema genital de la mujer, la mayoría de los órganos sexuales del varón se encuentran fuera de la cavidad abdominal (*Figura 2.4*).

Figura 2.4. Aparato genital masculino

2.2.2. Fisiología

2.2.2.1. Espermatogénesis

El proceso de formación de gametas masculinas, denominado *espermatogénesis,* tiene lugar en los testículos, obteniendo como resultado, luego de 64 a 90 días, los espermatozoides. Este proceso comienza en la pubertad y dura toda la vida.

Los espermatozoides son células muy especializadas, de pequeño tamaño, que presentan una cabeza en donde se encuentra el material genético, adaptada para la penetración del óvulo, un cuello que contiene mitocondrias encargadas de producir energía, y una larga cola denominada *flagelo,* que les permite movilidad.

En el interior de cada testículo, en los túbulos seminíferos, se encuentran las células germinales o madre llamadas espermatogonias que por división celular (meiosis) producen los espermatozoides (espermatogénesis). La producción de espermatozoides se realiza a una temperatura algo inferior a la del organismo, por este motivo los testículos se encuentran en la bolsa escrotal o escroto, que se ubica fuera del abdomen.

Al igual que con la formación de los óvulos, el proceso está regulado y controlado por hormonas.

Cuando el individuo alcanza la madurez sexual, la glándula hipófisis ubicada en la base del cráneo comienza a segregar las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH), que actúan sobre los testículos. La FSH tiene acción sobre los testículos (túbulos seminíferos) estimulando a las células germinales a producir espermatozoides.

A su vez, la LH activa la producción de testosterona, hormona que estimula la producción de espermatozoides y proporciona los caracteres sexuales masculinos, entre ellos el crecimiento de los testículos, del pene y de la bolsa escrotal, un mayor desarrollo muscular, voz más grave y la aparición de barba y

de vello corporal. La testosterona también es responsable del impulso sexual o líbido.

2.2.3. Conductos espermáticos y glándulas seminales

Toda vez que los espermatozoides son eliminados del organismo mediante la eyaculación, deben atravesar el denominado *conducto espermático*, formado por el epidídimo, los conductos deferentes, los conductos eyaculadores y la uretra.

Los testículos se alojan en el escroto, que sirve para protegerlos. En el interior de cada testículo se encuentran los túbulos seminíferos que se dirigen hacia el centro de la glándula testicular y confluyen en la red testicular (rete testis). A partir de esta red, emergen alrededor de 15-20 tubos eferentes por cada testículo que desembocan en el epidídimo, que es la primera porción del conducto espermático.

El epidídimo es una estructura tubular muy enrollada, en donde los espermatozoides maduran adquiriendo la capacidad de traslación y sustancias que los protegerán del medio ácido de la vagina femenina.

El epidídimo se continúa con el conducto deferente, que traslada los espermatozoides maduros hacia los conductos eyaculadores. Ascienden desde el escroto, atraviesan el canal inguinal e ingresan en la cavidad pelviana. En su trayecto final, al acercarse a la glándula prostática, ambos conductos deferentes se aproximan y se dilatan formando la ampolla deferencial o de Henle, que junto al conducto de cada glándula seminal dan origen a los conductos eyaculadores.

Las vesículas o glándulas seminales producen un líquido viscoso rico en fructosa, que tiene alto valor nutritivo para los espermatozoides. Este fluido, además de nutrir, protege y estimula el desplazamiento de las células sexuales masculinas.

A su vez, la glándula prostática segrega un líquido blanquecino denominado fluido prostático, cuya función es activar la movilidad de los espermatozoides. Debido a su pH alcalino, el fluido prostático, además, protege la vitalidad de los espermatozoides al neutralizar la acidez de la uretra y de la vagina.

Los conductos eyaculadores se originan a continuación de los conductos deferentes de cada lado, y finalizan en la uretra prostática. Son pequeños tubos que pasan por el interior de la próstata, reciben las secreciones de las vesículas seminales y depositan todo el contenido en la uretra.

La uretra es el último tramo del conducto espermático. Es un órgano impar que tiene una longitud de 18-20 centímetros:

- *En su porción proximal o prostática* recibe el semen de los conductos prostáticos y de los conductos deferentes.

- *En su porción media o membranosa* presenta un esfínter uretral externo formado por un músculo estriado que permite controlar el reflejo de la micción. Está ubicado en la base del pene, inmediatamente por debajo de la próstata.

- *La ultima porción, o uretra peneana,* tiene una longitud de 15 centímetros y termina en el meato urinario externo, a nivel del glande, que es la porción más extrema del pene, de alta sensibilidad.

La **uretra** cumple doble función, conducir la orina y el semen hacia el exterior, aunque nunca en forma simultánea. Esto se debe a la presencia de un sistema de esfínteres que actúan como válvulas ocluyendo la conexión *conductos eyaculadores-uretra* al producirse la micción y la conexión entre *vejiga-uretra* en la eyaculación. La válvula necesita de algunos instantes para recuperar su posición anterior, motivo por el cual se hace muy difícil orinar de inmediato tras una eyaculación.

Las glándulas bulbouretrales o glándulas de Cowper segregan

un líquido mucoso que drena dentro de la uretra antes de la eyaculación (fluido preeyaculatorio) para limpiar y lubricar la uretra. El fluido de las glándulas bulbouretrales es alcalino como el líquido prostático.

2.2.4. Esperma y semen

La *producción espermática* es un proceso continuo, así como la producción del líquido seminal en las vesículas seminales y en la próstata. Los espermatozoides, entre eyaculación y eyaculación se almacenan en **el epidídimo** y en **la ampolla deferencial.** Pueden permanecer almacenados por más de 40 días y mantener su fertilidad. En el momento de la eyaculación, se mezclan los espermatozoides con la secreción de las vesículas seminales y de la próstata, que forman el plasma seminal. Si no se eliminan al exterior, son reabsorbidos.

El plasma seminal es un fluido formado por las secreciones de las glándulas seminales, prostáticas y bulbouretrales. Protege a los espermatozoides y los nutre. Además, favorece la movilidad de los espermatozoides y actúa como lubricante de la uretra.

El plasma seminal y los espermatozoides constituyen el **semen o esperma**, que es un líquido viscoso de color blanco grisáceo. Posee un pH básico, ubicado entre 7,5 y 8. Está formado, aproximadamente, por más de un 90% de plasma seminal y algo menos del 10% de espermatozoides que han madurado durante su trayecto por el epidídimo. En general, cada mililitro de semen tiene entre 80 y 150 millones de espermatozoides. En condiciones fisiológicas está libre de microorganismos.

2.2.5. Fecundación

El interior del pene está compuesto por tejido eréctil, dispuesto en dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso, ocupando toda la longitud del órgano. La excitación provocada por diversos estímulos se transmite desde el cerebro, vía médula espinal, a los nervios del pene, ocasionando un aumento del flujo sanguíneo en los cuerpos cavernosos, aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria y ascenso de la presión arterial.

Ese mayor suministro de sangre dilata las arterias, provoca expansión del tejido eréctil y agrandamiento progresivo del pene. La membrana que rodea a los cuerpos cavernosos (túnica albugínea) comprime el retorno venoso, con lo cual la entrada de sangre a los cuerpos cavernosos es mayor que la salida. El cuerpo esponjoso, más pequeño que los anteriores, rodea a la uretra y evita la compresión de la misma cuando el pene está erecto. La erección del pene permite la entrada en la vagina.

La eyaculación es la eliminación espasmódica de semen a través del pene. Responde a diversos estímulos que son enviados a los centros cerebrales. Consta de dos fases:

1. Primera fase: las glándulas bulbouretrales o de Cowper vierten una pequeña secreción mucoide preeyaculatoria en la uretra, que se desplaza hasta el meato urinario externo; es decir, hasta la punta del pene. Este fluido contiene algunos espermatozoides que se han desplazado desde los conductos eyaculadores, con lo cual son capaces de fertilizar a los óvulos a pesar de no haber eyaculación. A su vez, los fluidos provenientes de los conductos deferentes, de las vesículas seminales y de la próstata se mezclan entre sí y forman el semen. El esfínter uretral involuntario que comunica con la vejiga se cierra para evitar el eyaculado retrógrado. En la porción distal de dicho esfínter, a la altura de la base del pene, está el esfínter uretral externo, voluntario, que también permanece cerrado. Esto provoca un aumento de presión del semen sobre las paredes de la uretra prostática o proximal.

2. Segunda fase: se relaja el esfínter uretral externo y se desencadenan sensaciones muy placenteras denominadas orgasmo. El semen se expulsa con fuerza hacia el exterior a través de la uretra peneana, por contracciones rítmicas musculares. Con la primera contracción, la más extrema,

se elimina un importante volumen de semen, pudiendo el eyaculado alcanzar mucha distancia. Esto aseguraría que los espermatozoides alcancen el fondo de la vagina. Las siguientes contracciones son de menor intensidad y con menor volumen de eyaculado. Según la capacidad de cada individuo, la segunda fase eyaculatoria puede ser regulada en forma voluntaria, pero una vez que se ha desencadenado es imposible de controlar.

*Los espermatozoides presentes en el semen no son capaces de fertilizar los óvulos, a menos que presenten una serie de transformaciones conocidas en conjunto como **"capacitación espermática"**, que se produce en el tracto reproductor femenino, en donde los espermatozoides adquieren la capacidad de fecundar el óvulo.*

La vida del espermatozoide es relativamente corta. Tras la eyaculación del semen en el interior de la vagina puede vivir varios días, se cree que hasta 5-7 días. Sin embargo, en el exterior, sobre la piel por ejemplo, la vida del espermatozoide no pasa de una o dos horas como máximo. Cuando el semen es eyaculado dentro de la vagina de una mujer en su período fértil, es posible que uno de los espermatozoides atraviese con su cabeza la capa más externa del óvulo, penetrando hacia el centro del mismo. Cuando esto ocurre, ningún otro espermatozoide puede penetrar en ese mismo óvulo. La fecundación tiene lugar, por lo general, en la trompa de Falopio y en las 24 horas que siguen a la ovulación.

Capítulo 3

Métodos anticonceptivos (MAC)
Generalidades

Puntos clave

- Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro per se.
- Ningún método es 100% seguro.
- Cada MAC tiene características particulares, modo de uso, ventajas y desventajas.
- Considerar la situación singular de cada persona y buscar junto a ella el método más adecuado según sus preferencias, costumbres y estado de salud.

3.1. ¿QUÉ SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

Los *métodos anticonceptivos* son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. El uso del preservativo, que también protege de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), si es usado de forma correcta, es recomendable para toda la vida sexualmente activa.

3.1.1. Doble protección

El único método que previene las infecciones de transmisión sexual es el preservativo. Cuando la usuaria o el usuario está usando otro método anticonceptivo y elige protección también para las ITS, se recomienda una combinación de métodos. A esto se lo denomina *"doble protección."*

La doble protección consiste en el empleo de métodos de prevención del embarazo y de las ITS, a través del uso simultáneo de preservativo con otro método anticonceptivo.

Los preservativos femeninos y masculinos son los únicos métodos anticonceptivos que, además, previenen las ITS, incluido el VIH/Sida. Durante la consulta, es importante informar que el uso correcto de los preservativos femeninos y masculinos contribuye a prevenir la transmisión de VIH/Sida y otras ITS.

3.2. HISTORIA DE LOS MAC

Existen diferentes métodos que disminuyen las posibilidades de embarazos y que actúan impidiendo la fecundación o inhibiendo la ovulación.

Desde la antigüedad, se conoce el uso de formas de regulación de la natalidad, incluso en los pueblos originarios de América. El desarrollo de la ciencia occidental sobre métodos de prevención en relación a la vida sexual se remonta a fines del siglo XIX, con el uso del látex para la fabricación de **preservativos**, con el objetivo de evitar las durante mucho tiempo denominadas *"enfermedades venéreas."*[1]

Los avances en investigación permitieron, a partir del desarrollo de la **píldora** hace ya cincuenta años, descubrir nuevas formulaciones hormonales que disminuyen al máximo los riesgos y los efectos desfavorables. Incluso, en algunos casos, en la actualidad su uso llega a ser protectivo para la salud de la mujer.

En la década del '60 del siglo XX se desarrolló el primer **dispositivo intrauterino (DIU)** de plástico médicamente aceptado, que en los '70 incorporó el cobre con el objetivo de mejorar las características anticonceptivas, al utilizar mecanismos que actúan antes de la fecundación del óvulo. En la década del '80 se sumó la liberación de *Levonorgestrel.*

Históricamente, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en Argentina estuvo condicionada por diferentes restricciones del marco legal.[2] Con el advenimiento de la democracia comenzó a facilitarse su uso.[3] A partir de la sanción de la **Ley Nacional 25.673**, que creó el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** en el ámbito del **Ministerio de Salud de la Nación**, se avanzó en garantizar la provisión gratuita de una canasta de métodos, tanto en el sistema público como en obras sociales y prepagas.

Con la sanción en el año 2006 de la **Ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica** se reconoció a la ligadura tubaria y a la vasectomía como métodos anticonceptivos y se legalizó su práctica en forma gratuita para personas mayores de edad.

> *En la actualidad, la anticoncepción no se plantea como forma de regulación de la natalidad, sino como una manera que tienen las mujeres y los hombres de poder elegir si tener o no hijos, cuántos y cuándo tenerlos. Y así, ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.*

En el año 2009, con la sanción de la **Ley Nacional 26.485** se estableció que obstaculizar el acceso a los métodos anticonceptivos es una forma de violencia contra la libertad reproductiva y su negativa conlleva responsabilidad profesional y para la institución.

3.3. CLASIFICACIÓN DE LOS MAC

Los métodos anticonceptivos disponibles en la Argentina se clasifican según su **mecanismo de acción** en:

3.3.1. Anticonceptivos de barrera

A través de un mecanismo físico, impiden el acceso de los espermatozoides evitando su unión con el óvulo.

- *Preservativo masculino*
- *Preservativo femenino*
- *Diafragma*

1. El término "venéreas" ya no se utiliza. Surgió por "Venus" y se lo utilizaba en el sentido de proteger al hombre de las enfermedades "*causadas por mujeres*" en el encuentro sexual.
2. Ver Decreto 650/74 durante el ejercicio de José López Rega como ministro de Bienestar Social y Decreto 3938/77 de la última Dictadura Cívico Militar (1976-1983).
3. Ver Decreto 2274 de 1986 durante la presidencia de Raúl Alfonsín que deroga los Decretos 650/74 y 3938/77.

3.3.2. Anticonceptivos hormonales

Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, o por acción local inhibiendo el ascenso de espermatozoides. Existen distintas maneras de clasificarlos.

Según su *composición* se clasifican en:
• *Anticonceptivos hormonales combinados:* compuestos por hormonas que derivan de los estrógenos y de la progesterona (progestágenos).

• *Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos:* compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer.

Según su *mecanismo anticonceptivo* se clasifican en:
• *Anovulatorios:* inhiben la ovulación incidiendo sobre el eje de regulación hormonal del ciclo.
• *NO Anovulatorios:* actúan produciendo cambios en el moco cervical.

Según su *vía de administración* se clasifican en:
• *Orales*
• *Inyectables*
• *Dérmicos*
• *Subdérmicos*
• *Vaginales*
• *Intrauterinos*

Ver Cuadro 3.1. en esta página.

3.3.3. Métodos intrauterinos

Dispositivos flexibles que se colocan dentro de la cavidad uterina y actúan por mecanismos locales de alteración del medio uterino que lo hacen desfavorable para la fecundación. Hay dos tipos:
• *Dispositivo intrauterino (DIU)* medicados con cobre.
• *Sistema de Intrauterino de Liberación (SIU):* medicado con Progetágeno (Levonorgestel)

Cuadro 3.1. Clasificación de métodos hormonales

Composición hormonal	Tipo	Vía administración	Principal mecanismo anticonceptivo
Estrógeno + Progestágeno	Anticonceptivos hormonales combinados	- Anticonceptivos hormonales combinados orales - Inyectable mensual - Anillos vaginales - Parches dérmicos	Anovulación
Sólo Progestágeno	Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos	- Oral (levonorgestrel/ linestrenol)	Alteración moco cervical
		- Oral (desogestrel) - Inyectable trimestral - Implantes subdérmicos	Anovulación
		- Sistema Intrauterino de Liberación (SIU)	Alteración moco cervical/ Inhibición espermática
	Anticoncepción hormonal de emergencia	- Oral	Anovulación

3.3.4. Anticoncepción Quirúrgica

Son los únicos métodos prácticamente irreversibles.
- *Ligadura de las Trompas de Falopio* en la mujer
- *Vasectomía* en el hombre

3.3.5. Anticonceptivos Químicos

Actúan como espermicidas.
- *Cremas / Jaleas / Tabletas / Óvulos*
- *Esponjas*

3.3.6. Método de la Lactancia Amenorrea (MELA)

Consiste en usar como método anticonceptivo durante los primeros seis meses de vida del bebé la lactancia exclusiva de la mujer, si también presenta amenorrea.

3.3.7. Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer (MBCF)

- *Calendario*
- *Moco cervical*
- *Temperatura basal*
- *Sintotérmico*

3.4. INFORMACIÓN NECESARIA PARA ELEGIR LOS MAC

En el acompañamiento de la elección y la toma de decisiones es fundamental la información que brinden las y los profesionales del equipo de salud. Para una adecuada **elección autónoma**, el/la profesional debe lograr en la comunicación con la usuaria o el usuario estos ocho objetivos:

1. Compartir la información sobre *cómo funciona* el método.

2. Clarificar cuál es *su eficacia.*

3. Transmitir cuál es el *uso correcto* del método, *qué esfuerzos implica y qué facilidades* tiene su uso.

4. Explicar cuáles son los *efectos secundarios comunes y qué puede hacerse ante su aparición.*

5. Dar cuenta de los *riesgos y beneficios* para la salud inherentes al método.

6. Clarificar cuáles son los signos, *síntomas o situaciones de alarma* que requieren una nueva consulta y cómo acceder a la misma.

7. Explicar cuáles son las *posibilidades de retorno a la fertilidad* después de la interrupción del método.

8. Informar cómo *protegerse de las ITS*, incluyendo el *VIH/Sida.*

Para lograr estos objetivos, la herramienta con que cuentan las y los profesionales del equipo de salud es la **comunicación.**

Durante la consulta, es importante:

- Utilizar términos adecuados y permitir que surjan preguntas.
- Facilitar que las personas puedan expresar sus dudas y temores.
- Fortalecer la comunicación con el uso de materiales didácticos.
- Durante toda la consulta, el eje es alcanzar el cumplimiento de los ocho objetivos sobre información necesaria para elegir un MAC.

3.5. EFICACIA DE LOS MAC

La eficacia de los distintos métodos anticonceptivos se determina por el *Índice de Pearl,* que se mide por el número de embarazos por cada cien mujeres al año que utilizan un determinado método.

La eficacia anticonceptiva de los distintos métodos puede variar enormemente de una persona a otra debido a que, según la forma de administración del método, hay variaciones que son operador dependiente. La eficacia está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido.

La mayoría de las usuarias y de los usuarios tienden a hacer más efectivo el método a medida que adquieren mayor experiencia en su uso. En estudios para medir la eficacia anticonceptiva se denomina:

Uso habitual: gestaciones que se producen en todos los meses o ciclos con exposición, más allá de cómo se utilizó el método.

Uso correcto: gestaciones producidas con el uso perfecto del método.

Cuadro 3.2. Uso habitual y uso correcto. Eficacia anticonceptiva de los MAC. Embarazos por cada 100 personas que usan el método durante un año.

Método anticonceptivo	Tabla de embarazo año*	
	Uso correcto	Uso habitual
Orales combinados	0.3	8
Orales de Sólo de Progestágenos (AOSP)	0.3	8
Inyectables combinados	0.05	3
Inyectables Sólo de Progestágeno (AISP)	0.3	3
Implantes	0.05	0.05
Anillos vaginales	0.3	8
Parches	0.3	8
Preservativos masculinos	2	15
Preservativos femeninos	5	21
Diafragmas con espermicidas	6	16
DIU con cobre	0.6	0.8
SIU con Levonorgestrel	0.2	0.2
Ligaduras tubarias	0.5	0.5
Vasectomías	0.1	0.15
Anticonceptivos químicos	18	29
Método de la Lactancia Amenorrea	0.9 **	2
Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer	_	25

(*) Tasas fundamentalmente de los Estados Unidos. Fuente: Trussell J. Contraceptive efficacy. En Hatcher R. y col., editores. Contraceptive technology. 19th revised ed. 2007 (en imprenta). Las tasas para los inyectables mensuales y capuchones cervicales son de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004; 70(2): 89–96.
(**) La tasa para uso consistente y correcto de MELA es un promedio ponderado de cuatro estudios clínicos citados en Trussell (2007). La tasa para MELA como es usada comúnmente es de Kennedy KI y col., Consensus statement: Lactational amenorrea method for family planning. International Journal of Gynecology and Obstetrics 1996;54(1): 55–57.

3.6. REQUISITOS LEGALES

Para la provisión de los MAC, los únicos requisitos legales[4] a los que se debe responder desde el equipo de salud son:

1. Brindar información adecuada, validada científicamente y en forma accesible en todos los casos.

2. Asegurar la confidencialidad y preservación de la intimidad.

3. Brindar la atención acompañando la decisión autónoma de las mujeres.

4. Realizar consejería y dar información sobre otros métodos anticonceptivos en el caso de la anticoncepción quirúrgica.

5. Contar con el Consentimiento Informado firmado por la usuaria o el usuario en el caso de anticoncepción quirúrgica (Ley 26.130).

6. Las y los adolescentes a partir de los 14 años no necesitan acompañamiento de sus padres ni de otro adulto para que se les provean métodos anticonceptivos.

3.7. PRÁCTICAS PREVIAS RECOMENDADAS PARA EL USO DE LOS MAC

En el inicio y seguimiento del uso de métodos anticonceptivos habitualmente se realizan algunas prácticas médicas que, si bien han sido naturalizadas por el uso, muchas **no son necesarias** según los avances en investigación clínica.

En el caso de estar frente a una persona sana, se categorizan prácticas recomendadas según evidencia científica *(ver Cuadro 3.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de MAC).*

En caso de que la persona presente alguna afección médica o se encuentre en otra situación especial, los **Criterios Médicos de Elegibilidad**[5] son una herramienta fundamental para orientar la toma de decisiones respecto a la seguridad de los distintos métodos.[6]

Se recomienda cotejar las prácticas habituales con las últimas recomendaciones científicas a fin de adaptar los procedimientos, para no generar barreras en el acceso a los métodos.

3.7.1. Prácticas y nivel de recomendación

Existen tres categorías o niveles de recomendación en las cuales se organizan las prácticas para el uso seguro de los MAC. Conocer estas categorías es necesario para identificar qué prácticas son recomendadas o innecesarias al evaluar la elegibilidad de cada método anticonceptivo:

• *Categoría A:* esencial y obligatoria en todas las circunstancias para un uso seguro y efectivo.

• *Categoría B:* contribuye sustancialmente para un uso seguro y efectivo, pero su implementación puede ser considerada según el contexto. Se debe realizar una valoración costo-beneficio.

• *Categoría C:* puede ser apropiado como prevención del cuidado de la salud pero no contribuye sustancialmente para el uso seguro y efectivo del método.

4. En el Capítulo 17 de esta publicación puede consultarse el marco legal vigente en salud sexual y salud reproductiva en la Argentina.
5. "Criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos". OMS, Cuarta edición 2009.
6. El "Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos." OMS, 2008, es un instrumento que facilita el acceso a la información para los profesionales del equipo de salud en las consultas. En la presente edición, al final del libro, hay una versión adaptada por AMADA y MSAL para recortar y armar.

Cuadro 3.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de MAC

Método anticonceptivo	Anticonceptivos hormonales combinados	Anticonceptivos sólo de progestágenos	DIU	Métodos de barrera
Examen ginecológico	C	C	A	C/A
Examen mamario	C	C	C	C
Citología cervical - Colposcopía	C	C	C	C
Laboratorio de rutina	C	C	C	C
Pesquisa de ITS	C	C	B[7]	C
Tensión arterial	A/B[8]	C	C	C
Consejería	A	A	A	A

Fuente: Adaptado de "Selected practice recommendations for contraceptive use OMS." 2da edición 2004 y Update 2008. Basado del Johns Hopkins. Baltimore, USA - 1999.

7. Se recomienda evaluar con la mujer la posibilidad de estar cursando de modo asintomático una infección por Clamidias o Gonorrea al momento de la colocación del DIU. Ver Criterios de Elegibilidad OMS 4ta edición año 2009 y Capítulo 9. Métodos Intrauterinos.
8. En situaciones en 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 presión arterial.

Cuadro 3.4. **COMPARATIVO:** Características de los Métodos de la Canasta de Insumos del PNSSyPR - MSAL

	Preservativo	Anticonceptivos Combinados Orales (ACO)	Anticonceptivos orales sólo de Progestágenos anovulatorios (Desogestrel)	Anticonceptivos orales solo de progestágenos no anovulatorios (levonorgestrel/ linestrenol)
Principal mecanismo de acción	Impide el encuentro de óvulos con espermatozoides.	Anovulación.	Anovulación.	Alteración del moco cervical.
Cómo se utiliza	Se coloca en el pene erecto antes del coito.	Pastilla que se toma vía oral.	Pastilla que se toma vía oral.	Pastilla que se toma vía oral.
Frecuencia de uso	En cada relación sexual.	Todos los días a la misma hora. En las presentaciones de 21 comprimidos, se hace una semana de descanso antes de comenzar el siguiente blister.	Todos los días a la misma hora, sin descanso entre blisters.	Todos los días a la misma hora, sin descanso entre blisters.
Eficacia	Depende del uso. Si se usa adecuadamente es muy alta.	Depende mucho de cómo la usuaria tome las pastillas. Si se hace correctamente, es muy alta.	Depende mucho de cómo la usuaria tome las pastillas. Si se hace correctamente, es muy alta.	Depende mucho de cómo la usuaria tome las pastillas. Si se hace correctamente, es muy alta.
Tiempo para que sea efectivo, desde inicio del método	Inmediatamente.	7 días de adecuada toma de comprimidos con hormona. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comenzó el primer día del ciclo.	7 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo.	2 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo.
Margen de seguridad en la toma	(no corresponde)	24 horas.	12 horas.	Bajo: es sólo de 3 horas. Enfatizar la importancia de tomarla en horario.
Prácticas a realizar con nivel de recomendación A antes de iniciar el método	Consejería.	Consejería. Control de tensión arterial.	Consejería.	Consejería.
Patrones de sangrado	No los cambia.	El sangrado coincide con la semana de descanso o pastillas placebo y es más escaso. Puede existir sangrado irregular los primeros meses.	Irregularidades del sangrado menstrual e incluso amenorrea.	Irregularidades del sangrado menstrual e incluso amenorrea.
Privacidad	Requiere adherencia del varón.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.
Uso durante la lactancia	Se puede usar sin problema.	No se recomiendan durante período de lactancia exclusiva.	Se pueden usar sin problema.	Se puede usar sin problema.
Uso ante contraindicación de estrógenos	Se puede usar sin problema.	No usar.	En general, se pueden usar.	En general, se pueden usar.
Recuperación de la fertilidad	Inmediato si no se usa.	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.
Protección contra ITS	Alta.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.

Cuadro 3.4. COMPARATIVO: Características de los Métodos de Canasta de Insumos del PNSSyPR - MSAL

Anticonceptivos Combinados Inyectables mensuales (ACI)	Anticonceptivos inyectables sólo de Progestágenos (AMPD)	DIU de cobre	Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)
Anovulación.	Anovulación.	Reacción inflamatoria estéril local que es tóxica sobre los espermatozoides.	Anovulación en un alto porcentaje.
Inyección intramuscular profunda, en cadera, parte superior de brazo o nalgas.	Inyección intramuscular profunda, en cadera, parte superior de brazo o nalgas.	Dispositivo que se coloca dentro del útero.	Pastilla que se toma por vía oral.
Mensual: una inyección la misma fecha calendario (el mismo día) de cada mes.	Trimestral: cada 90 días o 13 semanas.	Luego de colocado, dura hasta 10 años.	Cada vez, luego de la relación sexual sin cuidado, con riesgo de embarazo no deseado.
Alta. Menos dependiente de la usuaria. La usuaria debe concurrir a un efector para que le aplique la inyección cada mes.	Alta. Menos dependiente de la usuaria. La usuaria debe concurrir a un efector para que le aplique la inyección cada tres meses.	Muy alta. No depende de la usuaria.	Es más efectivo cuanto antes se tome. Dentro de las 12 horas de la relación sexual de riesgo, tiene 95% de eficacia.
7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comenzó el primer día del ciclo.	7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comenzó el primer día del ciclo.	Inmediatamente luego de colocado.	Sirve sólo para esa toma. No es un método efectivo como método habitual.
Puede darse hasta 3 días antes o después de la fecha exacta.	Puede darse hasta 2 semanas antes o después de la fecha en que debía aplicarse.	(no corresponde)	Puede tomarse hasta el 5º día, sin embargo su efectividad va disminuyendo con los días.
Consejería. Control de tensión arterial.	Consejería. Control de tensión arterial.	Consejería. Examen ginecológico.	Facilitar el acceso inmediato, sin turno, por guardia.
Al comienzo puede haber sangrado irregular. Luego el sangrado se regulariza. Puede generar también amenorrea.	Irregularidades del sangrado menstrual los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente.	Puede causar menstruaciones más abundantes y prolongadas. También sangrado irregular y más dolor durante la menstruación.	Puede modificar el sangrado menstrual, adelantándolo o retrasándolo una semana.
No existen signos físicos de uso.	No existen signos físicos de uso.	Una vez colocado, sólo la usuaria sabe que lo tiene.	No existen signos físicos de uso.
No se recomiendan durante período de lactancia exclusiva.	Se pueden usar sin problema.	Se pueden usar sin problema. Colocación post parto: < a 48 hs. o a partir de las 4 semanas.	Se puede usar sin problema.
No usar.	En general, se pueden usar.	Se puede usar.	Se puede usar.
Rápidamente al suspender la toma.	Puede haber una demora.	Rápidamente al retirar el dispositivo.	Sólo protege o disminuye la posibilidad de embarazo en esa relación sexual de riesgo.
Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.

Capítulo 4

Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos

Puntos clave

- La OMS publica los criterios médicos de elegibilidad basados en evidencia científica.
- Se trata de recomendaciones, no de normas estrictas, que sirven de base para tomar decisiones sobre diversos anticonceptivos según las condiciones médicas de cada usuaria/o.
- Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasifican en categorías. Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica.

4.1. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LA OMS

A través de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar métodos anticonceptivos en forma segura.

El documento no proporciona normas estrictas sino que brinda recomendaciones, que sirven de base para tomar decisiones sobre diversos anticonceptivos para ser usados por personas con ciertas condiciones médicas, teniendo en cuenta la información más actualizada disponible sobre la seguridad de los métodos en cada situación.

Hoy en día, en muchos lugares, la decisión sobre qué MAC recomendar está basada en estudios científicos de anticonceptivos que ya no se utilizan ampliamente, en preocupaciones teóricas que nunca han sido fundamentadas, o en la preferencia personal o tendencia de los equipos de salud. Estas políticas o prácticas anticuadas, muchas veces, originan limitaciones tanto en la calidad como en el acceso a los servicios de salud sexual de las usuarias y los usuarios.

El documento de la OMS pretende actualizar el criterio médico de elegibilidad utilizado en la provisión de todos los anticonceptivos: hormonales, DIU, métodos de barrera, MBCF, coito interrumpido, MELA, anticoncepción quirúrgica y anticonceptivos de emergencia.

La primera edición de los *"Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos"* se publicó en 1996; las ediciones subsiguientes se publicaron en 2000, 2004 y 2009 (4ta edición).

La OMS actualiza y amplía las recomendaciones a intervalos apropiados a través de las reuniones del Grupo de Trabajo realizadas cada tres a cuatro años, o según sea necesario.

Para establecer los Criterios médicos de elegibilidad, la Organización Mundial de la Salud hace las siguientes evaluaciones:

- Considera la inclusión de las *condiciones de salud* relevantes.
- Evalúa las condiciones basadas en *evidencia científica.*
- Incluye las *etapas de la vida* que pueden afectar la elección del anticonceptivo.
- Incluye los aspectos relacionados con los *servicios necesarios* para la atención en relación al uso del método.

4.2. CATEGORÍAS DE ACUERDO A LAS CONDICIONES QUE PRESENTA LA PERSONA

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías, según se detalla en el *Cuadro 4.1.*

- Las *categorías 1 y 2* no observan riesgo para la salud de la persona si usa ese método anticonceptivo.
- En el caso de las *categorías 3 y 4,* con distinto grado de implicancia, es preferible utilizar otro método.
- Las *categorías 1 y 2* pueden ser manejadas por personas del equipo sin formación médica.
- Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica, teniendo siempre presente la situación singular de la mujer y el método que está eligiendo.

Cuadro 4.1. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona

Categorías	Condiciones
1	Una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2	Una condición en donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisible si se utiliza el método anticonceptivo.

En términos de la práctica cotidiana, según la posibilidad de acceder a observaciones clínicas amplias o limitadas, las cuatro categorías anteriores se pueden traducir en distintas posibilidades de uso del método *(Cuadro 4.2).*

Cuadro 4.2. Uso de las categorías para la práctica cotidiana

Categorías	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	Sí, usar el método.
2	En general, use el método.	
3	El uso del método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados o haya serias dificultades para la adherencia.	No usar el método.
4	No debe usarse el método.	

4.2.1. Categorías para la anticoncepción quirúrgica[1]

Para la anticoncepción quirúrgica **no hay ningún trastorno médico que restrinja de manera absoluta la elegibilidad** de una persona para la esterilización, aunque algunas condiciones y circunstancias indican que deben tomarse ciertas precauciones.

Las recomendaciones para la esterilización quirúrgica se definen según las cuatro categorías siguientes:

• *A (Aceptar):* no hay razones médicas para negar la esterilización a una persona en esta condición.

• *C (Cuidado):* el procedimiento normalmente se realiza en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.

• *R (Retrasar):* el procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.

• *E (Especial):* el procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanas/os y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren además la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Deben ofrecerse métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir al/la usuario/a o si hay cualquier otro retraso.

4.3. INICIO Y CONTINUACIÓN DEL USO DE MÉTODOS

En los Criterios, también se valoran los criterios médicos para *el inicio* (cuando la condición clínica es previa a la elección de un método) y/o *la continuación* (en el caso en que se presente la condición clínica mientras la persona esté usando el método) del uso de los métodos. Al utilizar el ***Cuadro 4.3. Criterios de Elegibilidad*** de las páginas siguientes, debe tenerse en cuenta que en algunos casos se determinaron diferentes categorías de criterios de elegibilidad para el inicio y la continuación; esas diferencias se marcan en las columnas **I=Inicio** y **C=Continuación.** Cuando **I** y **C** no se indican o aclaran, significa que la categoría es la misma para el inicio y la continuación.

A continuación se presenta un cuadro que resume las situaciones más frecuentes ***(Cuadro 4.3 Criterios de Elegibilidad)*** y, a su vez, se adjunta a este ejemplar una lámina y un disco para determinar Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS, herramienta de uso cotidiano en la consulta anticonceptiva.

Dada la gran utilidad de estas tablas y/o del Disco en la práctica diaria, se recomienda:

• Que estén disponibles en los consultorios y espacios de atención para ser fácil y rápidamente consultadas por el equipo de salud cuando realiza las consejerías y consultas.

• Para obtener más información y las Guías completas de los Criterios de elegibilidad de la OMS consultar la página web:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.19_spa.pdf

1. Ver capítulo 10. Anticoncepción quirúrgica.

Cuadro 4.3. **RESUMEN:** Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Edad	Desde la menarca hasta los 18 años	1	1	1	2	2
		Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1	1
		Desde los 40 años y más	2	2	1	1/2 [1]	1
	Nulíparas		1	1	1	1	2
	Lactancia materna	Hasta las 6 semanas post parto	4	4	3 [2]	3 [2]	
		6 semanas a 6 meses post parto (con lactancia exclusiva)	3	3	1	1	
		6 meses post parto o más	2	2	1	1	
	Post parto (no amamantando)	Menor a 21 días	3 /4 [3]	3 /4 [3]	1	1	
		Entre 21 días y 42 días	2/3 [4]	2/3 [4]	1	1	
		Mayor a 42 días	1	1	1	1	
	Post parto (amamantando o no, incluido post cesárea)	Menor a 48 horas					1
		Entre 48 horas y 4 semanas					3
		Mayor a 4 semanas					1
	Post aborto	Primer trimestre	1	1	1	1	1
		Segundo trimestre	1	1	1	1	2
		Inmeditamente después de aborto séptico	1	1	1	1	4
	Tabaquismo	Edad menor a 35 años	2	2	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MENOS de 15 cig/día	3	2	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MAS de 15 cig/día	4	3	1	1	1
	Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m2)		2	2	1	1	1

1. En mujeres de 45 años o más, el AMPD es categoría 2.
2. La recomendación del PNSSyPR es que la mujer se retire al momento del alta médica con el anticonceptivo para la lactancia (en caso de haber optado por este método). Se prioriza no perder la oportunidad. Los estudios demuestran que los AOPS no modifican el desarrollo de la lactancia materna y tampoco tienen efecto sobre la salud y el crecimiento de los bebés amamantados. Sin embargo, no existen datos que evalúen los efectos de la exposición de progestinas a través de la leche materna en el desarrollo del cerebro y el hígado de los bebés.
3. Si la mujer presenta otros factores de riesgo de TVP (trombosis venosa profunda), es categoría 4.
4. Si la mujer presenta otros factores de riesgo de TVP, es categoría 3. Otros posibles factores de riesgo para TVP: antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 kg/m2, hemorragia postparto, preclampsia, tabaquismo.

Cuadro 4.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y contunuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre
2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad mayor, fumar, DBT, HTA, etc)		3/4	3/4	2	3	1
	Hipertensión	Historia de presión alta donde no se puede evaluar la tensión arterial	3	3	2	2	1
		Antecedentes de HTA con presión controlada y se puede evaluar	3	3	1	2	1
		Máxima entre 140 y 159, Mínima entre 90 y 99	3	3	1	2	1
		Máxima mayor de 160 y/o Mínima mayor de 100	4	4	2	3	1
	Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar	Antecedentes	4	4	2	2	1
		Aguda	4	4	3	3	1
		Con tratamiento anticoagulante	4	4	2	2	1
	Cirugía mayor inmovilización prolongada[5]		4	4	2	2	1
	Cirugía menor sin inmovilización		1	1	1	1	1
	Cardiopatía isquémica o ACV (actuales o antecedentes)		4	4	I:2/ C: 3	3	1
	Hiperlipidemia diagnosticada[6]		2/3	2/3	2	2	1

REFERENCIAS/CATEGORÍAS:

1: Puede usar el método en cualquier circunstancia. No hay restricciones.
2: Puede usar el método y eventualmente necesitar algún seguimiento.
3: Habitualmente no es recomendable el método, excepto que no se disponga de otros métodos más apropiados o aceptables.
4: NO debe usarse el método.

ABREVIATURAS:

ACO: Anticonceptivo combinado oral
ACI: Anticonceptivo combinado inyectable (mensual)
AOSP: Anticonceptivo oral sólo progestágeno (Minipíldora y Desogestrel)
AMPD: Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (anticonceptivo sólo de progestágeno inyectable trimestral)
DIU: Dispositivo intrauterino de cobre

INICIO Y CONTINUACIÓN

I: Inicio del método
C: Continuación del método

5. Si se está programando una cirugía con inmovilización prolongada se sugiere suspensión de los anticonceptivos previo a la cirugía.
6. NO son necesarios los estudios de lípidos de rutina para el uso seguro de los métodos anticonceptivos

Cuadro 4.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y contunuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre
3. ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS	Trastornos tiroideos	Hipotiroidismo	1	1	1	1	1
		Hipertiroidismo	1	1	1	1	1
	Diabetes	Sin enfermedad vascular y NO insulina dependiente	2	2	2	2	1
		Sin enfermedad vascular e insulina dependiente	2	2	2	2	1
		Neuropatía/ retinopatía/ nefropatía	3/4	3/4	2	3	1
		Otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución	3/4	3/4	2	3	1
4. TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	Cefaleas [7]	No migrañosas	I:1/C:2	I:1/C:2	1	1	1
		Migraña sin aura en menores de 35 años	I:2/C:3	I:2/C:3	I:1/C:2	2	1
		Migraña sin aura en mayores de 35 años	I:3/C:4	I:3/C:4	I:1/C:2	2	1
		Migraña con aura *("¿ve una mancha luminosa antes de que aparezca el dolor de cabeza?")*	4	4	I:2/C:3	I:2/C:3	1
	Epilepsia	Ver interacciones medicamentosas	1	1	1	1	1

7. Si la mujer desarrolla cefalea durante el uso de anticonceptivos, debe realizarse la correspondiente consejería de seguimiento y evaluación.

Cuadro 4.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y contunuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre
5. INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO	Miomas uterinos		1	1	1	1	1 [8]
	Cánceres	Cáncer de mama (actual)	4	4	4	4	1
		Historia familiar de cáncer de mama	1	1	1	1	1
		Cáncer cérvico-uterino	2	2	1	2	I: 4/ C: 2
		Cáncer de ovario	1	1	1	1	I: 3/ C: 2
	Neoplasia intraepitelial cervical		2	2	1	2	1
	Hemorragia genital inexplicada (antes de la evaluación)		2	2	2	3	I: 4/ C: 2
	Enfermedad inflamatoria pélvica	Actual	1	1	1	1	I:4/C: 2 [9]
		Pasada	1	1	1	1	1 / 2 [10]
	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Gonorrea y clamidiasis u otras formas de cervicitis purulenta	1	1	1	1	I:4/ C:2
		Otras ITS y vaginitis	1	1	1	1	2
		Alto riesgo de ITS	1	1	1	1	I:2/3 C:2
		Infección por VIH o SIDA [11]	1	1	1	1	I:2/3 C:2 [12]
6. ENFERMEDADES DEL HIGADO	Tumor hepático benigno	Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	1
		Adenoma hepatocelular	4	3	3	3	1
	Tumor hepático maligno		4	4	3	3	1
	Hepatitis viral	Hepatitis aguda o exacerbación	I: 4/ C:2	I:3/ C:2	1	1	1
		Portadora de hepatitis viral o hepatitis crónica	1	1	1	1	1
	Cirrosis	Leve (compensada)	1	1	1	1	1
		Grave (descompensada)	4	3	3	3	1
	Antecedente de colestasis	Relacionada con el embarazo	2	2	1	1	1
		Relacionada con los anticonceptivos orales	3	2	2	2	1

8. Si existe distorsión de la cavidad uterina es categoría 4.
9. Si se diagnostica EPI durante el uso de DIU, no es necesario retirarlo para iniciar el tratamiento antibiótico. Se evaluará el retiro en función de la evolución de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento.
10. Si no ha tenido partos después del episodio de EPI, es categoría 2.
11. Para ampliar la información de Anticoncepción y VIH consultar: Guía de atención integral de las mujeres con infección por VIH. Msal-UNFPA 2009 www.msal.gov.ar/sida
12. Si la mujer se encuentra clínicamente bien con la terapia antirretroviral, tanto la inserción como la continuación son categoría 2.

Cuadro 4.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y contunuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOSP	AMPD	DIU cobre
7. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS		Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1
		Antifúngicos/ antiparasitarios	1	1	1	1	1
		Rifampicina o rifabutina[13]	3	2	3	1	1
		Algunos anticonvulsivantes[14] (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato)	3	2	3	1	1
		Lamotrigina[15]	3	3	1	1	1
	Antirretrovirales[16]	Inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa	1	1	1	1	
		Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa	2	2	2	2	
		Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3	3	3	2	

Fuentes:
- Organización Mundial de la Salud: *Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4º ed, Ginebra.* OMS, 2009
- Department of Reproductive Health and Research: *Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period.* OMS, 2010.

13. Si bien la terapia con ACO y rifampicina no produce daño en las mujeres, podría reducir la eficacia del anticonceptivo. Por este motivo debe recomendarse el uso de otros métodos. De elegir ACO, debe usar una preparación que contenga un mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol.
14. Si bien la interacción con ACO y AOSP no produce daño en las mujeres, podría reducir la eficacia del anticonceptivo. Por este motivo debe recomendarse el uso de otros métodos en usuarias crónicas de estos fármacos anticonvulsivantes. De elegir ACO, debe usar una preparación que contenga un mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol.
15. La recomendación se aplica sólo en los casos de monoterapia con lamotrigina. En los tratamientos que combinan lamotrigina con otros antiepilépticos (ej. valproato de sodio), no habría interacción con los ACO.
16. Ver **Guía de atención integral de las mujeres con infección por VIH.** Msal-UNFPA 2009 www.msal.gov.ar/sida. Ante el riesgo de que las interacciones puedan afectar la seguridad y eficacia del anticonceptivo y el antirretroviral, se recomienda siempre el uso sistemático de preservativos. El objetivo es prevenir la transmisión del VIH y compensar cualquier reducción posible en la eficacia del método anticonceptivo. Si se usa ACO, usar una preparación que contenga como mínimo 0,03 mg de etinilestradiol. Para más información: www.hiv.drugsinteractions.org

Capítulo 5
Métodos de barrera

Puntos clave

- Impiden el acceso de los espermatozoides al útero.
- Para una buena eficacia anticonceptiva requieren un uso correcto en cada acto sexual.
- Necesitan alta motivación para su uso.
- Prácticamente no tienen contraindicaciones.
- Algunos son muy efectivos en la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual.

En la elaboración de este capítulo colaboró: Silvana Vulcano, Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.

INTRODUCCIÓN

Los **métodos de barrera** son aquellos métodos que por un mecanismo físico evitan la fecundación, al impedir el acceso de los espermatozoides al útero. Son métodos de barrera los preservativos de uso masculino, los preservativos de uso femenino y el diafragma.

Los preservativos femenino y masculino, además, protegen contra las infecciones de transmisión sexual.

Clasificación según usuario/a:

- *De uso masculino*
  1. Preservativo

- *De uso femenino*
  2. Preservativo femenino
  3. Diafragma vaginal

Si bien no son métodos anticonceptivos, en este capítulo se explicarán además las características de los **protectores bucales** o **campos de látex**, por su relevancia en prevenir la transmisión de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

5.1. PRESERVATIVO MASCULINO

Puntos clave

- Se conoce como: condón, forro o profiláctico.
- Protege tanto de un embarazo como de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH/Sida.
- Es el método con el que se facilita la "doble protección".[1]
- Para sostener una buena eficacia anticonceptiva y preventiva de ITS, requiere del **uso correcto** en **cada acto sexual**.
- También requiere de alta motivación del usuario varón, y suele ser necesaria la cooperación de ambos miembros de la pareja para sostener la adherencia al uso.
- Es muy accesible y de bajo costo.
- No tiene efectos secundarios.
- Puede usarse luego del parto y durante la lactancia.
- No necesita prescripción médica. La entrega de preservativos puede realizarse dentro y fuera de efectores de salud y es sin registro. Deben estar visibles y a disposición para ser llevados por las personas que transitan por Centros de Salud y hospitales.

1. Para ampliar el concepto de "doble protección", ver Capítulos 1 y 3.

El **preservativo masculino** es una funda de látex muy delgada[2] que se coloca sobre el pene erecto, antes de la penetración, y que debe permanecer colocado durante toda la relación sexual.

Es el único método anticonceptivo que también previene la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida.

Es el método anticonceptivo de uso más frecuente por su accesibilidad.

Consideraciones particulares en consejería sobre el uso de preservativos:

- En el momento de conversación con las usuarias o los usuarios y sus parejas es posible combinar la información que se brinda sobre métodos anticonceptivos con la relativa al VIH/Sida. Puede empezarse hablando acerca de los cambios en la anticoncepción a partir de la aparición del Sida.

- Todas las personas están expuestas a la transmisión de ITS y VIH/Sida. Para prevenirlas, el uso del preservativo debe estar asociado a cualquier práctica sexual que implique ese riesgo: en la penetración vaginal, anal o en el sexo oral.

- A su vez, todas las personas que mantienen relaciones sexuales se benefician del uso del preservativo, tanto hombres como mujeres, por lo tanto se aconseja fortalecer la noción de seguridad que brinda el preservativo, en la medida en que es bien utilizado.

Puntos críticos para la recomendación del uso del preservativo:

a. No siempre es posible para las personas negociar con su pareja la colocación del preservativo, ni incorporarlo con naturalidad en el juego sexual.
Esto constituye un desafío para el equipo de salud que trabaja en la consejería, donde se hace necesario ofrecer a los usuarios y a las usuarias herramientas que permitan la apropiación del uso del preservativo.

Para lograrlo, es necesario ir más allá de la mera recomendación, e incorporar la noción de posible conflicto con la pareja en relación con su uso, alertar sobre la necesidad de "negociar" y brindar argumentos y pautas. Los espacios grupales o talleres facilitan esta tarea, porque a través del relato de experiencias de personas que han pasado por este tipo de situaciones se brindan argumentos al resto de los y las participantes, a la vez que esta construcción grupal puede facilitar el sentirse empoderada/o a la hora de sostener sus argumentos.

b. Brindar información sobre el uso correcto de lubricantes.
Procurar instancias de diálogo sobre las posibilidades del uso correcto de lubricantes de base acuosa que no disminuyen la eficacia anticonceptiva y preventiva del preservativo. Además de las prácticas de sexo anal, donde el uso del lubricante disminuye las posibilidades de rotura del preservativo, en mujeres con poca lubricación, por ejemplo durante la post menopausia, el uso de lubricantes mejora el grado

2. Para ampliar información acerca de las especificaciones técnicas de los preservativos masculinos consultar ANMAT Disposición 2337/02 "Reglamento técnico Mercosur para los preservativos masculinos de látex de caucho natural" en www.anmat.gov.ar.

de satisfacción en las relaciones sexuales, lo que aumenta la adherencia al uso del preservativo.

c. Las propias representaciones del equipo de salud influyen en a quién y cómo se recomiendan pautas de cuidado.
Es conveniente abordar en algún espacio grupal de trabajo interno las representaciones, los mitos y preconceptos o prejuicios del equipo de salud en relación con "quién puede y quién no" infectarse con el VIH. Puede ser de utilidad buscar una coordinación externa para realizar un taller para el equipo en este tema, a fin de reconocer los propios preconceptos en esta temática.

d. "Pareja estable" no es lo mismo que "sexo seguro".
Es necesario problematizar con las usuarias y los usuarios nociones tales como "pareja estable", "promiscuidad", "confianza", "es conocido/a", "no parece que...". La epidemia del VIH viene demostrando que estas representaciones obstaculizan el ejercicio de una sexualidad más segura, y colocan a varones y a mujeres en situaciones de vulnerabilidad. Ser vulnerable en este sentido, significa tener poco o ningún control sobre el riesgo de infectarse.

e. Puede enfatizarse el uso del preservativo asociado a otro método, *ya que de este modo se garantiza la "doble protección".*
Hay que tener en cuenta que es mejor ser flexible en cuanto a la elección del método, ya que es imposible imponer el uso del preservativo. Una manera es dejar planteada la necesidad de la "doble protección". Se pueden entregar preservativos junto con el método anticonceptivo elegido por la persona, y material impreso sobre uso correcto del preservativo y prevención del VIH/Sida.

f. Nunca debe darse por sentado que las personas conocen el uso correcto del preservativo.
Realizar en la consejería una demostración de uso correcto y proponer a la usuaria o usuario que haga una prueba en una maqueta.

g. Es conveniente aprovechar la oportunidad para brindar información sobre la Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).
Presentar la AHE a las usuarias y usuarios como herramienta disponible para evitar un embarazo en caso de fallar el uso del preservativo, o de no haberlo utilizado. Se recomienda entregarla en forma preventiva, para que la usuaria o el usuario la tengan en su casa en caso de emergencia. También, debe informarse dónde y cómo obtenerla y entregar folletería informativa sobre AHE.[3]

La consejería es un espacio privilegiado para conversar con las usuarias y los usuarios sobre el VIH y otras ITS, sobre temores y saberes en relación al cuidado. Favorecer el acceso al testeo con asesoramiento a las personas con voluntad de conocer su estado serológico mejora las posibilidades de ejercer prácticas de cuidado de manera activa y consciente.

5.1.1. Mecanismo de acción

El preservativo retiene el semen dentro de la funda de látex y así impide su ascenso por el tracto genital superior y la fecundación del óvulo.

3. Ver Capítulo 8 Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).

5.1.2. Eficacia anticonceptiva

La eficacia del preservativo depende de que se use en forma correcta en cada acto sexual.

Con el uso correcto: si se usa de manera constante y correcta, las tasas de embarazo son bajas, 3 embarazos cada 100 mujeres por año.

Con el uso habitual: 14 embarazos por cada 100 mujeres por año.

Su efectividad para prevenir una infección de transmisión sexual ronda el 95% y como método anticonceptivo llega al 97%, cuando se usa correctamente.

5.1.3. Recuperación de la fertilidad

Al dejar de utilizarlo, se recupera la fertilidad.

5.1.4. Protección contra las ITS/VIH

Los preservativos proporcionan protección sumamente eficaz contra la infecciones por VIH.

El uso constante de preservativos probablemente **reduzca en un 60 a 80% el riesgo de infección por Clamydia y Gonococo.** Ofrece menos protección contra el herpes, HPV y otras ITS que pueden transmitirse a través del contacto cutáneo entre las partes del cuerpo no cubiertas por el preservativo. Es decir que no protege al escroto ni evita las infecciones producidas por epizoonosis (piojo púbico, escabiosis), las verrugas genitales o las lesiones por virus del papiloma humano (HPV) fuera de la vagina o del cuello uterino.

5.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Todas las personas que mantienen relaciones sexuales pueden usar el preservativo, independientemente de su edad, condición social o estado civil.

En el único caso en que debe evitarse su uso es en personas con alergia al látex natural de caucho. Para ellas, en la actualidad, una opción posible son los preservativos de látex sintético o **"libres de látex",** o los **preservativos femeninos** que son de material sintético.

En varones con disfunción eréctil, puede ser dificultoso el uso.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).*

• Alergia al látex (esto no se aplica a los preservativos "libres de latex").

Este método *no tiene contraindicaciones absolutas (categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).*

5.1.6. Administración del método

Al administrar el método, es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones para el equipo de salud:

✓ **No es conveniente dar por sentado que las personas conocen el uso correcto del preservativo.** Es necesario siempre hacer una demostración y ensayar en una maqueta la técnica correcta junto con la usuaria o el usuario, pidiéndole que explique lo observado como si se lo enseñara a otra persona.

✓ **Entregar en la consulta preservativos y, si se dispone, lubricantes en base a agua o silicona.** También hay que informar sobre los lugares en donde las/los usuarias/os pueden retirar o adquirir los preservativos.

✓ **En cada consulta es importante reforzar el uso adecuado del preservativo**, incentivar su uso en las siguientes relaciones sexuales, dar oportunidad para hablar de los posibles problemas que esté teniendo para negociar el uso del preservativo y brindar nuevas herramientas o técnicas para facilitar su uso.

✓ **Los preservativos se alteran con el calor.** Esto hay que tenerlo en cuenta tanto para el lugar de acopio de cajas de preservativos (que no deben estar al sol ni en lugares con alta temperatura) como para el guardado de cada preservativo por parte de las usuarias y usuarios.

5.1.6.1. Cómo utilizar el preservativo

Los preservativos masculinos más comunes están enrollados sobre sí mismos. Fueron diseñados para colocarse sobre la punta del glande y desenrollarse a lo largo del pene erecto hasta cubrirlo completamente.

Los pasos a seguir son:

1. Usar un preservativo nuevo en cada relación sexual.

2. Observar la fecha de vencimiento. Tratar de no usar uno que esté vencido, salvo que no se disponga de otro.

3. Revisar el envase. No usar si está roto o dañado.

4. Abrir el envase con los dedos: evitar los dientes y cosas que puedan dañar el preservativo.

5. Antes de cualquier contacto físico con los genitales de la otra persona (sea genital, anal o bucal), colocar el preservativo.

6. Colocarlo sobre el pene erecto, inmediatamente después de alcanzar la erección.

7. Al colocarlo, es importante apretar la punta para que no

Figura 5.1. Pasos en la utilización de preservativos masculinos

quede aire y se pueda contener ahí el semen eyaculado. Desenrollar bien el preservativo hasta la base del pene en erección.

8. Retirar el pene inmediatamente después de la eyaculación, cuando todavía está erecto. Sostener el preservativo por su base para que éste no se salga (el preservativo queda grande cuando el pene se va desentumeciendo), tratando de que no se derrame esperma.

9. Hacer un nudo al preservativo y estirarlo para corroborar que no se haya roto.

10. Los preservativos son desechables, no deben usarse nuevamente. Si se vuelve a tener relaciones sexuales o si se pasa de un acto sexual penetrante a otro, por ejemplo, de sexo anal a vaginal, debe usarse un nuevo preservativo (con esto se evita transferir bacterias del ano a la vagina que provocan infección).

11. Envolver el preservativo en un envase o papel y tirar en un tacho de basura o cesto. No arrojar al inodoro, ya que puede tapar la cañería.

5.1.6.2. Uso de lubricante

La lubricación ayuda a reducir el riesgo de rotura del preservativo y la molestia que puede producir el roce o raspado del preservativo.

Existen diferentes formas de lubricar: secreciones vaginales naturales, agregar un lubricante externo, o usar preservativos con lubricante. También se puede usar agua limpia o saliva.

En el mercado existen lubricantes de base acuosa, de glicerina o silicona.

Deben evitarse los lubricantes oleosos ya que pueden dañar el látex y también disminuyen o anulan la eficacia anticonceptiva y preventiva del preservativo. No usar aceites, vaselina, lociones, cremas frías, manteca.

Los lubricantes tienen que aplicarse por fuera del preservativo, en la vagina o en el ano. No hay que aplicarlos directamente sobre el pene, ya que pueden hacer que el preservativo se deslice y se salga.

El uso de lubricante es muy recomendable para el sexo anal, ya que esta mucosa no genera su propio lubricante. También es recomendable el uso en mujeres luego de la menopausia, cuando hay aumento de la sequedad vaginal.

5.1.6.3. Dificultades en el uso del preservativo

Las dificultades pueden ser o no debidas al método:

• **Los preservativos pueden afectar la satisfacción de los usuarios o sus parejas en la relación sexual** y esto puede influir negativamente en la adherencia al uso. Por este motivo conviene que el equipo de salud esté atento para escuchar, asesorar y brindar nuevas herramientas, como técnicas de colocación y uso de lubricantes, para sostener la adherencia a este método.

Cuando la dificultad está relacionada con la pérdida de la erección con el uso de preservativo, puede ser útil recomendar que la pareja sexual converse sobre esta dificultad y brindar diferentes alternativas de juego para erotizar el preservativo.

Conversar sobre la sexualidad en la consulta con el equipo de salud puede ser un tema incómodo de trabajar, tanto para el/la usuario/a como para la/el profesional. En este caso, puede ser conveniente la derivación asistida a alguien del equipo con capacidad y posibilidad de trabajar esta temática, o llevar el tema a la reunión de equipo para buscar alternativas de intervención en próximas visitas.

• **Accidente con el preservativo por rotura, deslizamiento, etc.** En promedio, menos del 2% de los preservativos se rompe o se sale por completo durante la relación sexual. Hay varias condiciones que pueden influir para que esto suceda:

- La rotura del preservativo suele estar asociada a malas condiciones de conservación, ya sea por estar vencido o expuesto a condiciones ambientales que pueden dañarlo (sol o calor), o a una mala técnica de colocación.
- El uso del lubricante equivocado, o en muy poca cantidad, en prácticas con baja lubricación natural puede facilitar la rotura. Su colocación en exceso, puede hacer que el preservativo se resbale y se salga.
- También es importante el momento en que se retira el preservativo del pene: si se espera demasiado, cuando la erección ya ha comenzado a ceder, puede aumentar la posibilidad de que se salga.
- Usar más de un preservativo a la vez (colocarse dos juntos) predispondría a mayor riesgo de rotura por la fricción que se genera entre ambos. Esta práctica debe desaconsejarse ya que no aumentaría la seguridad del método.
- El uso de antimicóticos (miconazol o econazol) por vía vaginal también puede dañar el preservativo de látex. Si la mujer está recibiendo este tratamiento, recomendar el uso de otro método anticonceptivo o la abstención de coito vaginal durante el tratamiento.

DIFICULTADES PARA NEGOCIAR EL USO DEL PRESERVATIVO

El uso del preservativo requiere de la cooperación de ambos integrantes de la pareja. Propiciar la comunicación entre las partes puede mejorar las probabilidades de que lo usen.
Las personas que hablan con sus parejas acerca del uso del preservativo antes de comenzar a tener relaciones sexuales pueden mejorar las probabilidades de que se utilice durante el encuentro sexual.
Se puede aprovechar la consulta para analizar las diferentes formas en que la persona puede hablar del preservativo y la doble protección con la pareja. Se puede invitar a que vuelvan juntos a la consulta.

5.1.7. ¿Cómo proceder en caso de rotura o uso inadecuado?

Es importante tener en cuenta que la rotura reiterada, no uso o uso inadecuado pueden ser indicadores de violencia sexual o bien de desconocimiento en el uso correcto. En todos estos casos es necesario contemplar:

1. Si la mujer no está recibiendo otro anticonceptivo, que tome *Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)* cuanto antes. Recordar que la efectividad de la AHE es mayor cuanto más cerca se tome de la relación sexual.[4]

2. Contemplar la *Profilaxis Post Exposición no ocupacional para VIH (PPE)* (ver más adelante), y la profilaxis para otras ITS.

El factor tiempo es central: tanto para la toma de AHE como para la profilaxis para VIH en caso de que fuera indicada, hay que tener presente que es necesario hacerlas cercanas al evento. La profilaxis antirretroviral es más efectiva si se inicia dentro de las 4 horas post exposición, aunque puede comenzarse dentro de las 48 horas.

Siempre deben solicitarse las **serologías basales para VIH**, Virus **Hepatitis B** (VHB), Virus **Hepatitis C** (VHC), previo consentimiento informado, y solicitar **screening de ITS** (fundamentalmente VDRL) de la persona expuesta en las primeras 48 horas. Solicitar también **test de embarazo.** Siempre que sea posible, solicitar las serologías (previo consentimiento informado) de la fuente.

• **Para la prevención de VHB:** en personas sin vacunaciones previas o vacunadas sin títulos de anticuerpos conocidos, indicar vacuna antiVHB (3 dosis: 0, 1 y 6 meses).

• **Para otras ITS:** evaluar según la situación singular si es necesario realizar profilaxis para gonorrea, sífilis, chlamydia, tricomoniasis y vaginosis bacteriana. El esquema terapéutico en ese caso, es el mismo que se recomienda según protocolos de atención.[5]
La comunicación fluida entre los miembros de la pareja, y que ambos tengan información sobre la AHE y la prevención de ITS y VIH, contribuyen a tener pautas de cuidado más efectivas, y a tomar mejores decisiones en el caso de que el preservativo se rompa o salga.

Es conveniente reforzar la información con que cuentan las y los usuarios para garantizar el buen estado de los preservativos, repasar la técnica de colocación y, en caso de que usen lubricantes, también su uso correcto. Volver a hacer una demostración práctica para facilitar la comprensión y pedirle a la persona que lo haga, a modo de detectar posibles errores y corregirlos.

En el caso de personas con múltiples exposiciones (roturas o accidentes frecuentes) tomarse el tiempo para realizar un nuevo asesoramiento o consejería.

5.1.7.1. Profilaxis Post Exposición no ocupacional para VIH (PPE)[6]

El riesgo de *transmisión del VIH* en un episodio sexual está asociado al tipo de práctica y a la condición serológica de los participantes, según el siguiente cuadro.

Cuadro 5.1. Riesgo estimado de transmisión de VIH por un episodio de relación sexual sin preservativo.

Tipo de práctica	Riesgo post exposición
Anal receptiva (*)	0.5% (1 en 200) a 3.0% (6 en 200)
Vaginal receptiva (*)	0.1% (1 en 1000) a 0.2% (2 en 1000)
Anal insertiva (**)	0.065% (1 en 1500)
Vaginal insertiva (**)	0.05% (1 en 2000)
Oral receptiva con eyaculación (*)	Datos conflictivos pero el riesgo es bajo

(*) Receptiva: Se entiende cuando la penetración la realiza una persona VIH positiva o que desconozca su serología.
(**) Insertiva: Es cuando la penetración la realiza una persona VIH negativa a una persona VIH positiva.

4. Ver Capítulo 8 Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).
5. Ver "Protocolo de atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales", PNSSyPR y DSyE, MSAL, 2011.
6. Tomado del "Protocolo de Profilaxis PPE" de la Dirección de Sida y ETS, MSAL.

La profilaxis post-exposición (PPE) no ocupacional vinculada con la rotura de preservativo o no uso del mismo, sólo debe considerarse en situaciones que se produzcan esporádicamente, por ejemplo una violación. La profilaxis antirretroviral no debe usarse para reemplazar la adherencia del uso del preservativo como componente de la doble protección.

Cuando no se conoce la condición serológica de la pareja sólo se indicará profilaxis post exposición para VIH si se considera que existe alto riesgo de que el contacto sea positivo.

Se considera de **alto riesgo al contacto**, cuando la persona no sepa su serología, y pueda tener como antecedentes la siguientes prácticas: ser usuaria/o de drogas endovenosas (UDI); ser trabajadora o trabajador sexual sin uso consistente de preservativo; tener antecedentes de múltiples parejas sin el uso consistente del preservativo; tener antecedente de otras ITS; ser varón que tiene sexo con otro varón sin uso consistente de preservativo.

Dependiendo de la condición receptiva o insertiva de la persona respecto de la práctica sexual, se valora de modo diferente el **no uso de preservativo** del accidente por **rotura o deslizamiento:**

1. *Si directamente no hubo uso de preservativo* en el caso de pareja VIH (+) o con serología desconocida y con *alto riesgo* de ser positivo (ver definición de *alto riesgo* para serología positiva) la recomendación de la profilaxis depende del tipo de práctica realizada, como se indica en el *Cuadro 5.2*:

Cuadro 5.2. Recomendación de profilaxis ante el no uso de preservativo en el caso de pareja VIH (+) o con serología deresconocida y con alto riesgo de ser positivo.

Tipo de práctica sexual		Recomendación
Vaginal	Receptiva	Recomendar profilaxis.
	Insertiva	Considerar profilaxis.
Anal	Receptiva	Recomendar profilaxis.
	Insertiva	Considerar profilaxis.
Oral	Con eyaculación	Considerar profilaxis.
	Sin eyaculación	No realizar profilaxis.

2. *Si hubo rotura o deslizamiento del preservativo*, los criterios de recomendación varían, por lo cual debe tomarse como parámetro el *Cuadro 5.3*:

Cuadro 5.3. Recomendación de profilaxis ante rotura o deslizamiento del preservativo

	Práctica sexual	Mujer/Hombre VIH (-) o con serología desconocida
Hombre VIH (+) o desconocido o con alto riesgo de serología positiva (ver definición)	Vaginal	Recomendar profilaxis.
	Anal	Recomendar profilaxis.
	Oral con eyaculación	Considerar la situación singular conversando y dando información a la persona.
	Oral sin eyaculación	Tranquilizar y contener a la persona, no es necesaria la profilaxis.
Hombre que conoce su situación serológica VIH (-) y usa consistentemente preservativos	Cualquier tipo de práctica	Tranquilizar y contener a la persona, no es necesaria la profilaxis.
Si el que consulta es un hombre que tuvo relaciones sexuales con una mujer y se desconoce la serología de la mujer, considerar si existe alto riesgo de que la mujer tenga serología positiva (según definición) para recomendar la profilaxis.		

Cuando está indicada la profilaxis antirretroviral, el régimen recomendado es ACT/3TC + Lopinavir y Ritonavir[7], **que debe comenzarse idealmente durante las primeras 4 horas posteriores al episodio** y puede iniciarse hasta las 48 horas.

La duración del tratamiento post exposición es de 4 semanas.

Si la fuente es VIH (+), debe individualizarse la profilaxis según los antecedentes de fallas terapéuticas previas y el esquema actual.

Es necesario **facilitar la reevaluación por parte de una/un especialista de la indicación de la profilaxis a las 48-72 horas de iniciada.**

El seguimiento se realiza para:
- ✔ Evaluar la tolerancia al régimen antirretroviral.
- ✔ Solicitar hemograma y hepatograma a las 2 semanas de haber comenzado la profilaxis.
- ✔ Repetir la serología para VIH a los 2, 4 y 6 meses.
- ✔ Repetir VDRL al mes.
- ✔ Hepatograma basal si la fuente es VHC (+). Repetir hepatograma y serología para VHC a los 4 meses.

5.1.8. Efectos secundarios

Un número reducido de personas presenta efectos secundarios al uso del preservativo masculino. Los más frecuentes pueden ser:

• **Leve irritación vaginal, peneana o alrededor** durante o luego del uso del preservativo: en esto casos, descartar la presencia de una infección o ITS que requiera tratamiento en ambos miembros de la pareja. Recomendar cambiar a otra marca de preservativos y usar lubricantes o agua para reducir el rozamiento causante de la irritación. Si no existe infección, pero la irritación continua o se repite, evaluar posible alergia al látex. Evaluar el uso de otro método anticonceptivo y sugerir preservativos libres de látex si existiera riesgo de contraer ITS y VIH.

• **Reacción alérgica severa al preservativo:** la alergia al látex no es frecuente en la población. Los informes de reacciones alérgicas leves son raros, y los casos severos extremadamente raros. Las personas que presentan reacciones alérgicas a los guantes de goma o a los globos pueden tener una reacción similar ante los preservativos de látex.
Si el preservativo contiene espermicida, también éste puede ser la causa de la alergia.

Los síntomas pueden ser urticaria o erupción en gran parte del cuerpo del pene, mareos, dificultad para respirar, pérdida de conciencia durante o después del uso del preservativo. En estos casos suspender el uso de preservativos de látex. Evaluar la derivación para estudio y tratamiento. La reacción alérgica puede llevar a un shock anafiláctico con riesgo de vida. Evaluar el uso de otro método y sugerir preservativos libres de látex.

Acceso al preservativo
Puntos importantes a tener en cuenta por el equipo de salud:
- Los preservativos deben entregarse a quien los solicite, sin distinción de edad, sexo o nacionalidad.
- La entrega de preservativos es gratuita en Hospitales y Centros de Salud del sistema público.
- No requieren receta para su entrega.
- No debe solicitarse DNI ni otra identificación.
- No se requiere consentimiento de los padres o tutores para la provisión de preservativos a menores de edad.
- Deben entregarse varias unidades a cada persona, o puede colocarse un dispenser para que la población los retire libremente.
- Junto a los preservativos puede entregarse AHE, para que la persona la tenga en el botiquín de su hogar ante cualquier urgencia.

7. Para ampliar información ver en *"Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales"*. Capítulo "Abordaje médico"; 3.4.-"Prevención del VIH/Sida: Tratamiento antirretroviral" (páginas 20 a 22). MSAL, PNSSyPR-DSyE, 2011. En www.msal.gov.ar/saludsexual link Materiales, Guías y Cuadernillos.

5.2. PRESERVATIVO FEMENINO

Puntos clave

- Protege contra ITS y VIH/Sida pero sólo en prácticas de sexo vaginal.
- Es un método controlado por la mujer.
- Es de un solo uso, y en cada relación sexual.
- No interrumpe la espontaneidad en la relación sexual porque puede colocarse previamente a la relación.
- No requiere prescripción médica.
- No es de látex. Puede utilizarse con cualquier tipo de lubricante.
- Puede requerir alguna práctica para su uso correcto. Al adquirir experiencia se hace más fácil introducir y retirar el preservativo femenino de la vagina.
- Actualmente no está disponible en la Argentina.
- Es de mayor costo que el preservativo masculino.

El **preservativo femenino** es una funda de poliuretano, de forma tubular, que presenta un anillo o aro flexible en cada extremo. En un extremo el anillo es cerrado, lo que ayuda a la inserción del preservativo en el fondo de la vagina. En el otro extremo, el anillo es abierto y más grande, lo cual ayuda a mantener el preservativo fuera de la vagina. Viene lubricado.

Algunas mujeres refieren que el anillo externo brinda una estimulación sexual adicional, y por su textura suave y húmeda, brindaría una sensibilidad más natural que el preservativo masculino de látex durante la relación sexual. No es ajustado ni aprieta. No disminuye la sensibilidad.

5.2.1. Mecanismo de acción

Reviste la pared de la vagina, cuello uterino y vulva, evitando el contacto directo con el pene y con los espermatozoides.

5.2.2. Eficacia anticonceptiva

La eficacia del preservativo femenino depende de su uso en forma correcta.

Con el uso correcto: con el uso constante y correcto, las tasas de embarazo son de 5 embarazos por cada 100 mujeres por año.

Con el uso habitual: 21 embarazos por cada 100 mujeres por año.

5.2.3. Recuperación de la fertilidad

Al dejar de utilizarlo, se recupera la fertilidad.

5.2.4. Protección contra las ITS/VIH

El preservativo femenino es una protección efectiva contra VIH/Sida y otras ITS.

5.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Puede ser utilizado por todas las mujeres, en cualquier momento de la vida, incluso por las personas alérgicas al látex. No tiene contraindicaciones.

5.2.6. Administración del método

5.2.6.1. Cómo utilizar el preservativo

Los preservativos femeninos no son difíciles de usar, pero hay que aprender a hacerlo correctamente. Al adquirir experiencia se hace más fácil introducirlo y retirarlo de la vagina. Cuando sea posible, mostrar a la usuaria cómo introducir el preservativo femenino.

Es una funda de poliuretano, de forma tubular, que presenta un anillo en cada extremo. El de mayor dimensión (es abierto) es el que se coloca sobre la vulva, el de menor tamaño (es cerrado) va en el fondo vaginal.

> *Puede colocarse más temprano, de modo que no interrumpe el momento del encuentro, y no es preciso retirarlo inmediatamente después de la eyaculación.*

Los pasos a seguir son:

1. Usar un preservativo nuevo en cada relación sexual.

2. Observar la fecha de vencimiento. Tratar de no usar uno que esté vencido, salvo que no se disponga de otro.

3. Revisar el envase. No usar si está roto o dañado.

4. De ser posible, lavarse la manos con agua limpia y jabón antes de colocar el preservativo.

5. Abrir el envase con los dedos: evitar los dientes y cosas que puedan dañar el preservativo.

6. Colocar el preservativo antes del inicio del juego sexual. Puede colocarse hasta 8 horas antes del encuentro.

7. Elegir una posición que sea cómoda para la inserción: en cuclillas, levantando una pierna, sentada o acostada.

8. Frotar juntos los lados del preservativo para distribuir bien el lubricante.

9. Sostener el aro del extremo cerrado y apretarlo, de manera que quede largo y angosto.

10. Con la otra mano separar los labios mayores y ubicar la vagina.

11. Suavemente, empujar el aro interno dentro de la vagina lo más que se pueda. Introducir el dedo en el preservativo para empujarlo a su posición. Tienen que quedar entre 2 y 3 cm del preservativo y el aro externo fuera de la vagina.

12. Al mantener relaciones sexuales, hay que asegurarse que el pene entre en el preservativo y se mantenga en su interior.

13. Si accidentalmente se expulsa el preservativo fuera de la vagina o si se empuja hacia adentro, colocarlo otra vez en su sitio.

14. Para retirarlo, sostener el aro externo del preservativo, girarlo para sellar dentro los fluidos y, suavemente, retirarlo de la vagina.

Figura 5.2. Colocación del preservativo femenino

15. No es necesario retirarlo inmediatamente después de la relación sexual. Retirarlo antes de incorporarse para no derramar los fluidos.

16. No se recomienda reutilizar los preservativos.

17. Envolver el preservativo en un envase o papel y tirar en un tacho de basura o cesto. No arrojar al inodoro ya que puede tapar la cañería.

5.2.6.2. Dificultades en el uso del preservativo femenino

Existen tres tipos de dificultades posibles:

• **Dificultad para la colocación:** en este caso repreguntar a la mujer cómo lo está colocando. Pedirle que lo haga en un modelo para valorar posibles errores y corregirlos.

• **El preservativo se resbala:** puede haber un error en la técnica de colocación, y no estar bien inserto hasta alrededor del cuello. Repasar la técnica de colocación.

• **Prestar atención a que la penetración se realice dentro del preservativo:** puede ocurrir que se corra el aro externo y el pene penetre entre el preservativo y la vagina.

Al igual que con el uso del preservativo masculino, cuando hay fallas en el uso, se recomienda la *Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).* Para la prevención de VIH e ITS, ver *Profilaxis Post Exposición no ocupacional para VIH (PPE).*

El preservativo femenino y el preservativo masculino no deben utilizarse juntos, ya que puede producirse fricción generando mayor riesgo de que se salgan o se rompan.

5.2.7. Efectos secundarios

Un número reducido de personas presenta efectos secundarios al uso del preservativo femenino:

• **Leve irritación vaginal o peneana:** en estos casos descartar la presencia de una infección o ITS que requiera tratamiento en ambos miembros de la pareja. Recomendar el uso de lubricantes o agua para reducir el rozamiento causante de la irritación.

5.3. DIAFRAGMA VAGINAL

Puntos clave

- Es de uso en cada relación sexual.
- No provoca efectos secundarios sistémicos.
- Puede ser controlado por la mujer al ser colocado antes del juego sexual.
- No interrumpe la relación sexual.
- Hay que tomar la medida para su selección adecuada y requiere adiestramiento para una correcta colocación.
- Es necesaria una motivación para su uso eficaz.
- Su uso debe combinarse con cremas o geles espermicidas.
- No es descartable (se usa siempre el mismo diafragma).

El **diafragma vaginal** consiste en un aro de goma, cubierto por una membrana del mismo material, que se adapta a la cúpula vaginal, entre el fondo del saco posterior y la sínfisis pubiana, cubriendo el cuello uterino y obstruyendo el orificio externo del mismo.

Viene en diferentes tamaños y una/un profesional de la salud con entrenamiento debe medir cuál es el que se ajusta a cada mujer.

Se utiliza con gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia.

5.3.1. Mecanismo de acción

Actúa impidiendo la entrada de esperma al cuello. A su vez, el espermicida mata o inutiliza a los espermatozoides. Ambos impiden que los espermatozoides entren en contacto con el óvulo.

5.3.2. Eficacia anticonceptiva

Con el uso correcto: 6 embarazos por cada 100 mujeres por año.

Con el uso habitual: 20 embarazos por cada 100 mujeres por año

5.3.3. Recuperación de la fertilidad

Al dejar de utilizarlo, se recupera la fertilidad.

5.3.4. Protección contra las ITS/VIH

El diafragma no protege contra el VIH/Sida y otras ITS.

5.3.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Puede ser utilizado por casi todas la mujeres, en cualquier momento de la vida.

No deben utilizarlo aquellas mujeres con alteraciones anatómicas que impidan su colocación.

En el caso de una mujer que haya tenido un bebé o un aborto en el segundo o tercer trimestre, el diafragma podrá usarse pasadas 6 semanas del evento. Debe reevaluarse previamente la medida, ya que puede haber variado.

Las personas alérgicas al látex no deben usar los diafragmas de látex.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método, a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Historia de síndrome de shock tóxico.
- Alto riesgo de VIH, debido al uso conjunto con el espermicida.[8]
- Infección por VIH/Sida.
- Alergia al látex (esto no se aplica a diafragmas de plástico).

Este método **no tiene contraindicaciones absolutas** *(categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).*

8. El uso repetido y en altas dosis del espermicida nonoxinol-9 estuvo asociado con un incremento de riesgo de lesiones genitales, que aumentan el riesgo de infección por VIH.

5.3.6. Administración del método

5.3.6.1. Cómo utilizar el diafragma

1. Medición por una/un profesional de salud entrenada/o.
Para medir el diafragma que necesita la usuaria, existen aros reesterilizables, de distintos diámetros, que la/el profesional coloca en la vagina de la mujer. Luego le pide que se levante y camine, para finalmente efectuar un tacto vaginal que verifique que el anillo no se ha movido de su lugar; es decir, que permanece sostenido entre el fondo de saco posterior y la sínfisis pubiana.

Con el diafragma adecuadamente ajustado en su lugar, la mujer no debería sentir nada dentro de su vagina, ni siquiera mientras camina o durante la relación sexual.

2. Colocación del diafragma por parte de la usuaria.
Introducir el diafragma menos de 6 horas antes de tener relaciones sexuales y retirarlo por lo menos 6 horas después, pero no más de 24 horas.

Los pasos a seguir son:

1. Si es posible, lavarse las manos con agua y jabón neutro.

2. Revisar indemnidad del diafragma y fecha de vencimiento.

3. Para colocarse correctamente el diafragma, es conveniente recostarse o levantar una pierna y apoyarla sobre una silla.

4. Untar espermicida en crema o gel sobre el borde del anillo, en el centro, por su cara superior e inferior, de ambos lados.

5. Tomar el diafragma entre los dedos índice y pulgar de la mano hábil. Con la otra mano, se entreabren los labios de la vulva y se introduce el diafragma profundamente, dirigiéndolo hacia la pared posterior de la vagina.

6. Verificar con un dedo que el borde anterior esté correctamente colocado, por encima de la sínfisis pubiana, y que el cuello uterino esté cubierto por el diafragma.

7. Si la relación sexual ocurre luego de una hora de haberse colocado el gel espermicida, deberá agregarse una dosis extra, así como si se mantiene una nueva relación sexual.

8. El diafragma no debe retirarse antes de las 6 u 8 horas post coito. Para ello, debe introducirse el dedo índice en la vagina hasta tocar la porción anterior del anillo, y traccionar suavemente. Si se retira antes de tiempo, debería recurrirse a la *Anticoncepción de emergencia (AHE).*

9. Lavar el diafragma con agua y jabón neutro (el jabón blanco de lavar la ropa), secarlo bien, sin refregar, y guardarlo en su envase original con polvo de fécula de maíz; no usar talcos.

10. Periódicamente, mirarlo detenidamente con luz potente, para asegurarse que **no presenta fisuras ni orificios.** Tener cuidado de no rasgarlo con las uñas.

Cuanta más práctica tenga la usuaria en colocarse y quitarse el diafragma, más fácil será el uso del método.

5.3.7. Efectos secundarios

- En mujeres con predisposición, puede producir cistitis.

- Los espermicidas o el látex pueden provocar reacciones alérgicas.

5.4. PROTECTORES BUCALES

Puntos clave

- No son métodos anticonceptivos.
- Se usan para la práctica de sexo oral, vaginal o anal.
- Se usan como protección contra ITS y VIH/Sida.
- No requieren prescripción médica.
- Los protectores bucales pueden ser usados por todas las personas.
- En el lenguaje cotidiano se los suele llamar “campo o barrera de látex”.

Los **protectores bucales** son pequeños campos de látex o plástico que se colocan entre la boca y la zona genital con el fin de disminuir la transmisión de ITS y VIH durante el sexo oral. Aunque **no son métodos anticonceptivos**, se exponen aquí por su **acción preventiva** y el poco conocimiento que existe sobre su uso. Se recomienda el uso de protectores bucales en el *sexo oral*, tanto en el contacto **boca-ano** como **boca-vagina**.

Siempre que existan penetración anal o vaginal sin preservativo o sexo oral sin protección, existe el riesgo de contraer una ITS/VIH.

La posibilidad de transmisión de VIH a través de sexo oral desprotegido es menor que por medio del sexo anal o vaginal desprotegido. Sin embargo, aún una actividad de bajo riesgo puede llegar a ser una forma de transmisión, sobre todo cuando hay sexo oral con posibilidad de contacto con sangre (por ejemplo, durante la menstruación).

5.4.1. Mecanismo de acción

Actúan de barrera entre la boca de una de las personas y la zona erógena de la otra persona.

5.4.2. Presentación

• **Los protectores bucales, también llamados campos de látex o barreras bucales,** son rectángulos hechos de látex que los dentistas usan para aislar un diente mientras trabajan. Originalmente no fueron diseñados para las prácticas sexuales, sino para proteger la cavidad dental. Estos campos tienen un grosor mayor de látex que el de los preservativos masculinos o femeninos regulares.

• **Se pueden fabricar barreras bucales de látex** cortando preservativos masculinos en sus extremos y luego en forma longitudinal. Además de ser más accesibles, tienen un grosor que no interfiere tanto con la sensibilidad.

• **Se puede usar poliuretano transparente (el film para envolver alimentos)** que es un producto común de la cocina. Ha demostrado prevenir el paso del VIH y se recomienda como una barrera para el sexo oral, tanto en el contacto boca-ano como boca vagina.

Figura 5.3. Campo látex: Preparación

5.4.3. Protección contra las ITS/VIH

Similar a la de los preservativos masculinos y femeninos.

5.4.4. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Puede ser utilizado por todas las personas, en cualquier momento de la vida.

5.4.5. Administración del método

5.4.5.1. Cómo utilizar el protector bucal

Se coloca entre los labios y lengua de una persona y la zona a ser estimulada de la otra (clítoris, labios y vagina, región perineal, ano).

5.4.6. Efectos secundarios

No tienen ninguno, excepto en usuarias/os alérgicos al látex *(ver preservativos masculinos).*

Capítulo 6

Métodos hormonales combinados

Puntos clave

- Están compuestos por derivados de las hormonas femeninas: estrógeno y progesterona.
- Son altamente eficaces en la prevención de un embarazo.
- Son reversibles, es decir, se recupera la fertilidad en forma inmediata cuando se suspenden.
- La OMS recomienda realizar una historia clínica y tomar la tensión arterial antes de iniciar su uso. No es necesario ningún estudio adicional de rutina.
- No protegen contra el VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

INTRODUCCIÓN

Los **anticonceptivos hormonales**, desarrollados en la década de 1960, representan uno de los MAC más utilizados en todo el mundo. Están compuestos por derivados de las hormonas femeninas: estrógeno y progesterona. Existe una gran variedad de anticonceptivos combinados que presentan diferentes combinaciones y concentraciones de los derivados de estas dos hormonas.

Basan su mecanismo de acción en inhibir el eje hormonal de la mujer de tal manera que no se produzca la ovulación. La *anovulación* se logra a partir de una fuerte inhibición de la *hormona folículoestimulante (FSH)* de la mujer ejercida por el estrógeno exógeno y, por otro lado, una inhibición del pico de la *hormona luteinizante (LH)* ejercida por el componente progestacional del anticonceptivo[1]. Esto genera, a su vez, una inhibición del desarrollo folicular, de la ovulación y de la formación del cuerpo lúteo.

Cuando se toman anticonceptivos, los folículos comienzan a desarrollarse, pero se detienen y se atresian[2]. Los anticonceptivos combinados no permiten "ahorrar" óvulos ni tampoco aumentan la fertilidad luego de suspenderlos.

El componente estrogénico permite tener ciclos más regulares y es el responsable de generar el sangrado durante la semana en que no recibe el anticonceptivo, denominada descanso.

Clasificación según vía de administración:

1. *Orales: Anticonceptivos Combinados Orales (ACO)*
2. *Inyectables de aplicación mensual: Anticonceptivos Combinados Inyectables (ACI)*
3. *Parches transdérmicos*
4. *Anillos vaginales*

1. Ver Figura 2.2. Ciclo menstrual, en el Capítulo 2. Fisiología de los órganos sexuales de la mujer y del varón.
2. Ver Capítulo 2. Fisiología de los órganos sexuales de la mujer y del varón.

6.1. ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS ORALES (ACO)

Puntos clave

- Método anticonceptivo hormonal por vía oral, de toma diaria, altamente eficaz.
- La efectividad aumenta con la toma correcta de las pastillas.
- Es habitual que al comienzo se observen irregularidades en el sangrado pero no son perjudiciales.
- Las presentaciones de ACO disponibles actualmente usan derivados del estrógeno y progesterona a bajas dosis.
- En la consulta pueden entregarse a la usuaria blísters de ACO para varios meses de manera segura[3].

3. Para ampliar la información sobre formas para disminuir las barreras de acceso a los MAC, ver el Capítulo 16. Procedimientos para garantizar el acceso de la población a los insumos anticonceptivos.

Existen muchas presentaciones de **anticonceptivos combinados orales (ACO)** que varían según la combinación de los derivados del estrógeno y la progesterona y/o en la concentración usada de estos derivados. En el *Anexo. Tabla de Anticonceptivos Hormonales con nombres comerciales,* pueden consultarse todas las combinaciones de ACO disponibles en el mercado, con la droga y dosis correspondientes.

Los **estrógenos** utilizados son:

- *Etinilestradiol* (EE): se encuentra en la mayoría de las formulaciones existentes.

- *Valerato de estradiol* (VE): apareció en el mercado argentino en 2010.

Asociados a alguno de los siguientes **gestágenos**:

- *Acetato de Ciproterona*

- *Norgestrel - Levonorgestrel*

- *Desorgestrel – Norgestimato - Gestodeno*

- *Drospirenona*

- *Dienogest*

En la actualidad se utilizan los anticonceptivos denominados **de baja dosis**, con concentraciones de *etinilestradiol* (EE) que varían entre 35, 30, 20 o 15 microgramos (µg). El valerato de estradiol se utiliza en dosis de 2 mg.

De acuerdo a las dosis de hormonas que contienen los comprimidos en un ciclo de uso los ACO pueden ser:

Combinados monofásicos: todos los comprimidos tienen igual dosis de estrógenos y progestágenos (de allí la denominación de monofásicos).

Combinados trifásicos: la dosis de estrógeno y progestágeno no es la misma en todos los comprimidos, sino que tienen tres (3) combinaciones diferentes, que se identifican por los distintos colores de los comprimidos. La dosis del estrógeno es similar en todos los comprimidos o aumenta levemente en la mitad del ciclo, mientras que la del gestágeno aumenta en forma progresiva y es sensiblemente más elevada en los últimos 7 comprimidos.

Combinado cuatrifásico o multifásico: las dosis de estrógenos son decrecientes y las del progestágeno son crecientes.

*En este capítulo se presentan los **ACO monofásicos**, debido a que son los utilizados con mayor frecuencia. De todos modos, la información general se aplica a los tres tipos mencionados, a excepción principalmente del modo de presentación y la conducta frente a los olvidos.*[4]

Los ACO se presentan en:

- *Blíster o envase con 21 comprimidos activos* (todos con hormonas)

- *Blíster o envase con 28 comprimidos,* en dos opciones:
  21 comprimidos activos + 7 placebos (inactivos o sin hormonas)
  24 comprimidos activos + 4 placebos (inactivos)

4. En caso de presentarse la usuaria que toma ACO trifásicos o multifásicos o a la que se le tienen que indicar estas formulaciones, se sugiere ampliar la información y ver el prospecto adjunto.

6.1.1. Mecanismo de acción

El mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. Para mantener la inhibición del eje hormonal femenino e impedir de esta manera la ovulación, es clave la toma correcta de los ACO. Este efecto se logra recién luego de siete días de toma correcta de los anticonceptivos.

Inicio del efecto anticonceptivo: se requieren siete días de toma correcta de pastillas (comprimidos activos) para garantizar el efecto anticonceptivo.

6.1.2. Eficacia anticonceptiva

Es un método de alta eficacia, si se toma de manera correcta.

Con el uso correcto: cuando no se cometen errores al tomar la pastilla, hay menos de 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan ACO en el correr del primer año (3 por 1.000 mujeres).

Con el uso habitual: se producen cerca de 8 embarazos cada 100 mujeres que utilizan ACO en el correr del primer año.

6.1.3. Recuperación de la fertilidad

Luego de suspender la toma de las pastillas anticonceptivas la fertilidad se recupera de inmediato. No hay aumento de la fertilidad cuando se suspende la toma.

6.1.4. Protección contra las ITS/VIH

Los ACO no ofrecen ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

6.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Como regla general, cualquier mujer joven, sana y no fumadora puede tomar anticonceptivos orales combinados.

Sin embargo, existen situaciones en las que se desaconseja el uso de este método *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)* o incluso en las que está contraindicado *(Categoría 4 los Criterios de elegibilidad de la OMS)*. Es importante tenerlas presente al momento de conversar con las usuarias de manera de poder identificar estas situaciones y evaluar la recomendación del uso de otro método, ya sea tanto para iniciar el método anticonceptivo como para asesorar el cambio de método en una mujer que ya lo venía utilizando.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Mujeres durante la lactancia entre las 6 semanas y los 6 meses post parto.
- Mujeres en período post parto menor a 21 días, sin lactancia y sin factores de riesgo para Tromboembolismo Venoso (TEV).
- Mujeres mayores de 35 años fumadoras de menos de 15 cigarrillos/día.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor, tabaquismo, diabetes, e hipertensión).[5]
- Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede

5. Cuando la mujer tiene múltiples factores de riesgo importantes para enfermedad cardiovascular, el uso de anticonceptivos combinados hormonales puede incrementar ese riesgo a un nivel no aceptable. Si bien no se presenta una sumatoria simple de riesgos es necesario evaluar la situación singular de la persona.

evaluar la presión arterial (incluye hipertensión en embarazo).

- Hipertensión adecuadamente controlada, cuando SE PUEDE evaluar la presión arterial.
- Presión arterial elevada: sistólica 140–159 o diastólica 90–99 mmHg.
- Migraña, sin aura < 35 años si ya recibía el método e inicia con migraña.
- Migraña, sin aura > 35 años si inicia el método.
- Antecedente personal de cáncer de mama, sin evidencia de enfermedad por un mínimo de 5 años.
- Diabetes con nefropatía, retinopatía o neuropatía (daño en riñones, ojos, o sistema nervioso).[6]
- Diabetes con otra patología vascular o diabetes de >20 años de duración.
- Patología de vesícula biliar sintomática, con tratamiento médico o en curso.
- Antecedentes de colestasis relacionada con anticonceptivos orales combinados en el pasado.
- Hepatitis aguda si inicia el método.[6]
- Interacciones medicamentosas: rifampicina. Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina), lamotrigina.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* del método *(Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)*

- Lactancia exclusiva y menos de 6 semanas del post parto.
- Mujeres en post parto menor de 21 días sin lactancia y con factores de riesgo para TEV.
- Mujeres mayores de 35 años, fumadoras de más de 15 cigarrillos/día.
- Diabéticas con más de 20 años de evolución o con neuropatía, con retinopatía, con nefropatía, u otra enfermedad vascular.[6]
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (fumadora, diabética, hipertensa, mayor de 40).[7]
- Hipertensión con valores mayores de 160/100.
- Hipertensión con enfermedad vascular.
- Episodio agudo o antecedente de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar con o sin terapia anticoagulante.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Mutaciones trombogénicas conocidas como factor V de Leiden, mutación de la protrombina, deficiencia de proteína S, C o antitrombina.
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.

6. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.
7. Como ya se señaló en la nota al pie anterior, cuando la mujer tiene múltiples factores de riesgo importantes para enfermedad cardiovascular, el uso de anticonceptivos combinados hormonales puede incrementar ese riesgo a un nivel no aceptable. Si bien no se presenta una sumatoria simple de riesgos es necesario evaluar la situación singular de la persona.

Mujeres con enfermedad cardíaca isquémica (infarto del corazón) actual o pasada.

- Mujeres con ACV actual o pasado.
- Mujeres con valvulopatías complicadas.
- Mujeres con migraña con aura.
- Mujeres mayores de 35 años con migraña sin aura, para continuación del método.
- Mujeres con cáncer de mama actual.
- Mujeres con hepatitis viral aguda, para inicio del método.[8]
- Cirrosis descompensada.
- Tumor del hígado (adenoma hepatocelular y hepatocarcinoma).

Interacciones medicamentosas

Ver al final del capítulo el *Cuadro 6.3. Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados.*[9]

6.1.6. Administración del método

Requisitos previos para utilizar un anticonceptivo hormonal combinado:

Requisitos indispensables:
La Organización Mundial de la Salud (OMS) sólo recomienda realizar una historia clínica y control de tensión arterial para suministrar ACO.[10]

Si bien la OMS recomienda tomar la presión arterial antes de iniciar la toma de métodos hormonales, en algunos lugares su medición no está disponible, lo cual no invalida necesariamente la posibilidad de utilizar un anticonceptivo hormonal, ya que la morbimortalidad de un embarazo es mayor que la del método en si. Siempre es conveniente tener en cuenta la situación singular de la mujer, el contexto y sus posibilidades.

Solicitud de otros estudios:
Algunas/os profesionales de la salud, antes de suministrar un MAC, solicitan estudios complementarios, por ejemplo: análisis de sangre, Papanicolaou (PAP), ecografías o algún otro. Sin embargo, **NO son requisito per se para iniciar el MAC**, ni motivo para postergar o negar su entrega.

Solicitar estudios complementarios como rutina para indicar y/o entregar un MAC implica perder la oportunidad de iniciar a tiempo (antes de que ocurra un embarazo no buscado) el uso de un método anticonceptivo.

Los antecedentes clínicos y el examen físico de la mujer podrán determinar la necesidad de solicitar algún estudio complementario. En caso de que no sea conveniente comenzar con el ACO hasta tener los resultados de los estudios, debe facilitarse otro método que no implique un riesgo para la salud hasta ese momento.

8. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.
9. Para información adicional consultar Criterios de elegibilidad de la OMS, 4 Edición, 2009.
10. Ver Cuadro 3.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de métodos anticonceptivos, en el Capítulo 3 Métodos anticonceptivos (MAC) - Generalidades.

Oportunidad del PAP: las consultas por anticoncepción son un buen momento para asesorar, hacer un examen mamario y facilitar el acceso a la realización del **PAP.** *Puede ser una oportunidad de acompañar la construcción de autonomía en la usuaria en relación a cuidados,* **sin asociar coercitivamente** *la toma de PAP a la entrega del método.*

Consideraciones particulares en consejería sobre el uso de ACO:

- Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método.
- Iniciar la consulta con los intereses, las inquietudes y dudas que traen las usuarias colabora en la construcción de ese vínculo.
- Estas inquietudes (que a veces son claras, y otras no tanto) necesitan del acompañamiento empático del equipo de salud: trabajar en base a las dificultades, dar espacio para preguntas, invitar a volver ante cualquier duda, y ofrecer material de apoyo son las herramientas con las que, además del conocimiento profesional, cuenta el equipo de salud para realizar ese acompañamiento.

6.1.6.1. Modo de tomar los ACO

El modo de administración varía según se trate de un blíster de 21 o de 28 comprimidos:

- **Envase o blíster de 21 comprimidos:** la usuaria debe tomar uno por día, siempre en el mismo horario. Después descansa 7 días (no debe tomar la pastilla por 7 días) y reinicia el tratamiento con un nuevo envase en el octavo día, aunque aún dure el sangrado. Durante este período de 7 días de descanso debería aparecer el sangrado *(ver Figura 6.1)*.[11] Si la usuaria no comienza el nuevo blíster el octavo día, debe considerarse como un olvido de la primera semana (ver más adelante).

Figura 6.1. Forma de administración de los ACO de 21 comprimidos

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

Si la menstruación inició el día 2 de este mes, ese mismo día se toma la primera pastilla de la primera caja. Tomará pastillas por 3 semanas, 1 comprimido por día. Luego viene la semana sin pastillas, en la que además comenzará la menstruación. Al 8vo. día sin pastillas se inicia la nueva caja, aunque aún se esté menstruando.

- **Envase o blíster de 28 comprimidos (24+4 y 21+7):** la usuaria debe tomar un comprimido por día, siempre en el mismo horario. Una vez terminado el envase debe reiniciar uno nuevo sin ningún día de descanso. En lugar de realizar el descanso, en este caso se toman los comprimidos placebos (4 o 7 según la presentación), generalmente de color diferente en el blíster. El sangrado aparecerá durante la semana en la que se toman los comprimidos placebo o durante el inicio del siguiente blíster o envase.

11. Una opción para facilitar que la mujer recuerde cuándo comenzar el siguiente blister, es indicarle que memorice el día de la semana en que inició el primer comprimido del blister (por ejemplo martes), luego que tome todo el blister y haga la semana de descanso correspondiente. Al martes siguiente, reinicia la toma con un nuevo blister.

En ambos casos:

• Es importante respetar la hora de toma de la píldora.

• Tanto durante los 7 días de descanso como durante la toma de los comprimidos placebo, el efecto anticonceptivo está garantizado, siempre y cuando se hayan tomado adecuadamente 7 comprimidos activos previos.

• No es necesario interrumpir por uno o varios meses la toma de anticonceptivos para "descansar".

6.1.6.2. Inicio de la toma

Si bien se puede empezar cualquier día del ciclo, se recomienda iniciar el blister el primer día de la menstruación (primer día del ciclo). De esta manera, los ACO son efectivos prácticamente desde el inicio de la toma.

En caso de **iniciar otro día del ciclo** o ante la ausencia de menstruaciones, se podrá iniciar siempre y cuando exista razonable certeza de que la mujer no está embarazada. En este caso se debe utilizar, además, un **anticonceptivo de barrera** (preservativo) durante los 7 primeros días de toma de pastillas. Recién a partir del comprimido nº 8 la mujer estará protegida.

6.1.6.3. Cambio de método

Reemplazo de un anticonceptivo oral combinado (ACO) por otro con otra composición o dosis: iniciar la toma de las nuevas pastillas al día siguiente de la toma del último comprimido activo del ACO, *es decir sin hacer la semana de placebo o descanso. Es probable que durante ese ciclo no menstrúe.* Se hace para garantizar la eficacia anticonceptiva. Se utiliza especialmente cuando se pasa de un preparado a otro con menor dosis de estrógeno (Ej: 30 µg EE a 20 µg EE).

Si inicia las nuevas pastillas luego de terminar el blíster completo de 28 comprimidos, o la semana de descanso en caso de blíster de 21 comprimidos, se recomienda *usar un método de respaldo[12] (por ejemplo, preservativo)* durante la primera semana.

Reemplazo de Minipíldora por ACO: comenzar la toma de las pastillas de ACO cuando se desee y suspender ese mismo día la toma de la Minipíldora (pasar de una a otra sin interrupción). *Durante los 7 primeros días de toma del comprimido, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo.*

Reemplazo de inyectable trimestral o mensual por ACO: comenzar la toma de las pastillas cuando correspondía la siguiente aplicación del inyectable.
Reemplazo de DIU por ACO: comenzar la toma de las pastillas el primer día del ciclo, y planear la extracción del DIU. Si no pudo planificarse de esta manera la extracción, es posible

12. Los métodos de respaldo incluyen el preservativo, espermicidas, coito interrumpido y abstinencia.

Cuadro 6.1. Conducta ante el olvido de la toma de 2 comprimidos o más.

Semana de la toma en la que se produjo el olvido		Conducta recomendada
1ª semana	… y tuvo relaciones sin otra protección en los últimos 5 a 7 días.	*Es necesario realizarlas todas:* • Usar AHE, • Tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque signifique tomar dos juntas, y continuar las siguientes en el horario habitual, • y agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días.
	…y no tuvo relaciones en los últimos 5 a 7 días.	*Es necesario realizarlas todas:* • Tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque signifique tomar dos juntas y continuar con las siguientes en el horario habitual, • y agregar un método de respaldo durante 7 días.
2ª semana		Tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque signifique tomar dos juntas y continuar con las siguientes en el horario habitual. Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días.
3ª semana	Para envases con 21 comprimidos	*Es necesario realizarlas todas:* • Tomar la última pastilla olvidada, aunque signifique tomar dos juntas. • Iniciar otro envase al día siguiente sin hacer el descanso de los 7 días. No se producirá el sangrado en la fecha esperada, pero puede aparecer manchado o sangrado en el transcurso de la toma del segundo envase. • Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días.
	Para envases con 28 comprimidos	*Es necesario realizarlas todas:* • Tomar la última pastilla olvidada, aunque signifique tomar dos juntas. • No tomar las pastillas placebo (deben descartarse) e iniciar otro envase al día siguiente. No se producirá el sangrado en la fecha esperada, pero puede aparecer manchado o sangrado en el transcurso de la toma del segundo envase. • Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días.
4ª semana (en el caso de tener un blíster con 28 comprimidos, son los placebos)		No hay ningún problema porque son placebos; de todos modos es conveniente tomar la pastilla olvidada junto a la del día siguiente para no perder el control del ritmo.

comenzar a tomar ACO el mismo día que se retira el DIU, *usando otro método de respaldo durante una semana.*

6.1.6.4. Olvido de la toma

Frente al olvido de la toma de una pastilla, debe considerarse:

• SI EL OLVIDO ES DE UN COMPRIMIDO: Tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual, aunque esto signifique tomar dos comprimidos juntos. La eficacia anticonceptiva no se altera, y no necesita usar un método de respaldo.

• SI EL OLVIDO ES DE DOS COMPRIMIDOS o más: Si olvida tomar dos o más comprimidos activos, la eficacia anticonceptiva puede estar disminuida y puede no inhibirse adecuadamente la ovulación. En este caso, **deberá considerarse en qué semana** fue el olvido. En todos los casos de olvido de pastillas activas, tomar la pastilla olvidada lo

antes posible y continuar tomando las siguientes pastillas en el horario habitual, aunque esto implique tomar dos pastillas el mismo día o al mismo tiempo, esto reducirá pequeños sangrados que pueden aparecer por motivo del olvido.

El riesgo de embarazo aumenta con el número de pastillas olvidadas, y es mayor en la primera semana. Los procedimientos recomendados según fecha del olvido pueden consultarse en el *Cuadro 6.1 Conducta ante el olvido de la toma de 2 comprimidos o más.*

En las consultas o en la consejería brindar información sobre el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) en caso de olvido. Se sugiere entregar a la usuaria los comprimidos de AHE y la información de cómo tomarla para que pueda tener un método alternativo disponible en caso de necesidad.

Adherencia al ACO
Recomendaciones del profesional a la usuaria
Es importante conversar con la usuaria sobre diferentes técnicas que ayudan a recordar la toma de la pastilla, por ejemplo:

- Asociar la toma a un acto cotidiano como cepillarse los dientes, ajustar el despertador, desayunar, etc.
- Tomar la pastilla siempre a la misma hora.
- Involucrar a la pareja en la rutina.
- Tener la pastilla en un lugar visible.
- Mantener los comprimidos en el envase original hasta el momento de la toma, ya que los números o días impresos en el envase ayudan a no olvidarse.
- Colocar un recordatorio o alarma, por ejemplo en el celular.
- No dejar para último momento la compra o el retiro del siguiente blíster, y tratar de tener uno extra en su casa.

6.1.6.5. Qué hacer frente a vómitos y diarrea

Si por algún motivo la mujer vomitó o está con diarrea mientras toma ACO, es importante tener en cuenta algunos cuidados adicionales para la efectividad del método anticonceptivo:

- **Vómitos:** si el vómito es dentro de las 4 horas posteriores a la toma, debe tomarse otra pastilla lo antes posible y luego continuar con la toma diaria (en este caso, se terminará el envase un día antes de lo previsto, y debe iniciarse el próximo también un día antes).

- **Diarrea:** usar método adicional (preservativo) durante los síntomas y durante los siguientes 7 días. Si dura más que las pastillas con hormonas (comprimidos activos), omitir la semana de descanso o placebo y comenzar directamente con la siguiente caja. En este último caso, puede ser que no haya menstruación.

6.1.6.6. Cómo modificar la fecha de sangrado con los ACO

- **Retrasar el sangrado:** empezar un blíster inmediatamente después de terminar el blíster actual (en caso de blíster de 21 comprimidos) o saltearse las pastillas placebo y comenzar directamente con los comprimidos activos del siguiente blíster (en el caso de los blíster de 28 comprimidos). Puede continuar así tanto tiempo como desee. Cuando desee que el sangrado empiece, simplemente hay que dejar de tomar comprimidos activos. Durante el uso continuo de pastillas puede aparecer alguna hemorragia o manchado, sin significado clínico. Si desea continuar con la anticoncepción, iniciar un nuevo blíster luego de 7 días de descanso.

- **Cambiar el día del comienzo del sangrado:** al tomar los ACO como se ha explicado, la mujer tendrá el sangrado, aproximadamente, el mismo día cada 4 semanas. Si desea cambiarlo, se puede acortar (nunca prolongar) el período de descanso sin comprimidos activos. Por ejemplo, si el sangrado

comienza habitualmente el viernes y en el futuro quiere que sea el martes (3 días antes), debe comenzar el envase siguiente 3 días antes de la fecha habitual. Si acorta mucho el período de descanso (por ejemplo, 3 días o menos), es posible que no tenga sangrado durante el descanso. Puede aparecer alguna hemorragia o manchado durante el uso del siguiente blíster.

6.1.6.7. Seguimiento

Se recomienda que en la consulta inicial se pacte con la usuaria una nueva visita luego de algunos meses de usar los ACO para trabajar sobre las dudas que hayan podido surgir, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto del método.

Si por los antecedentes clínicos de la mujer es necesario efectuar un seguimiento más cercano de la respuesta, tolerancia y seguridad del anticonceptivo, ya sea con la evaluación clínica o con la realización de estudios complementarios, es conveniente pautar con ella los pasos a seguir. En cada caso, para pautar el seguimiento se tendrá en cuenta la situación singular de la persona y su estado clínico, además de las posibilidades de acceso a las prácticas que sea conveniente realizar.

Dado que no hace falta que la usuaria realice un control médico cada mes, se recomienda entregar ACO para varios meses, a fin de garantizar que disponga de los blísters sin que dependa de ir al efector de salud a buscarlos cada mes.

> *Se sugiere el control de la tensión arterial anual siempre que una mujer tome anticonceptivos hormonales.*

6.1.6.8. Cómo suspender el método

La mujer puede dejar de tomar los ACO en cualquier momento que lo desee. Si desea buscar un embarazo, generalmente se recomienda esperar hasta haber tenido una menstruación normal antes de intentar concebir. Esto puede ayudar a calcular mejor el tiempo de gestación y la fecha probable de parto, y planificar la toma de ácido fólico previamente. Si, por el contrario, desea suspender la toma pero no busca un embarazo, es necesario brindar información sobre otras opciones anticonceptivas y sobre cómo hacer el cambio, de modo de garantizar la anticoncepción en todo momento.

6.1.7. Efectos secundarios

Es importante conversar con la usuaria sobre los posibles efectos secundarios relacionados con el uso del método, ya que la mayoría disminuye o desaparece en los primeros meses de uso. No son signos de enfermedad y, si bien son comunes, no todas las mujeres los presentan. Además de brindarle información, el equipo de salud debe preguntar y escuchar cómo estos cambios afectan la vida cotidiana de la usuaria, para evaluar con ella la necesidad de adoptar alguna conducta.

Dado que existen numerosos mitos sobre los anticonceptivos hormonales, es conveniente que el equipo de salud brinde información y dialogue con la usuaria a partir de las preguntas y de los supuestos previos sobre los métodos que ella lleve a la consulta. En el *Capítulo 1* se desarrolla la modalidad de trabajo sugerida para que el suministro de información sea satisfactorio para la usuaria y el equipo de salud.[13]

Los efectos secundarios más frecuentes son:

• **Cambios en el patrón de sangrado:** en los primeros meses puede haber sangrado irregular *(spotting)*. Luego, los sangrados

13. Ver Capítulo 1 Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva.

se vuelven regulares, son más leves y más breves. Incluso, en algunos casos, se llega a la ausencia de menstruación, sin que nada de esto tenga significancia clínica ni implique un riesgo para la mujer.

Consideraciones particulares sobre 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:

• Informar a la usuaria que la hemorragia vaginal irregular normalmente cesa una vez que su cuerpo se acostumbra a los ACO (generalmente después de unos tres ciclos de toma de comprimidos), y que hay que continuar tomando las pastillas en igual horario todo los días.

• Recomendar que vuelva a la consulta si los sangrados irregulares continúan, se hacen más intensos o empiezan luego de un tiempo de sangrados regulares.

• **Cefaleas:** suelen remitir con *AINEs* (preferentemente *paracetamol*). Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso del método, debe ser evaluada.

• **Mareos.**

• **Náuseas.**

• **Mastalgia (dolor mamario).**

• **Cambios de peso.**

• **Cambios de humor.**

• **Acné:** puede mejorar o empeorar, pero en general mejora.

• **Otros cambios físicos posibles:** incremento de unos pocos puntos en la **presión arterial** (mm Hg). Cuando el incremento se debe al ACO, cae rápidamente al interrumpir su uso.

• **Muy raros:** coágulo sanguíneo en venas profundas de piernas o pulmones (trombosis de venas profundas o embolia pulmonar).

• **Extremadamente raros:** ACV y ataque cardíaco (infarto agudo de miocardio).

Es posible que los anticonceptivos combinados conlleven ciertos efectos para otros aspectos de la salud de las mujeres que los usan. Los beneficios relevados pueden consultarse en el *Cuadro 6.2. Otros beneficios de los ACO para la salud.*

Cuadro 6.2. Beneficios de los ACO para la salud

Graduación	Afecciones
Ayudan a proteger contra:	Cáncer de endometrio Cáncer de ovario Cáncer de colon Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática
Pueden ayudar a proteger contra:	Quistes ováricos Anemia por deficiencia de hierro
Reducen:	Dolores 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).

6.2. ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS INYECTABLES (ACI)

Puntos clave

- Se aplican de forma intramuscular profunda una vez al mes siempre en la misma fecha calendario.
- La aplicación puede retrasarse o adelantarse hasta 3 días, aunque conviene realizarla siempre en la misma fecha.
- Alta eficacia anticonceptiva.
- Pueden producir cambios en el patrón de las menstruaciones. Al inicio del método: menstruaciones irregulares o prolongadas. Con la continuación del método: disminución o ausencia del sangrado menstrual.
- En la consulta pueden entregarse a la usuaria ampollas de ACI para varios meses de manera segura.[14]

14. La entrega de varias ampollas en una misma consulta es una forma de facilitar el uso continuo del ACI. Para mayor información sobre formas para disminuir las barreas de acceso a los MAC, ver Capítulo 16. Procedimientos para garantizar el acceso de la población a los insumos anticonceptivos.

Los **anticonceptivos hormonales combinados de aplicación inyectable (ACI)** actúan por mecanismo **anovulatorio** y son de aplicación mensual. Al igual que los ACO, son un método seguro, efectivo y reversible.

Existen dos combinaciones posibles según el tiempo de acción del derivado estrogénico y el progestágeno. Los más usados en la actualidad combinan un estrógeno de acción breve y un gestágeno de acción prolongada.

Los que combinan altas dosis de un estrógeno de acción prolongada con un gestágeno de acción corta *(Perlutal® o Atrimon®)* ya no se recomiendan, debido a su mayor dosis de estrógeno y porque producen alteraciones del ciclo menstrual (hipermenorrea y menometrorragia, aumento en la cantidad y duración del sangrado) con mayor frecuencia.

Clasificación

Estrógeno de acción breve + gestágeno de acción prolongada: hay dos presentaciones:

- *Valerato de estradiol 5 mg + Enantato de noretisterona 50 mg (Mesigyna® - Ginediol®)*
- *Cipionato de estradiol 5 mg + Acetato de medroxiprogesterona 25 mg (Cyclofem®)*

Estrógeno de acción prolongada + gestágeno de acción breve: fueron de uso muy extendido, no en la actualidad. Se aplican entre el séptimo y el décimo día del ciclo, preferentemente el octavo o noveno. Hay una presentación:

- *Acetofénido dihidroxiprogesterona 150 mg + Enantato de estradiol 10 mg (Perlutal® - Atrimon®)*

En este capítulo se presentan los ACI con un estrógeno de acción breve + gestágeno de acción prolongada, debido a que son los que se utilizan con más frecuencia en la actualidad. De todas formas, la información general se aplica a ambos tipos, a excepción principalmente del modo de administración.[15]

6.2.1. Mecanismo de acción

Los ACI actúan inhibiendo la ovulación.

6.2.2. Eficacia anticonceptiva

Son muy eficaces. La eficacia depende de la puntualidad en la aplicación.

Con el uso correcto: cuando la mujer se aplica las inyecciones en fecha, hay menos de 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan ACI en el correr del primer año (5 por 10.000 mujeres).

Con el uso habitual: se producen cerca de 3 embarazos cada 100 mujeres que utilizan ACI en el correr del primer año, o sea 97% de eficacia.

6.2.3. Recuperación de la fertilidad

Luego de suspender la aplicación de los ACI la fertilidad se recupera de inmediato.

6.2.4. Protección contra las ITS/VIH

Los ACI no ofrecen ninguna protección contra el VIH/Sida y

15. En caso de presentarse una usuaria que utiliza ACI Perlutal® o Atrimon®, o a la que se le tienen que indicar estas formulaciones, se sugiere ampliar la información y ver el prospecto adjunto.

otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

6.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

En regla general, puede ser utilizado por las mismas personas que pueden recibir ACO de manera segura.[16] Sin embargo, hay ciertas condiciones en las que las recomendaciones de la OMS son diferentes.

Criterios de elegibilidad:

Condiciones en las que *se desaconseja el uso de ACO (Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)* **pero podría usarse ACI de manera segura** *(Categoría 2 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).*

- Patología de vesícula biliar sintomática: con tratamiento médico o en curso.
- Antecedentes de colestasis: relacionada con ACO en el pasado.
- Interacciones medicamentosas: *rifampicina,* ciertos anticonvulsivantes *(fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina).*

Condiciones en las que *se contraindica el uso de ACO (Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)* **pero se desaconseja el uso de ACI** *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).*

- Cirrosis descompensada.
- Tumor benigno del hígado (adenoma hepatocelular).

Otros temas *a tener en consideración* **en cuanto a quién puede o no usar este método:**

✓ En cuanto a su forma de administración, al no depender de la toma diaria y no dejar rastros (nadie se da cuenta de que está utilizando un método) puede resultar cómodo y apropiado para mujeres que deseen anticoncepción hormonal, pero a quienes se les dificulta sostener la toma diaria de una pastilla, por la razón que sea.

✓ La necesidad de contar con el recurso para colocarse la inyección de manera mensual puede ser asegurada o facilitada por el efector, al proveer a la mujer de la ampolla anticonceptiva. Incluso, es posible brindar las jeringas y agujas necesarias si la usuaria no tiene acceso asegurado al efector pero cuenta con la posibilidad de colocársela cerca de su domicilio.

Interacciones medicamentosas

Ver al final del capítulo el *Cuadro 6.3. Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados.*

6.2.6. Administración del método

Requisitos previos para utilizar un anticonceptivo combinado inyectable:

Se utilizan los mismos criterios que para ACO. Ver en este *capítulo punto 6.1.6.*

6.2.6.1. Modo de administración de los ACI

- **Inyección de aplicación intramuscular mensual, cada 30 días, en la misma fecha calendario:** se recomienda recordar el

16. Ver en el presente capítulo el apartado de ACO 6.1.5 Quién puede y quién no puede utilizar este método y Capítulo 4 Criterios médicos de elegibilidad para métodos anticonceptivos.

día en que se aplicó la primera inyección y luego, en los meses sucesivos, aplicar las siguientes inyecciones en esa misma fecha (ejemplo: si la primera inyección fue el 3 de febrero, se aplicarán las siguientes todos los 3 de cada mes).

• **La inyección puede darse hasta con 3 días de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse y mantiene la eficacia anticonceptiva.** Se recomienda hacerlo siempre el mismo día.

El sangrado suele presentarse entre los 15 y 20 días posteriores a la aplicación de la inyección. El sangrado posterior a la primera aplicación, cuando ésta se realiza el primer día de menstruación, se adelantará y luego se regularizará.

Si bien se recomienda aplicar la primera inyección el primer día de menstruación, las siguientes deben realizarse teniendo en cuenta la fecha calendario de esa primera aplicación y no cuando viene la menstruación.

6.2.6.2. Inicio de la aplicación

Se utilizan los mismos criterios que para ACO. Si bien se puede empezar cualquier día del ciclo, se recomienda iniciar la aplicación el 1° día de la menstruación (1° día del ciclo). En este caso no se requiere método adicional de respaldo.

Si la primera inyección se aplica en cualquier otro momento del ciclo, o ante la ausencia de menstruación, podrá aplicarse siempre y cuando exista razonable certeza de que la mujer no está embarazada. Debe considerarse el **uso de un método anticonceptivo de respaldo** (método de barrera, por ejemplo) durante los primeros siete días después de la inyección.

6.2.6.3. Cambio de método

Reemplazo de una composición de un ACI por otro con otra composición o por AMPD: comenzar con el nuevo ACI cuando le correspondería recibir el que utilizaba. No hay necesidad de método de respaldo.

Reemplazo de Minipíldora por ACI: comenzar la aplicación del inyectable cuando se desee y suspender ese mismo día la toma de la Minipíldora (pasar de una a otra sin interrupción). Durante los primeros 7 días de aplicada la inyección, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo.

Reemplazo de ACO por ACI: inmediatamente. No precisa esperar hasta su próxima menstruación. No hay necesidad de método de respaldo.

Reemplazo de DIU por ACI: comenzar la aplicación del ACI el primer día del ciclo, y planear la extracción del DIU. Si no pudo planificarse de esta manera la extracción, es posible aplicar el ACI el mismo día que se retira el DIU y usar otro método de respaldo durante una semana.

6.2.6.4. Retraso en la aplicación

Si la usuaria se atrasó más de 3 días, deberá utilizar un método de barrera o no mantener coito vaginal hasta que reciba nuevamente la inyección.

En caso de que haya mantenido relaciones sexuales con coito vaginal sin un método adicional pasados los 3 días del margen de seguridad, administrar la *anticoncepción hormonal de emergencia.* Es importante, si la mujer lo desea, aprovechar la oportunidad para reiniciar el uso del método, ya que esperar a la siguiente menstruación puede resultar riesgoso para la mujer. En este caso, proceder como si iniciara nuevamente el método *(ver 6.2.6.2. Inicio de la aplicación).*

6.2.6.5. Seguimiento

Al ser un método inyectable, la usuaria probablemente requerirá del sistema de salud para cada aplicación. Se recomienda aprovechar la visita para contestar las dudas que hayan podido surgir, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto del método.

Es conveniente conversar con la usuaria cómo se colocará el MAC en los meses sucesivos, si tiene posibilidad de acceder al efector de salud o si cuenta con algún recurso alternativo cerca de su domicilio. En algunos casos, es de suma utilidad **proveer a la usuaria de más de una ampolla,** para que, en caso de no llegar a tiempo en la fecha de colocación al efector, pueda hacerlo en otro lugar, por ejemplo una farmacia, con una enfermera, etc.

Contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento el informar (por escrito) el nombre del anticonceptivo que se utiliza, la frecuencia de la colocación y la técnica de aplicación intramuscular.

En caso de entregar las ampollas a la usuaria, recomendarle que para su correcta conservación debe mantenerlas a temperatura ambiente.

Recomendaciones para el equipo de salud al momento de la aplicación:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Lavar el sitio de aplicación con agua y jabón o antiséptico.
- Previo a la aplicación, agitar suavemente la ampolla o vial.
- Preferentemente, utilizar material descartable.
- Realizar la aplicación intramuscular profunda en: cadera, glúteo o parte superior del brazo.
- Aplicar todo el contenido de la ampolla. Evitar perder parte en la carga o en la purga de la jeringa.
- **No masajear el sitio de inyección**.
- Descartar de manera segura jeringa y agujas.
- No reutilizar jeringas ni agujas.

Recomendaciones para la usuaria al momento de la aplicación:

- Que no masajee el sitio de la inyección.
- Informarle el nombre de la inyección.
- Convenir una fecha para la próxima aplicación en un mes (de ser posible, entregarle por escrito la fecha).
- Explicar la importancia de aplicar la siguiente inyección en fecha. Puede hacerlo hasta 3 días antes o después.
- Puede ser de utilidad facilitar la ampolla para la próxima dosis.
- Explicarle cómo cuidarse en caso de que se retrase la aplicación e informarla sobre la anticoncepción hormonal de emergencia. Destacar que, aunque se haya pasado la fecha de aplicación, igual es conveniente que regrese al centro de salud en cuanto pueda.
- Informarle que puede volver a la consulta en cualquier momento que lo necesite, ya sea por algún problema, pregunta, deseo de cambiar de método, cambios en su salud, sospecha de embarazo, etc.

6.2.6.6. Cómo suspender el método

Si la usuaria desea suspender el método simplemente no tiene que colocarse la siguiente aplicación. La fertilidad se recupera de inmediato.

6.2.7. Efectos secundarios

Es importante conversar con la usuaria sobre los posibles efectos secundarios relacionados con el uso del método, ya que la mayoría disminuye o desaparece en los primeros meses de uso. No son signos de enfermedad y, si bien son comunes, no todas las mujeres los presentan. Además de brindarle información, el equipo de salud debe preguntar y escuchar cómo estos cambios afectan la vida cotidiana de la usuaria, para evaluar con ella la necesidad de adoptar alguna conducta.

Entre los efectos secundarios, algunas usuarias manifiestan:

- **Cambios en los patrones de sangrado:** en los 3 primeros meses, sangrado irregular o sangrado prolongado. Al año, ausencia de menstruación o sangrado infrecuente.

- **Aumento de peso.**

- **Cefaleas.**

- **Mareos.**

- **Mastalgia (dolor mamario).**

6.3. PARCHES TRANSDÉRMICOS*

Puntos clave

- El parche transdérmico es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se usa adherido a la piel.
- Libera diariamente 20 µg EE + 150 µg *norelgestromin*.
- Actúa al inhibir la ovulación de manera altamente efectiva.
- No protege contra el VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual.
- Presenta las mismas recomendaciones para su uso que los ACO.

(*) En este apartado se presenta sólo lo esencial sobre parches transdérmicos, a modo informativo.

6.3.1. Modo de administración

Se coloca un parche nuevo cada semana durante tres semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana de descanso la mujer tendrá su menstruación.

En la Argentina se comercializa bajo el nombre de *Evra®*.

6.3.2. Ventajas

- Administración constante de la droga.
- Evita la absorción gastrointestinal.
- Evita el primer paso del metabolismo hepático.
- Mejor adherencia.
- Margen de seguridad: garantiza 2 días adicionales de protección ante un olvido.
- Baja tasa de despegue.

6.3.3. Desventajas

- No protege contra el VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Las tasas de embarazo pueden ser levemente más altas entre las mujeres que pesen 90 kg o más.

6.4. ANILLOS VAGINALES*

Puntos clave

- El anillo vaginal es un anillo flexible y transparente de 54 mm. de diámetro externo y 4 mm. de diámetro de corte, realizado de copolímero de acetato de viniletileno, libre de látex.
- Libera constantemente de 15 µg de etinilestradiol y 120 mg de etonogestrel.
- Inhibe la ovulación de manera altamente efectiva.
- No protege contra el VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

(*) En este apartado se presenta sólo lo esencial sobre anillos vaginales, a modo informativo.

El **anillo vaginal** contiene 2,7 mg de *etinilestradiol* y 11,7 mg de *etonogestrel* dispersos uniformemente dentro del cuerpo del mismo. Una vez introducido en la vagina por la usuaria permite una liberación constante de 15 µg de *etinilestradiol* y 120 mg de *etonogestrel*. El *etonogestrel* es el metabolito activo del *desogestrel*.

Presenta las mismas recomendaciones para su uso que los ACO.

6.4.1. Modo de administración

Cada anillo tiene un ciclo de uso. Una vez inserto en la vagina, se mantiene colocado tres semanas. En la cuarta semana se lo retira, y la mujer tendrá el sangrado por deprivación (sangrado menstrual). Ese anillo se descarta. Al término de 7 días libres de anillo debe insertarse otro nuevo.

En nuestro país se comercializa bajo el nombre de *Nuvaring®*.

6.4.2. Ventajas

• Es fácil de insertar y remover, lo que permite a la mujer el control de su método anticonceptivo.
• Puede removerse en cualquier momento.
• Ofrece una liberación hormonal continua, lo que evita las fluctuaciones diarias que pueden observarse con la toma de pastillas.
• Evita la absorción gastrointestinal y el pasaje por el primer paso hepático.
• No interfiere en las relaciones sexuales.

6.4.3. Desventajas

• Efectos adversos locales: dolor, irritación, aumento de la secreción vaginal, lesiones epiteliales, incomodidad durante el coito, expulsión.
• Incomodidad y rechazo por parte de las mujeres con poca familiaridad en la manipulación de sus genitales.

Cuadro 6.3. Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS[17]

Las interacciones de mayor relevancia clínica son las relacionadas con el metabolismo hepático, ya que el etinilestradiol se metaboliza a nivel hepático a través del citocromo P 450 isoenzima CYP3A4. Ante la administración de ciertas drogas que inducen fuertemente la actividad de este citocromo, se determinan importantes interacciones que afectan de manera significativa la eficacia del método.

Droga/medicamento	ACO	ACI	Parches transdérmicos	Anillo vaginal	Aclaraciones
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa	1	1	1	1	
Inhibidores NO nucleósidos de la transcriptasa reversa	2	2	2	2	
Inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir	3	3	3	3	Podrían reducir la efectividad de los ACO.[18]
Anticonvulsivantes (barbitúricos, primidona, carbamacepina, oxcarbamacepina, topiramato, felbamato, etosuximida y fenitoína)	3	2	3	3	Son inductores microsomales hepáticos.
Lamotrigina	3	3	3	3	Los anticonceptivos orales podrían disminuir el efecto de la lamotrigina con la consiguiente aparición de convulsiones, cuando se usa como monoterapia.
Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	
Antifúngicos	1	1	1	1	
Antiparasitarios	1	1	1	1	
Rifampicina y rifabutina	3	2	3	3	Son potentes inductores de las enzimas microsomales hepáticas, por lo tanto producen una disminución de su biodisponibilidad, que prácticamente anula la eficacia anticonceptiva.[19]

17. Para más información, consultar Criterios de elegibilidad de la OMS, 4º edición, 2009 y Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Clinical Guidance. Drug Interactions with Hormonal Contraception. Clinical Effectiveness Unit. January 2011. En http://www.fsrh.org/pages/clinical_guidance.asp
18. Para ampliar, consultar el Capítulo 15 Anticoncepción en mujeres viviendo con VIH.
19. Es imprescindible indicar métodos adicionales de barrera durante el tratamiento y durante las 4 semanas posteriores a haberlo concluido.

Capítulo 7

Métodos hormonales sólo de progestágenos

Puntos clave

- Pueden utilizarse durante la lactancia exclusiva. No afectan el volumen de la leche materna ni su composición. No tienen ningún efecto sobre el bebé.
- También presentan alta efectividad fuera de la lactancia.
- Pueden ser usados por aquellas mujeres que tienen contraindicación de recibir estrógenos.
- Es frecuente observar cambios en sangrado, pero no tienen implicancia clínica.
- Si una mujer embarazada los toma, no afectan el curso del embarazo ya existente.

INTRODUCCIÓN

Los **anticonceptivos sólo de progestágenos** son anticonceptivos hormonales compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer.

Existen diferentes derivados de la progesterona que posibilitan, a su vez, distintas vías de administración (vía oral, intramuscular, intrauterina y subdérmica).

Los que se administran vía oral se conocen también como minipíldora.

Clasificación por mecanismo de acción y vía de administración:

NO ANOVULATORIOS

- ***Vía oral*** *(comprimidos)*
  - *Levonorgestrel 0,03 mg*
  - *Linestrenol 0,5 mg*

ANOVULATORIOS

- ***Vía Oral***
  - *Desogestrel 0,075 mg (comprimidos)*

- ***Inyectable Trimestral***
  - *Acetato de Medroxiprogesterona de depósito 150 mg*

- ***Implantes subdérmicos***
  - *Etonorgestrel: 1 cápsula conteniendo en total etonorgestrel 68 mg*
  - *Levonorgestrel: 2 cápsulas conteniendo en total levonorgestrel 150 mg*
  - *Levonorgestrel: 6 cápsulas conteniendo en total levonorgestrel 216 mg*

Otras formas de uso de anticonceptivos sólo de progestágenos son la anticoncepción hormonal de emergencia y los dispositivos intrauterinos con levonorgestrel. Se desarrollan en el *Capítulo 8* sobre *Anticoncepción Hormonal de Emergencia* y en el *Capítulo 9* sobre *Métodos Intrauterinos* respectivamente.

Ninguno de estos métodos protege del VIH/Sida ni de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Es importante brindar información sobre el uso correcto del preservativo, ya que contribuye a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS.

Consideraciones en la consejería para la elección del método anticonceptivo:

- Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método.

- Iniciar la consulta con los intereses, las inquietudes y dudas que traen las usuarias colabora en la construcción de ese vínculo.

- Estas inquietudes, que a veces son claras y otras no tanto, necesitan del acompañamiento empático del equipo de salud: trabajar en base a las dificultades, dar espacio para preguntas, invitar a volver ante cualquier duda y ofrecer material de apoyo son las herramientas con las que, además del conocimiento profesional, cuenta el equipo de salud para realizar ese acompañamiento.

NO ANOVULATORIOS

7.1. ANTICONCEPTIVO SOLO DE PROGESTÁGENO ORAL DE LEVONORGESTREL O LINESTRENOL

Puntos clave

- Los ASP orales junto con la lactancia exclusiva brindan una anticoncepción altamente segura.
- No afecta el volumen de la leche materna ni su composición. No tiene ningún efecto sobre el bebé.
- Durante la toma, en general la mujer no menstrúa.
- El modo de administración es a través de comprimidos de toma diaria a la misma hora sin descanso entre cada envase o blister. Todos los comprimidos contienen hormonas.

Existen dos presentaciones posibles[1]:

• *Levonorgestrel* 0,03 mg, envase o blister por 28 o 35 comprimidos activos.

• *Linestrenol* 0,5 mg, envase o blister por 28 comprimidos activos.

7.1.1. Mecanismo de Acción

Los ASP orales de levonorgestrel y linestrenol actúan produciendo un espesamiento del moco cervical, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina. Sólo se observó anovulación en un 40% de las usuarias.

7.1.2. Eficacia anticonceptiva

La lactancia exclusiva mantiene inhibido el eje hormonal femenino, produciendo frecuentemente anovulación. La suma de este efecto con la alteración del moco generada por los ASP orales de levonorgestrel y linestrenol provee una anticoncepción altamente efectiva.

Cuando la lactancia deja de ser exclusiva puede producirse la ovulación y el comienzo del sangrado menstrual, en este caso los ASP Orales continúan siendo efectivos por su acción sobre el moco cervical pero su eficacia puede disminuir si no se toma adecuadamente la pastilla ya que la impenetrabilidad del moco se pierde.

La eficacia de los ASP orales de levonorgestrel y linestrenol requiere de una administración constante. Se considera que la impenetrabilidad del moco se pierde aproximadamente 27 horas después de la toma, por lo tanto si la pastilla se toma tres horas más tarde del horario establecido su eficacia puede disminuir.

Con el uso correcto: menos de un 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan este método junto con la lactancia exclusiva durante 1 año.

Con el uso habitual: 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan este método junto con la lactancia exclusiva durante 1 año.

7.1.3. Recuperación de la fertilidad

Al suspender la toma se recupera rápidamente la fertilidad.

7.1.4. Protección contra las ITS/VIH

La Minipíldora no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

7.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Los ASP orales de levonorgestrel y linestrenol son una alternativa importante y confiable para mujeres que desean anticoncepción oral y se encuentran amamantando, o que presentan alguna contraindicación por la cual no pueden recibir estrógenos.

1. En Anexo "Anticonceptivos: marcas comerciales" ver cuadro de presentaciones comerciales para cada droga.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Durante la lactancia materna, menor a 6 semanas post parto.[2]
- Cursando una Trombosis Venosa Profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta un episodio de cardiopatía isquémica o de accidente cerebrovascular (ACV) y estaba usando Minipíldora.[3]
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando Minipíldora.[4]
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante cinco años.
- Si presenta una cirrosis grave descompensada.
- Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* **del método** *(Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)*

- Cáncer de mama actual.

Interacciones medicamentosas

Ver al final del capítulo *Cuadro 7.2. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.*[5]

7.1.6. Administración del método

No son requisitos para iniciar el uso de un anticonceptivo sólo de progestágenos los exámenes pélvico y mamario, análisis de sangre, Papanicolau.[6] El control ginecológico se podrá efectuar en el momento de la consulta o posteriormente, si en ese momento no puede realizarse.

7.1.6.1. Modo de tomar la Minipíldora

Tomar **una pastilla todos los días a la misma hora.** Al terminar un envase, sea de 28 o 35 comprimidos, se inicia la toma de uno nuevo al día siguiente. **No debe haber descanso entre el final de un envase y el inicio del siguiente.**

Es importante **respetar la hora de toma** de la pastilla. **El margen de seguridad anticonceptiva es de 3 horas**.

2. Según los criterios de elegibilidad del Reino Unido, los ASP orales e implante son categoría 1 y el AMPD 2; y según los criterios del CDC de EEUU, los tres métodos son categoría 2. La recomendación del PNSSyPR es que la mujer se retire al alta médica con el método, en el caso de haber optado por alguna de estas opciones. Se prioriza no perder la oportunidad.
3. Una mujer con antecedente de cardiopatía isquémica o ACV puede iniciar la toma de Minipíldora (Categoría 2 de la OMS para el inicio del método).
4. Una mujer con antecedente de cefalea con aura, independiente de su edad, puede iniciar la toma de Minipíldora (Categoría 2 de la OMS para el inicio del método).
5. Criterios de elegibilidad de la OMS, 4 Edición, 2009.
6. Ver Cuadro 3.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de MAC, del Capítulo 3 Métodos Anticonceptivos (MAC) - Generalidades.

Los envases presentan todas las pastillas del mismo color. Todas ellas son activas y contienen la misma dosis hormonal.

Mientras se toma la Minipíldora, en general **la mujer no menstrúa**. En caso de que la mujer quedara embarazada tomando la Minipíldora o la tomara por accidente, no afecta de ninguna manera al feto.

7.1.6.2. Inicio de la toma

Se recomienda comenzar con la toma de las pastillas, seis (6) semanas después del nacimiento. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptado por la mujer, el equipo de salud puede considerar adelantar el comienzo de la toma.[7]

7.1.6.3. Cambio de método

Reemplazo de ASP oral por ACO: comenzar la toma de las pastillas de ACO cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del ASP oral (pasar de una a otra sin interrupción). Durante los 7 primeros días de toma del comprimido, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo.

Reemplazo de ASP oral por ACI: comenzar la aplicación del inyectable cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del ASP oral (pasar de una a otra sin interrupción). Durante los primeros 7 días de aplicada la inyección, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo.

Reemplazo de ASP oral de levonorgestrel o linestrenol por desogestrel 0,075 mg: comenzar la toma de las pastillas de desogestrel cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del ASP oral que se estaba usando (pasar de uno a otra sin interrupción). Durante los 7 primeros días de toma del comprimido, hay que utilizar, además, un método de respaldo, por ejemplo el preservativo.

7.1.6.4. Olvido de la toma

Como ya se señaló, se considera que la impenetrabilidad del moco se pierde aproximadamente a las 27 horas después de la toma, por lo tanto si se toma la Minipíldora 3 horas más tarde del horario en que se tenía que tomar su eficacia puede disminuir.

Frente al olvido de la toma de una pastilla, debe considerarse:

• Si pasaron *menos de 3 horas* del horario habitual de la toma, se debe tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar

7. La recomendación del PNSSyPR es que la mujer se retire al momento del alta médica con el anticonceptivo para la lactancia (en caso de haber optado por este método). Se prioriza no perder la oportunidad. Los estudios demuestran que los anticonceptivos sólo de progestágenos no modifican el desarrollo de la lactancia materna y tampoco tienen efecto sobre la salud y el crecimiento de los bebés amamantados. Sin embargo, no existen datos que evalúen los efectos de la exposición a progestinas a través de la leche materna en el desarrollo del cerebro y el hígado de los bebés.

las siguientes en el horario habitual. La eficacia anticonceptiva no se altera, y no necesita usar un método de respaldo.

• Si pasaron *3 o más horas,* o si olvidó la toma por completo:

1. Tomar la pastilla olvidada lo antes posible.

2. Tomar la siguiente pastilla en el horario habitual (aunque esto implique tomar dos pastillas el mismo día o al mismo tiempo).

3. Continuar tomando las pastillas como venía haciéndolo (todos los días en igual horario).

4. Utilizar, además, un método de barrera por 48 horas. Si tuvo relaciones sexuales durante este período puede considerar la toma de AHE.

> *Es conveniente informar sobre el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) en caso de olvido. Se sugiere entregar a la usuaria los comprimidos de AHE y la información de cómo tomarla para que pueda tener un método alternativo en caso de necesidad.*

7.1.6.5. Seguimiento

Se recomienda que en la consulta inicial se pacte con la usuaria una nueva visita luego de algunos meses de usar la Minipíldora, para trabajar sobre las dudas que hayan podido surgir, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto del método.

Reforzar en cada encuentro la información sobre las condiciones a las que debe estar atenta, que hacen disminuir la efectividad y requieren un cambio de método.

7.1.6.6. Cómo suspender el método

Se puede suspender la toma de las pastillas en cualquier momento que la usuaria lo desee. Es probable que si continúa con lactancia exclusiva no presente sangrado enseguida. Mientras dure la lactancia, no hay certeza de cuándo volverá a tener sangrados regulares.

7.1.7. Efectos secundarios

Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método.

Es importante conversar con la usuaria sobre los posibles efectos secundarios relacionados al uso del método, ya que la mayoría disminuye o desaparece en los primeros meses y, si bien son comunes, no todas las mujeres los presentan.

Además de brindar información, es necesario que el equipo de salud pregunte y escuche cómo estos cambios afectan la vida cotidiana de la usuaria, para evaluar con ella la necesidad de adoptar alguna conducta.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- *En general, prolonga la duración de la falta de menstruación de la mujer que amamanta.*
- *Habitualmente, si no hay falta de sangrado, se presentan irregularidades menstruales* que son normales con el uso de este método y que suelen disminuir, o incluso desaparecer, luego de unos pocos meses de uso.
- *Pueden presentarse cefaleas* que suelen remitir con AINEs (preferentemente Paracetamol). Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso del método, debe ser evaluada.
- *Mareos.*
- *Cambios de humor o del deseo sexual.*
- *Dolor mamario (mastalgia).*
- *Dolor abdominal.*
- *Nauseas.*

ANOVULATORIOS

7.2. VÍA ORAL: *DESOGESTREL*

Puntos clave

- Puede ser utilizado tanto durante la lactancia como fuera de ella, ya que actúa inhibiendo la ovulación.
- No afecta el volumen de la leche materna ni su composición. No tiene ningún efecto sobre el bebé.
- Puede ser utilizado en los casos en que hay contraindicación de recibir estrógenos.
- Modo de administración: comprimidos de toma diaria sin descanso entre cada envase o blister. Todos los comprimidos contienen hormonas.
- Es frecuente que se presenten irregularidades del sangrado menstrual e incluso amenorrea, sin importancia clínica.

Los **anticonceptivos hormonales orales de *desogestrel*** actúan por mecanismo **anovulatorio.** Existe una sola presentación:

- *Desogestrel* 0,075 mg (envases por 28 comprimidos)

7.2.1. Mecanismo de acción

El *desogestrel* **inhibe la ovulación** al inhibir el pico de *LH*. La administración diaria a 0,075 mg/día produce una reducción notable del pico de LH, una menor producción de hormonas ováricas y un menor desarrollo folicular, lo que genera anovulación en el 97% de los ciclos. También produce un espesamiento del moco cervical impidiendo el ascenso de los espermatozoides.

No produce efecto clínico sobre lípidos, metabolismo de los carbohidratos y hemostasia.

Inicio del efecto anticonceptivo: se requieren 7 días de toma correcta de pastillas de desogestrel para garantizar el efecto anticonceptivo.

7.2.2. Eficacia anticonceptiva

Al producir anovulación, la eficacia anticonceptiva es muy alta, similar a la que se alcanza con los anticonceptivos hormonales combinados.

7.2.3. Recuperación de la fertilidad

Al suspender la toma la fertilidad se recupera rápidamente.

7.2.4. Protección contra las ITS/VIH

Los anticonceptivos hormonales orales de desogestrel no ofrecen ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

7.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

La anticoncepción con *desogestrel* es una alternativa importante y confiable para mujeres que desean anticoncepción oral, que no se encuentran amamantando y que **no pueden tomar estrógenos.**

También puede ser utilizada de manera segura cuando la usuaria se encuentra amamantando, ya sea durante el período de lactancia exclusiva o cuando el bebé incorpora otros alimentos.

Criterios de elegibilidad

Existen además otras situaciones específicas en las que puede indicarse la anticoncepción con desogestrel (Criterios de Elegibilidad 1 y 2 de la OMS) mientras que los anticonceptivos combinados con estrógenos no podrían utilizarse (Categorías 3 y 4 de la OMS)*:*

- Fumadora mayor a 35 años.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.
- Hipertensión.
- Antecedentes de Trombosis Venosa Profunda y Embolismo Pulmonar, o actual con tratamiento anticoagulante.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.

- Enfermedad valvular cardíaca complicada.
- Enfermedad cardíaca isquémica activa o pasada, o antecedente de ACV si inicia el método.[8]
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Migraña sin aura.
- Migraña con aura si inicia el método.[9]
- Diabetes con neuropatías, retinopatía, neuropatía, o con otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución.
- Patología de vesícula biliar sintomática con tratamiento médico o en curso.
- Cirrosis leve compensada.

Con respecto a los *Criterios de elegibilidad de la OMS,* al ser un anticonceptivo sólo de progestágeno, presenta las mismas recomendaciones que la Minipíldora.

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* de este método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptados *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)*

- Durante la lactancia materna, menor a 6 semanas post parto.[10]
- Cursando una Trombosis Venosa Profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta un episodio de cardiopatía isquémica o de ACV y estaba usando *desogestrel*.[11]
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando *desogestrel*.[12]
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años.
- Si presenta una cirrosis grave descompensada.
- Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* del método *(Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).*

- Cáncer de mama actual.

7.2.6. Administración del método

No son requisitos para iniciar el método: exámenes pélvico y mamario, análisis de sangre, Papanicolau. El control ginecológico podrá efectuarse en el momento de la consulta, o posteriormente, si en ese momento no se puede realizar.[13]

8. Si ya venía con el método y presenta enfermedad cardíaca isquémica o ACV es Categoría 3.
9. Esta clasificación es para mujeres que no tienen otros factores de riesgo cardiovascular (mayoredad, hipertensión o tabaquista). Si ya venía con el método y presenta migraña con aura es Categoría 3 de la OMS.
10. Ver Cuadro 7.1.Inicio de la toma de desogestrel según situación de la mujer.
11. Una mujer con antecedente de cardiopatía isquémica o ACV puede iniciar la toma de desogestrel (Categoría 2 de la OMS para el inicio del método)
12. Una mujer con antecedente de cefalea con aura, independiente de su edad, puede iniciar la toma de desogestrel (Categoría 2 de la OMS para el inicio del método).
13. Ver Cuadro 3.3.Prácticas y nivel de recomendación para el uso MAC del Capítulo 3 Métodos anticonceptivos (MAC) – Generalidades.

7.2.6.1. Modo de administración

Tomar una pastilla **todos los días a la misma hora.** Al terminar un envase o blister, al día siguiente se inicia la toma de uno nuevo. **No debe haber descanso entre el final de un envase y el inicio del siguiente.**

Es importante **respetar la hora de toma** de la pastilla. **El margen de seguridad anticonceptiva es de 12 horas.**

7.2.6.2. Inicio de la toma

Si bien se puede empezar cualquier día del ciclo, se recomienda iniciar el envase o blister el primer día de la menstruación (1° día del ciclo). De esta manera, el *desogestrel* es efectivo prácticamente desde el inicio de la toma.
En caso de iniciar otro día del ciclo o ante la ausencia de menstruaciones, se podrá iniciar siempre y cuando exista razonable certeza de que no esté embarazada. Y debe utilizarse,

Cuadro 7.1. Inicio de toma de *desogestrel* según situación de la mujer

Situación de la mujer	Cuándo iniciar la toma de desogestrel
Mujer con ciclos menstruales	*Existen dos posibilidades:* 1. Comenzar a tomar la primera pastilla el primer día del ciclo menstrual. No hace falta método adicional. 2. El inicio de la toma en cualquier otro momento del ciclo, se puede realizar siempre y cuando exista razonable certeza de que no está embarazada. Debe usar, además, un anticonceptivo de barrera (preservativo) durante los 7 primeros días de toma de pastillas.
Mujer sin ciclos menstruales (amenorrea por lactancia)	Comenzar a tomarlas en cualquier momento, siempre y cuando exista razonable certeza de que no esté embarazada. Se debe utilizar un método anticonceptivo de respaldo durante los primeros siete días de toma de pastillas.
Post parto	*Existen dos posibilidades:* 1. Puede iniciarse inmediatamente si la mujer no está amamantando. 2. Si la mujer está amamantando, se recomienda comenzar con la toma de las pastillas 6 semanas después del nacimiento. Sin embargo, si la mujer está amamantando y estamos ante circunstancias especiales, cuando no se dispone de otro método más apropiado o aceptado por la usuaria, el equipo de la salud puede considerar adelantar el comienzo de la toma.[14]
Post aborto	Puede iniciarse inmediatamente.
Después de la toma de AHE	*Existen dos posibilidades:* 1. Comenzar el mismo día en que tomó la AHE. 2. Comenzar con el inicio de su siguiente menstruación. En ambos casos debe usar método de respaldo hasta cumplir 7 días de toma de pastillas. Recomendar a la usuaria que vuelva a la consulta si presenta signos o síntomas de embarazo, o ausencia de menstruación.

14. Según los criterios de elegibilidad del Reino Unido, los ASP orales e implante son categoría 1 y el AMPD 2; y según los criterios del CDC de EEUU, los tres métodos son categoría 2. La recomendación del PNSSyPR es que la mujer se retire al alta médica con el método, en el caso de haber optado por alguna de estas opciones. Se prioriza no perder la oportunidad.

además, un método de respaldo (por ejemplo, preservativo) durante los 7 primeros días de toma de las pastillas. Recién a partir de la octava pastilla (8, es decir ocho días) estará protegida.

7.2.6.3. Cambio de método

• **Reemplazo de un anticonceptivo combinado oral (ACO) por desogestrel 0,075 mg:** Iniciar las pastillas de desogestrel al día siguiente de la toma del último comprimido activo del ACO, sin tomar las pastillas placebo o sin hacer la semana de descanso. Es probable que durante ese ciclo no menstrúe.

• **Reemplazo de Minipíldora por desogestrel 0,075 mg:** Comenzar la toma de las pastillas de desogestrel cuando se desee y suspender ese mismo día la Minipíldora (pasar de una a otra sin interrupción). Durante los 7 primeros días de toma del comprimido, hay que utilizar, además, un método de respaldo, por ejemplo el preservativo.

• **Reemplazo de inyectable mensual o trimestral por desogestrel 0,075 mg:** comenzar la toma de las pastillas cuando correspondía la siguiente aplicación del inyectable.

7.2.6.4. Olvido de la toma

Frente al olvido de la toma de una pastilla, debe considerarse:

• Si pasaron *menos de 12 horas* del horario habitual de la toma, debe tomarse la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual. La eficacia anticonceptiva no se altera y no necesita usar un método de respaldo.

• Si pasaron *12 horas o más* desde el horario en que debería haber tomado la pastilla, o si olvidó la toma por completo:

1. Tomar la pastilla olvidada lo antes posible.

2. Tomar la siguiente pastilla en el horario habitual (aunque esto implique tomar dos pastillas el mismo día o al mismo tiempo).

3. Continuar tomando las pastillas como venía haciéndolo (todos los días en igual horario).

4. Utilizar además un método de respaldo durante los 7 días. Recordar que **se requieren 7 días de toma correcta de pastillas para garantizar el efecto anticonceptivo.**

5. Si tuvo relaciones sexuales durante este período sin método de barrera puede considerar la toma de AHE.

Vómitos y diarrea

Si por algún motivo, la mujer vomita o está con diarrea mientras toma pastillas de desogestrel, es importante tener en cuenta algunos cuidados adicionales para la efectividad del método anticonceptivo:

• **Vómitos.** Si el vómito es dentro de las 4 horas posteriores a la toma, debe tomarse otra pastilla antes de pasadas las 12 horas, y luego continuar con la toma diaria. En este caso, se terminará el envase un día antes de lo previsto, y se debe iniciar el próximo también un día antes. En caso de no tomarla en ese lapso, debe considerarse como un olvido.

• **Diarrea.** Usar método adicional (preservativo) durante los síntomas y durante los siguientes 7 días.

7.2.6.5. Seguimiento

Se recomienda que en la consulta inicial se pacte con la usuaria una nueva visita luego de algunos meses de usar el desogestrel para trabajar sobre las dudas que hayan podido surgir, ayudar

con cualquier problema y verificar el uso correcto del método.

7.2.6.6. Cómo suspender el método

Se puede suspender la toma de las pastillas en cualquier momento que la usuaria lo desee. Es probable que si continúa con lactancia exclusiva no presente sangrado enseguida. Mientras dure la lactancia, no hay certeza de cuándo volverá a tener sangrados regulares.

Si la mujer no se encuentra lactando, la suspensión del método implicará el reinicio de sus ciclos menstruales y de la fertilidad, en caso de no reemplazar este método por otro.

7.2.7. Efectos secundarios

Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método. Es importante conversar con la usuaria sobre los posibles efectos secundarios relacionados al uso del método, ya que la mayoría disminuye o desaparece en los primeros meses de uso y, si bien son comunes, no todas las mujeres los presentan.

Además de brindar información, es necesario preguntar y escuchar cómo afectan estos cambios en la vida cotidiana de la usuaria, para valorar la necesidad de tomar alguna conducta.

Los efectos secundarios más frecuentemente descriptos son:

- *Irregularidades del sangrado menstrual e incluso amenorrea.* Explicar que es normal y que el sangrado suele disminuir o incluso desaparecer luego de unos pocos meses de uso. Puede aconsejarse a la usuaria que lleve un registro de los sangrados.

- *Cefalea.* Pueden utilizarse AAS, AINEs u otros analgésicos. Toda cefalea que empeore o aparezca debe ser evaluada.

- *Aumento de peso.*

- *Dolores mamarios.*

- *Náuseas.*

- *Acné.*

- *Fluctuaciones del humor.*

- *Disminución de la libido.*

- *Manchas en la piel o cloasma.*

ANOVULATORIOS

7.3. INYECTABLE TRIMESTRAL: ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO (AMPD)

Puntos clave

- Puede ser utilizado tanto durante la lactancia como fuera de ella, ya que actúa inhibiendo la ovulación.
- No afecta el volumen de la leche materna ni su composición. No tiene ningún efecto sobre el bebé.
- Puede usarse en los casos en que hay contraindicación de recibir estrógenos.
- Suelen observarse irregularidades menstruales los primeros meses e incluso amenorrea, sin importancia clínica.
- Modo de administración: inyección intramuscular de aplicación trimestral.

El anticonceptivo **inyectable trimestral de Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD)** actúa por **anovulación.** Existe una sola presentación:

• Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD) 150 mg (Depo-Provera®).

7.3.1. Mecanismo de acción

El mecanismo de acción fundamental es la inhibición de la ovulación.

7.3.2. Eficacia anticonceptiva

La eficacia depende de que la inyección se reciba con regularidad. En caso de uso correcto la eficacia es del 99%.

Con el uso correcto: menos de un embarazo cada 100 mujeres por año de uso.

Con el uso habitual: 3 embarazos cada 100 mujeres por año de uso.

7.3.3. Recuperación de la fertilidad

Con frecuencia **hay una demora** en el restablecimiento de la fertilidad. En promedio, la mujer tarda unos meses más en quedar embarazada luego de interrumpir la AMPD que con otros métodos.

7.3.4. Protección contra las ITS/VIH

La AMPD no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

7.3.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Al no contener estrógenos, puede ser utilizado por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.

Su forma de administración, una inyección de aplicación trimestral, puede resultar conveniente para muchas mujeres, ya que no requiere de ninguna acción diaria. Esto facilita la adherencia y continuidad del método a las personas que no pueden acercarse al efector de salud. A su vez, son privadas, nadie se da cuenta que la mujer utiliza anticoncepción.

En mujeres menores de 21 años está desaconsejado debido a que puede disminuir el pico de masa ósea. Sin embargo, las investigaciones no demostraron un aumento de las fracturas óseas. En las mujeres en edad reproductiva, la densidad ósea vuelve a aumentar cuando dejan de usar AMPD.

Si una mujer embarazada recibe esta inyección, **NO afecta el curso del embarazo** ya existente.

Criterios de elegibilidad:

El AMPD tiene, además, *efectos minerolocorticoides,* por lo cual tiene recomendaciones de la OMS específicas para este método, diferentes del resto de los progestágenos.

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Durante la lactancia materna, menor a 6 semanas post parto.
- Cursando una Trombosis Venosa Profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando AMPD.[15]
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años.
- Si presenta una cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.
- LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- LES con trombocitopenia severa para inicio del método.[16]
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.
- Hipertensión arterial con presión sistólica mayor a 160 o diastólica mayor a 100.
- Diagnóstico de hipertensión con enfermedad vascular.
- Cardiopatía isquémica y ACV.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida antes de la evaluación.
- Diabetes con neuropatía, retinopatía o neuropatía, u otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* **del método** *(Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).*

- Cáncer de mama actual.

Interacciones medicamentosas

Ver al final del capítulo *Cuadro 7.2.Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.*

7.3.6. Administración del método

Requisitos previos para utilizar AMPD

Para la administración del AMPD: se sugiere el **control de la tensión arterial anual.**

No son requisitos: los exámenes pélvico y mamario, análisis de sangre, Papanicolau. El control ginecológico puede realizarse al momento de la consulta o posteriormente si en ese momento no es posible.

15. Una mujer con antecedente de cefalea con aura, independientemente de su edad, puede iniciar el uso de AMPD (Categoría 2 de la OMS para el inicio del método).
16. Esta condición es Categoría 2 para la continuación.

7.3.6.1. Modo de administración

Se administra mediante **una inyección intramuscular de aplicación trimestral (90 días o 13 semanas)** fecha calendario, desde la primera inyección.

La inyección puede **darse hasta con 2 semanas de adelanto o de demora** de la fecha en que debía aplicarse, manteniendo la eficacia anticonceptiva. Luego deberán contarse tres meses (90 días o 13 semanas) desde la fecha de esta aplicación para determinar la siguiente.

7.3.6.2. Inicio de la aplicación

El uso de AMPD puede iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual.

• *Si comienza a usarse durante los primeros siete días del ciclo menstrual* (en el que el día 1 es el primer día de sangrado), no se necesita ningún método anticonceptivo de respaldo.

• *Si la primera inyección se aplica en cualquier otro momento del ciclo, o ante la ausencia de menstruación*, podrá aplicarse siempre y cuando exista razonable certeza de que no esté embarazada. Se debe considerar el uso de un método anticonceptivo de respaldo durante los primeros siete días después de la inyección.

• *Post parto:* el uso de AMPD puede iniciarse inmediatamente si la usuaria no está amamantando. Las mujeres que están amamantando deberían comenzar a usar el método después de las 6 semanas post parto.[17]

Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptado por la mujer, el equipo de la salud puede considerar **adelantar el comienzo de la aplicación,** por ejemplo al momento del alta. Esto debe ser especialmente tenido en cuenta en los casos en que resulta difícil para la usuaria regresar a que le administren la inyección en el momento apropiado.

• *Post aborto:* el uso del AMPD puede iniciarse inmediatamente.

• *Después de la toma de AHE:* comenzar con el inyectable el mismo día en que tomó la AHE o, si lo prefiere, dentro de los 7 días después del inicio de su menstruación. En ambos casos deberá utilizar método de respaldo hasta cumplir 7 días de aplicada la inyección. Es importante que la usuaria regrese si presenta signos o síntomas de embarazo, o ausencia de menstruación.

17. Según los criterios de elegibilidad del Reino Unido, los ASP orales e implante son categoría 1 y el AMPD 2; y según los criterios del CDC de EEUU, los tres métodos son categoría 2. La recomendación del PNSSyPR es que la mujer se retire al alta médica con el método, en el caso de haber optado por alguna de estas opciones. Se prioriza no perder la oportunidadalud y el crecimiento de los bebés amamantados. Sin embargo, no existen datos que evalúen los efectos de la exposición a progestinas a través de la leche materna en el desarrollo del cerebro y el hígado de los bebés.

Algunas recomendaciones para el equipo de salud al momento de la aplicación del AMPD:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Lavar el sitio de aplicación con agua y jabón o antiséptico.
- Previo a la aplicación, agitar suavemente la ampolla o vial.
- Preferentemente, utilizar material descartable.
- Realizar la aplicación intramuscular en cadera, glúteo o parte superior del brazo.
- Aplicar todo el contenido de la ampolla. Cuidar de no perder parte en la carga o en la purga de la jeringa.
- **No masajear el sitio de inyección**.
- Descartar de manera segura jeringa y agujas. No reutilizarlas.

Recomendaciones para la usuaria al momento de la aplicación:

- Que no masajee el sitio de la inyección.
- Informarle el nombre de la inyección.
- Convenir una fecha para la próxima aplicación en 3 meses (de ser posible, entregarle por escrito la fecha).
- Destacar la importancia de aplicar la siguiente inyección en fecha. Puede hacerlo hasta 2 semanas antes o después.
- Explicar cómo cuidarse en caso de que se retrase la aplicación y recordarle que, aunque hayan pasado más de dos semanas, es importante que vuelva a la consulta en cuanto pueda.
- Informarle que puede volver a la consulta en cualquier momento que lo desee, ya sea por algún problema, pregunta, deseo de cambiar de método, cambios en su salud, sospecha de embarazo, etc.

7.3.6.3. Cambio de método

• **Reemplazo de un anticonceptivo combinado oral (ACO) por AMPD:** Inmediatamente. No precisa esperar hasta su próxima menstruación. No hay necesidad de método de respaldo.

• **Reemplazo de inyectable mensual por AMPD:** Comenzar cuando le correspondería recibir el inyectable mensual. No hay necesidad de método de respaldo.

7.3.6.4. Retraso en la aplicación

Si la usuaria se retrasa más de 2 semanas, debe usar un método de barrera o no mantener relaciones hasta que reciba nuevamente la inyección. En este caso, proceder como si iniciara nuevamente el método (*ver 7.3.6.1. Modo de administración*).

Debe tenerse en cuenta que muchas de las usuarias que suspendieron el método o retrasaron la aplicación, pueden no presentar la menstruación por algunos meses. Por lo tanto, no

es recomendable esperar hasta la siguiente menstruación para reiniciar la aplicación de la inyección, dejándola sin protección hasta que esto suceda. Debe valorarse riesgo de embarazo, y en caso de descartarlo, iniciar el método.

7.3.6.5. Seguimiento

Es probable que, al ser un método inyectable, la usuaria requiera del sistema de salud para cada aplicación. Se recomienda aprovechar la visita para contestar las dudas que hayan podido surgir, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto del método.

Se sugiere el **control de la tensión arterial anual.**

7.3.6.6. Cómo suspender el método

Si la usuaria desea suspender el método, simplemente no debe colocarse la siguiente aplicación.

7.3.7. Efectos secundarios

Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método. Es importante conversar con ella sobre los posibles efectos secundarios relacionados al uso del método, ya que la mayoría disminuye o desaparece en los primeros meses de uso y, si bien son comunes, no todas las mujeres los presentan.

Además de brindar información, es necesario preguntar y escuchar cómo afectan estos cambios en la vida cotidiana de la usuaria para valorar la necesidad de tomar alguna conducta.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

• *Cambios en los patrones de sangrado.* Suelen presentarse irregularidades menstruales los primeros meses (sangrado irregular, sangrado frecuente), y luego, al año generalmente, amenorrea o ausencia de sangrado. De todo esto debe informarse adecuadamente a la usuaria desde el principio. Aclarar, por ejemplo, que esto "*no es malo*" y que "*la sangre no se acumula en su cuerpo.*" Este asesoramiento puede ser la ayuda más importante para que la usuaria mantenga la adherencia al método. En caso de manifestarse incómoda con la ausencia de menstruación, ofrecer cambio de método.

Si presenta *sangrado abundante,* luego de informar adecuadamente a la usuaria, pueden utilizarse pastillas anticonceptivas, comenzando el primer día del sangrado y continuando por 21 días (1 comprimido/día) durante algunos ciclos y reevaluar. Para prevenir la anemia, recomendar hierro. Si continúa después de varios meses con sangrado irregular, si reaparece luego de un tiempo de sangrado normal, o si se sospecha otra causa, descartar patologías subyacentes.

Si *no puede hallarse una causa para el sangrado,* considerar la suspensión de la inyección de AMPD para facilitar el diagnóstico. Brindar otro método para que utilice hasta tanto se realice diagnóstico y tratamiento.

• *Demora en el restablecimiento de la fertilidad.* En promedio, la mujer que utiliza AMPD demora unos meses más en quedar embarazada luego de interrumpir su uso que quienes utilizan otros métodos.

• *Aumento gradual de peso.* Valorar la dieta que está llevando la usuaria y cuál es su actividad física.

• *Cefaleas.* Pueden utilizarse AAS, AINEs u otros analgésicos. Toda cefalea que empeore o aparezca con el uso de inyectables debe ser evaluada.

• *Mareos.*

• *Distensión y molestia abdominal.* Considerar medicamentos disponibles.

• *Cambios de humor y disminución del impulso sexual.* Conversar con la usuaria sobre otras posibles causas que puedan estar afectándola. En caso de alteraciones graves, derivar para la correcta atención.

• *Pérdida de densidad ósea.* Las investigaciones no han demostrado un aumento de las fracturas óseas. En las mujeres en edad reproductiva, la densidad ósea vuelve a aumentar cuando dejan de usar AMPD.

Beneficios adicionales del AMPD

- **Protección mayor del endometrio.** Es útil en el tratamiento de las hiperplasias endometriales.
- Su uso puede **disminuir** las **convulsiones epilépticas.**
- **Disminución del sangrado uterino.** Se lo utiliza en aquellas patologías que es necesario llevar a la usuaria a una amenorrea, a causa de malformaciones uterinas o enfermedades hematológicas.

ANOVULATORIOS

7.4. IMPLANTES SUBDÉRMICOS

Puntos clave

- Son pequeños cilindros o cápsulas flexibles que se colocan debajo de la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de una mujer.
- Brindan protección contra embarazo a largo plazo, su acción es reversible cuando se extrae.
- Una vez colocados, no requieren que la usuaria haga nada.
- Actualmente, sólo un tipo de implante se encuentra disponible en Argentina.

Es un **método anticonceptivo hormonal sólo de progestágenos** que se coloca **debajo de la piel** (*subdérmico*) en forma de cápsulas (o pequeños cilindros) de liberación prolongada que, según el tipo de implante, dura entre 3 y 7 años.

En Argentina se comercializa un sólo tipo de implante que contiene *etonorgestrel.* Este MAC requiere ser colocado por un profesional entrenado. Se coloca mediante una pequeña incisión en la parte superior del brazo, con anestesia local.

Tipos de implantes

- ***IMPLANON®**: 1 cápsula que contiene 68 mg etonorgestrel (3 keto desogestrel). Duración: 3 años. **Único disponible en Argentina.***
- ***JADELLE®**: 2 cápsulas que contienen en total 150 mg de levonorgestrel. Duración: 5 años*
- ***NORPLANT®**: 6 cápsulas que contienen en total 216 mg de levonorgestrel. Duración: 5 años.*

7.4.1. Mecanismo de acción

Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, además del espesamiento del moco cervical que impide el ascenso de los espermatozoides.

7.4.2. Eficacia anticonceptiva

Muy eficaz durante 3 a 7 años, dependiendo del tipo de implante. Tiene un índice de seguridad de un 99,5%. Su efectividad no depende de la usuaria.

7.4.3. Recuperación de la fertilidad

Una vez que se retira, la mujer recupera su fertilidad. La hormona no permanece en el cuerpo de la mujer.

7.4.4. Protección contra las ITS/VIH

El implante no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

7.4.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Casi todas las mujeres pueden utilizar el implante de manera segura y eficaz. Al no contener estrógenos, puede ser usado por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.

El implante tiene las mismas recomendaciones de la OMS que para la **Minipíldora** y el *desogestrel.* Sólo se agrega en la *Categoría 3* los casos en que la mujer presente sangrado vaginal de etiología desconocida antes de la evaluación.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Durante la lactancia materna, menor a 6 semanas post parto.[18]

18. Según los criterios de elegibilidad del Reino Unido, los ASP orales e implante son categoría 1 y el AMPD 2; y según los criterios del CDC de EEUU, los tres métodos son categoría 2. La recomendación del PNSSyPR es que la mujer se retire al alta médica con el método, en el caso de haber optado por alguna de estas opciones. Se prioriza no perder la oportunidad.

- Cursando una Trombosis Venosa Profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta un episodio de cardiopatía isquémica o de ACV y estaba usando implantes.[19]
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando implantes.[20]
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años.
- Si presenta una cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.
- LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida antes de la evaluación.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* **del método** *(Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS)*

- Cáncer de mama actual.

Interacciones medicamentosas

Ver al final del capítulo *Cuadro 7.2. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.*

7.4.6. Administración del método

Para la colocación del implante **no son requisitos previos** los exámenes pélvico y mamario, análisis de sangre, Papanicolau. El control ginecológico se podrá efectuar en el momento de la consulta o posteriormente si en ese momento no puede realizarse.

7.4.6.1. Modo de administración

• La inserción del implante debe realizarla un **profesional específicamente entrenado,** ya que requiere una pequeña incisión en la piel de la parte súpero-interna del brazo. Se utiliza anestesia local para ponerlo o quitarlo, y demora unos pocos minutos.

• La colocación es **subdérmica** y la técnica para hacerlo depende del tipo de implante.

• Una vez colocado, el implante **no se desplaza** de su lugar a otras partes del cuerpo.

19. Una mujer con antecedente de cardiopatía isquémica o ACV puede iniciar el uso de implantes (Categoría 2 de la OMS para el inicio del método).
20. Una mujer con antecedente de cefalea con aura, independientemente de su edad, puede iniciar el uso de implantes (Categoría 2 de la OMS para el inicio del método).

7.4.6.2. Seguimiento

En la consulta inicial se recomienda pactar con la usuaria una nueva visita luego de algunos meses de usar el implante, para trabajar sobre las dudas que surjan. El método en sí mismo no necesita mayores controles.

Es importante brindar **pautas de alarma** sobre *signos de infección* en el sitio de inserción del implante, y explicar la importancia de realizar una consulta si esto ocurriera o si observara que el cilindro está saliendo por el orificio de inserción. También debe recomendarse que consulte si aumenta mucho de peso, ya que el aumento de la masa corporal puede afectar la duración del implante.

7.4.7. Efectos secundarios

• *Alteraciones del sangrado.* Son comunes, pero no perjudiciales para la usuaria. Habitualmente hay sangrado irregular prolongado durante el primer año y luego, el sangrado se hace más regular o infrecuente. Puede presentar amenorrea, sin implicancia clínica.

• *Cefaleas.*

• *Depresión.*

• *Acné* (puede mejorar o empeorar).

• *Variaciones de peso.*

• *Tensión mamaria.*

• *Mareos.*

• *Cambios de humor.*

• *Náuseas.*

7.4.7.1. Complicaciones

Son infrecuentes. Puede presentarse infección en el sitio de inserción en los dos primeros meses. También, dificultad en la remoción, que disminuye si la colocación y la extracción la realiza personal entrenado.

Cuadro 7.2. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.[21]

	ASP orales	AMPD	Implante subdérmico
Inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa	1	1	1
Inhibidores NO nucleosidos de la transcriptasa reversa	2	1	2
Inhibidores de la proteasa reversa	3	1	2
Anticonvulsivantes (fenitoina, carba-macepina, barbitúricos, primidona, topiramato)	3	1	2
Lamotrigina	1	1	1
Antibióticos de amplio espectro	1	1	1
Antifúngicos	1	1	1
Antiparasitarios	1	1	1
Rifampicina y rifabutina	3	1	2

21. Criterios de elegibilidad de la OMS, 4 Edición, 2009 y Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Clinical Guidance. Drug Interactions with Hormonal Contraception. Clinical Effectiveness Unit. January 2011. En http://www.fsrh.org/pages/clinical_guidance.asp

Capítulo 8

Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

Puntos clave

- Se conoce también como “pastilla anticonceptiva de emergencia” o “píldora o pastilla del día después” o “píldora poscoital”.
- El mecanismo de acción es la anovulación.
- Cuanto antes se tome la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), mayor será su efectividad.
- No tiene contraindicaciones. No presenta riesgos para la salud, sobredosis ni riesgo de adicción.
- En caso de que el embarazo ya se haya producido, la AHE no lo interrumpe, es decir que no provoca un aborto.
- Si la mujer ya está embarazada, la AHE no afecta al embrión en formación. No produce defectos congénitos.
- La mejora del acceso no influye en que las personas lo usen reiteradamente.
- No previene las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ni el VIH/Sida.

8.1. CARACTERÍSTICAS

La **anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)**[1] es un método hormonal de progestágeno *(Levonorgestrel)* para ser utilizado en forma posterior a una relación sexual sin protección, o cuando falló el método que estaba usándose. Es la última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo. Por eso se llama anticoncepción de emergencia. Es efectiva, segura y simple de usar.

La anticoncepción hormonal de emergencia tiene dos posibles presentaciones:
- *Levonorgestrel* (LNG) 1,5 mg. por un comprimido
- *Levonorgestrel* (LNG) 0,75 mg. por dos comprimidos

8.1.1. Mecanismo de acción

El principal mecanismo anticonceptivo de la AHE de LNG es la **anovulación.** Según estudios científicos disponibles hasta el año 2010, el *Levonorgestrel* administrado en dosis única de 1,5 mg o en dos dosis de 0,75 mg dentro de las 12 horas, impide o retarda la ovulación mediante la inhibición del pico preovulatorio de hormona luteinizante (LH), impidiendo de esta manera la maduración y liberación del óvulo.

Dos estudios recientes (2007 y 2010) demuestran que no evita el embarazo si se toma el día en que la mujer está ovulando o después de que se ha producido la ovulación: la AHE de LNG no puede impedir ni interferir con la implantación de un óvulo fecundado. Tampoco afecta significativamente el grosor del endometrio y, en caso de producirse el embarazo, no afecta el desarrollo del mismo.[2]

1. Para ampliar la información, consultar *"Anticoncepción Hormonal de Emergencia. Guía para Profesionales"*. Ministerio de Salud de la Nación, 2007. Disponible en *http://www.msal.gov.ar/saludsexual/materiales*
2. *"Mecanismo de acción ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel previenen el embarazo?"*. Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (ICEC) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Para mayor información, consultar la web del Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia: http://www.emergencycontraception.org/, y la hoja informativa sobre la seguridad de la AHE de LNG emitida por la Organización Mundial de la Salud en abril de 2010 en *http://www.emergencycontraception.org/PDF/WHO_RHR_HRP_10.06_spa.pdf* Hay información disponible también en: Consenso anticoncepción de emergencia Asociación Médica Argentina de Anticoncepción *http://www.amada.org.ar/PDF/anticoncepcion_hormonal_emergencia.pdf*

Asimismo provoca un espesamiento del moco del cuello del útero, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides a las trompas de Falopio, sitio donde se produce la fecundación.

Estos dos mecanismos, **anovulación** (principalmente) y **espesamiento del moco cervical**, contribuyen a impedir el encuentro óvulo-espermatozoide, evitando así la fecundación.

8.1.2. Eficacia anticonceptiva

Si se toma dentro de las primeras 12 horas, la eficacia de la AHE es del 95%, y ésta disminuye progresivamente con los días. Cuando ya han pasado entre 49 y 72 horas de la relación sexual, la efectividad es del 58%. Puede tomarse hasta dentro de las 120 horas.

Cuanto más cercana a la relación sexual sin protección se administre la AHE, es mayor su eficacia anticonceptiva. Por lo tanto, cuanto antes se tome, mejor.

8.1.3. Recuperación de la fertilidad

Sólo protege o disminuye la posibilidad de embarazo para la relación sexual cercana a la toma. A partir del día siguiente a la toma de la AHE, la posibilidad de embarazo es la misma que sin protección anticonceptiva.

8.1.4. Protección contra las ITS/VIH

La AHE no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

8.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Cualquier mujer puede tomar la AHE sin riesgos, sin importar la edad, incluso las que no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis de hormonas de la pastilla es relativamente pequeña y se utiliza por un corto tiempo.

No es necesario realizar examen físico ni análisis de laboratorio previamente.

Criterios de elegibilidad de la OMS.

De acuerdo a los **Criterios de elegibilidad de la OMS**, no hay ninguna condición clínica en la cual los riesgos de utilizar la AHE superen los beneficios de su uso. Por ello le otorga *Categoría 1*, lo que significa que **no hay ninguna contraindicación para su uso.** Pueden usarla, incluso, las mujeres que no pueden recibir anticonceptivos hormonales en forma continua. Es igual en mujeres fumadoras, con angina de pecho, migraña o enfermedad hepática severa.

No debe usarse la AHE si existe un embarazo confirmado. Sin embargo, la AHE puede suministrarse cuando no hay certeza sobre un embarazo y no es posible realizar una prueba para confirmarlo, ya que hay suficiente evidencia de que no tiene ningún efecto en el embarazo ni altera su curso; no produce malformaciones congénitas, no altera el peso al nacer, ni hay diferencia en el sexo de los recién nacidos.[3]

3. Mecanismo de acción AHE de LNG. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Marzo, 2011. www.amada.org.ar/downloads/MOA_FINAL_2011.pdf

8.2 SITUACIONES EN LAS QUE SE RECOMIENDA EL USO DE AHE

La anticoncepción hormonal de emergencia está recomendada en las siguientes situaciones:

1. Ante una relación sexual ***sin protección.***

2. Ante un ***uso incorrecto o accidente*** con otro método anticonceptivo: uso incorrecto del preservativo (se salió, deslizó o rompió); si se desplazó el diafragma; uso incorrecto de un método natural de control de la fertilidad; olvido de la toma de las pastillas anticonceptivas[4]; el DIU se salió de sitio.

3. ***Atraso*** en la colocación de la ***anticoncepción inyectable***.[5]

4. Ante una ***violación,*** si la mujer no está usando algún método regularmente.[6]

CONSEJERÍA FRENTE AL USO REITERADO DE AHE

Aunque la AHE puede tomarse las veces que sea necesaria, es importante brindar información a las personas sobre la no conveniencia de adoptarla como método habitual. La eficacia anticonceptiva está relacionada sólo a esa relación sexual y el uso frecuente puede ocasionar irregularidades del ciclo menstrual, que aunque no tienen valor patológico, pueden ser molestas para la vida cotidiana de la mujer y dificultar el adecuado seguimiento de algunos métodos.

Folleto de bolsillo. Anticoncepción Hormonal de Emergencia.

4. Ver: Olvido de una toma. Capítulo 6: Métodos Hormonales Combinados y Capítulo 7: Métodos Hormonales sólo de progestágenos.
5. Ver: Retraso en la aplicación. Capítulo 6 Métodos Hormonales Combinados y Capítulo 7 Métodos Hormonales sólo de progestágenos
6. Ver: "Protocolo de Atención de la Salud a Personas Víctimas de Violaciones Sexuales", páginas 19 y 20. Ministerio de Salud de la Nación, 2011. www.msal.gov.ar/saludsexual/materiales.

El uso frecuente de la AHE, cuando está utilizándose otro método anticonceptivo, requiere de nuevas conversaciones sobre las dificultades que la usuaria puede tener con el método de uso regular. Muchas veces estas dificultades son las que llevan a recurrir a la AHE. Es necesario dar lugar a la repregunta sobre si es posible o conveniente cambiar a otro método con el que la persona se sienta más cómoda para sostener en el tiempo.

8.3. ADMINISTRACIÓN DE AHE

Existen tres formas de administración de AHE:

• **1,5 mg de *levonorgestrel* en una dosis única** (se recomienda esta dosis por ser la más eficaz, ya que disminuye el riesgo de olvido y tiene menos efectos secundarios).

Consideraciones particulares para el equipo de salud sobre AHE:

Las acciones que facilitan la accesibilidad a la AHE suelen enfrentar a las y los profesionales con algunas disyuntivas en relación a las pautas de cuidado que es conveniente trabajar dentro del equipo de salud, a saber:

• Muchas veces se teme que dar información o hacer accesible el uso de la AHE estimule que las personas realicen prácticas sexuales sin cuidado, sobre todo cuando son adolescentes. Hay evidencia en trabajos realizados en distintos países, tanto en población adulta como en adolescentes, que demuestran que **facilitar el uso de AHE no altera la conducta sexual ni las prácticas de cuidado de las personas.**[7] Es decir, no produce descuido en el uso del método utilizado habitualmente, ni atenta contra las estrategias de cuidado de las personas.

• También suele existir el temor de que la información brindada aliente el uso reiterado de la AHE en desmedro de métodos anticonceptivos de uso regular, y que las personas que accedieron a esa información no adopten pautas de cuidado con responsabilidad. En este sentido, la misma evidencia demuestra que **dar la información sobre AHE no modifica de forma negativa el uso de otros métodos.**

• Es importante tener en cuenta que en el trabajo con personas en situaciones de alta vulnerabilidad por distintas razones (violencia intrafamiliar, consumo problemático de drogas, personas en situación de calle u otras formas de exclusión social o económica) suele ser necesario implementar estrategias especiales de adherencia a métodos de cuidado. En estos casos **restringir el acceso a la AHE puede empeorar la situación de vulnerabilidad.**

• Es central tener en cuenta que, si bien muchas veces las demandas de las personas no se ajustan a la modalidad de cuidado que en general se espera desde el equipo de salud, facilitar información clara, precisa y oportuna, así como el acceso a la AHE, puede **reducir riesgos y daños en situaciones donde hay mucha dificultad para el cuidado.**

7. Ver: J. Pediatr Adolesc Gynecol (2005) 18:347-354 Advance Supply of Emergency contracption: A randomized Trial in adolescent Mothers Belzer, M; Sancez, K.; Olson J.; Jacobs A. y J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010 Sep 22. [Epub ahead of print] Advance Provision of E C among adolescent and Young Adult Women: A Systematic Review of Literature. Meyer JL, Gold MA, Haggerty CL.

• **2 comprimidos de *levonorgestrel* de 0,75 mg** (un comprimido cada 12 horas o los dos comprimidos juntos).

• En caso de no disponer de AHE, también puede lograrse la dosis de *levonorgestrel* con la **Minipíldora** (*levonorgestrel* 0,03mg): deben tomarse 25 comprimidos cada 12 horas en dos tomas (total: 50 comprimidos), es decir, 1,5 mg de *levonorgestrel*.

8.3.1. Otras formas de lograr anticoncepción de emergencia: Método Yuzpe

Si no se cuenta con la anticoncepción hormonal de emergencia, o con la cantidad necesaria de Minipíldoras para realizarla, se puede recurrir al **Método Yuzpe**, que consiste en tomar pastillas anticonceptivas combinadas en una cantidad y frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo normal.

Cuadro 8.1. Método Yuzpe

Anticonceptivo oral combinado que contenga:	Dosis
30 µg *etinilestradiol* (0,03 mg)	4 comprimidos cada 12 hs. (2 tomas) Total: 8 comprimidos
20 µg *etinilestradiol* (0,02 mg)	5 comprimidos cada 12 hs. (2 tomas) Total: 10 comprimidos
15 µg *etinilestradiol* (0,015 mg)	7 comprimidos cada 12 hs. (2 tomas) Total: 14 comprimidos

Si bien se ha comprobado que la AHE de LNG es más eficaz que las pastillas combinadas de LNG + etinilestradiol (EE) para la anticoncepción de emergencia y que, a su vez, tiene considerablemente menos efectos secundarios, es conveniente tener presente la opción del método Yuzpe en caso de que no se disponga de AHE de LNG o de Minipíldora en la dosis necesaria para anticoncepción de emergencia.

8.3.2. Importancia de tomar la AHE en el momento oportuno

La AHE es la última alternativa de anticoncepción para evitar un embarazo. Es una opción de emergencia y **su eficacia depende del momento de la toma:** antes de las 12 horas posteriores a la relación de riesgo tiene un 95% de eficacia, porcentaje que va en descenso, siendo de un 58% entre las 49 y 72 horas, aunque se puede usar con cierta eficacia anticonceptiva hasta 5 días posteriores a la relación sexual.

Esta característica hace que la toma en tiempos adecuados dependa de la información que tengan las usuarias y de la posibilidad de disponer de las pastillas de AHE cuando las necesiten. Por eso es clave la **administración inmediata** *cuando la usuaria la demanda.*

8.3.3. Efectos secundarios

Los efectos secundarios no son frecuentes y no son un riesgo para la salud de la mujer. Cuando se entrega la AHE es conveniente brindar esta información a las usuarias y complementarla con un folleto informativo.

La toma de levonorgestrel según las dosis de la AHE puede provocar los siguientes efectos:

• *Cambios en la fecha de menstruación:* la menstruación puede presentarse antes, en fecha o después de lo esperado. El 50% de las usuarias menstrúa en la fecha prevista, 35% se adelanta y 13% presenta retraso. Puede realizarse una prueba de embarazo si el atraso se prolonga más allá de una semana.

- *Náuseas y vómitos:* se pueden tomar antieméticos. Si la mujer tiene vómitos dentro de las 4 horas de haber tomado las pastillas, debe repetir la dosis.

- *Dolor abdominal.*

- *Fatiga.*

- *Cefalea.*

- *Dolor en las mamas similares a la tensión premenstrual.*

- *Mareos.*

8.4. OPORTUNIDAD PARA INFORMAR SOBRE AHE

Es conveniente dar información adecuada, e incluso **entregar la AHE preventivamente** en las consejerías integrales de salud sexual o durante las consultas por anticoncepción, cuando las personas han elegido o ya usan un método anticonceptivo que puede tener alguna falla dependiente del/la usuario/a (ACO, ACI, métodos de barrera, métodos relacionados con la fertilidad de la mujer, etc.).

En estas oportunidades, como también en los talleres realizados con la comunidad donde se trabaje el acceso a derechos y a métodos, es necesario darse un tiempo para asesorar preventivamente sobre el uso correcto de la AHE. De ser posible, debe complementarse esto con información escrita (folleto explicativo), para que las personas sepan que cuentan con esta alternativa anticonceptiva de emergencia ante la falla por accidente del método que usan, o incluso el no uso del mismo.

8.5. POSIBILIDAD DE DISPONER DEL MÉTODO: ACCESIBILIDAD

La AHE puede entregarse preventivamente a las personas en las consejerías integrales o en la consultas. La provisión de AHE puede efectuarse a mujeres y a varones. La **edad no es un factor condicionante** de la posibilidad de usar AHE.

Cuando una persona refiere haber tenido una situación de sexo inseguro **es obligación del equipo profesional médico y no médico, en el consultorio y guardia, brindar AHE siempre.**

> *Debe recordarse que no se requiere la realización de ningún estudio ni de consentimiento de la pareja, ni de los padres en mayores de 14 años para usar la AHE. Es necesario que la AHE esté siempre disponible durante todo el horario de funcionamiento del efector de salud.*

Por *disponible* se entiende no sólo la entrega del insumo cuando sea solicitado, sino también su ubicación en sectores donde la población pueda visualizarlo, que haya información visible de su existencia en el efector y que se entregue material (folletos para usuarias) con información sobre el uso adecuado del método.

Si se cuenta con un sector de urgencia o guardia, deben tomarse las medidas necesarias para que la AHE sea entregada durante todo el tiempo de funcionamiento de la guardia. Generalmente esto requiere que la **AHE se encuentre dentro del stock de medicación de urgencias**, que se actualiza turno a turno, y que sea de fácil dispensación o entrega a quienes la necesiten.

El trabajo colaborativo entre profesionales médicas/os, enfermeras/os y el resto del equipo de salud, que incluye activamente a administrativas/os, mejora la posibilidad de

garantizar la disponibilidad y el acceso.

8.6. CONSEJERÍA EN LA URGENCIA ANTICONCEPTIVA

Si bien es conveniente aprovechar la oportunidad de la entrega de la AHE para hacer una consejería y hablar del uso correcto de los métodos o dar información para apoyar la decisión de un método anticonceptivo de uso regular, **esto no debería ser un factor limitante para la entrega de la AHE.**

Siempre es prioridad la accesibilidad a la prevención de un embarazo no deseado, y esta oportunidad de facilitar el acceso puede capitalizarse en la construcción de un vínculo de confianza con la persona que requirió la AHE, que contribuya luego a que la usuaria vuelva al efector de salud para continuar el asesoramiento o la atención.

Si no hay tiempo de hablar en la situación de urgencia anticonceptiva, es posible entregar un folleto informativo del uso correcto junto con la AHE.

Aclaraciones importantes sobre la AHE:

- La persona que solicita AHE tiene derecho a recibirla todas las veces que la pida.

- La **Ley Nacional 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable,** incluye el *acceso gratuito* a la AHE como método de emergencia para prevenir un embarazo.

- Se entrega en Hospitales y Centros de Salud en forma gratuita. Como es un método de emergencia, debe ser entregado *por el personal de salud que se encuentre cumpliendo funciones en la institución* en el momento en que es requerida. Allí también la usuaria o usuario pueden solicitar más información, que debe ser brindada.

- Obras Sociales y Prepagas están obligadas a entregarla en forma gratuita. Con receta médica se puede comprar en las farmacias.

- Los efectores de salud deben garantizar que la AHE se encuentre disponible en todo momento en que el centro esté abierto. Si el centro cuenta con un sector de *urgencia o guardia*, deben disponer de este insumo en ese sector.

Capítulo 9
Dispositivos intrauterinos

Puntos clave

- El dispositivo intrauterino (DIU) es un método reversible, de alta eficacia anticonceptiva y cómodo para la usuaria.
- Brinda protección anticonceptiva a largo plazo.
- Puede ser usado de forma segura por la mayoría de las mujeres.
- Una vez colocado, la efectividad no depende de la usuaria.
- Existen diferentes tipos y modelos. El más utilizado es la T de cobre.
- El principal efecto secundario del DIU con cobre es el aumento de sangrado durante la menstruación.
- La duración del efecto anticonceptivo varía de 3 a 10 años, de acuerdo a la cantidad de cobre que contenga el DIU.

En la elaboración de este capítulo colaboraron: Dra. Silvina Arrossi, Dra. Rosa Laudi, Dra. Vilda Discacciati, Dr. Luis Paul y Lic. Irina Perl, integrantes del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino. http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/

INTRODUCCIÓN

El **dispositivo intrauterino (DIU)** es un método anticonceptivo eficaz, duradero, fácil de usar, desvinculado del coito y reversible. Se trata de una pequeña estructura flexible, de plástico, que se ubica dentro de la cavidad uterina.

En la década del ´70 aparecieron los *DIU con cobre*, que son los utilizados actualmente. A partir de entonces, este método anticonceptivo cobró gran popularidad y su uso se difundió a nivel global. Es utilizado en la actualidad por más de 160 millones de mujeres en todo el mundo.

Sin embargo, durante muchos años la utilización del DIU se vio restringida debido a la preocupación por posibles complicaciones asociadas a su uso. En las últimas décadas, se le incorporaron numerosas modificaciones con el objetivo de aumentar su eficacia anticonceptiva, prolongar su vida útil y reducir los efectos adversos y el riesgo de expulsión. Las investigaciones más recientes demostraron la seguridad y la eficacia de este método.

Clasificación
Actualmente hay 2 tipos en uso:

1. Dispositivo intrauterino (DIU) medicado con cobre.

2. Dispositivo intrauterino medicado con progestágeno (levonorgestrel). *También se lo denomina* ***Sistema de liberación intrauterino o SIU.***

9.1. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) MEDICADO CON COBRE

Puntos clave

- Los DIU medicados con cobre son los más utilizados actualmente.
- Entre los diferentes modelos, el más utilizado es la T de cobre.
- El cobre actúa directamente sobre los espermatozoides: afecta procesos fundamentales que deben sufrir para poder fecundar al óvulo (motilidad, capacitación y activación espermática).
- El DIU actúa prefertilización: sus distintos mecanismos de acción impiden la unión del espermatozoide con el ovocito.
- Puede ser indicado en forma segura a la mayoría de las mujeres, incluso adolescentes y mujeres que no tienen hijos.

La mayoría de los DIU están formados por una estructura de plástico, con un vástago vertical que es rodeado por el hilo de cobre y una o dos ramas horizontales (rectas o curvas, según el modelo de DIU), que en algunos modelos llevan unos anillos de cobre. Toda esta estructura va inserta dentro de la cavidad uterina *(Figura 9.2)*. El otro extremo del vástago lleva anudados uno o dos hilos. Estos hilos atraviesan el canal cervical, asoman por el orificio cervical externo y servirán como guías del DIU, para el control periódico y para su extracción.

Los DIU medicados con cobre (Cu) son los más utilizados en la actualidad. Existen **diferentes modelos: T, 7, Multiload, Nova T** *(Figura 9.1)*, siendo uno de los más difundidos a nivel mundial el **DIU T Cu 380** *(Figura 9.3)*.

El número que acompaña al nombre del DIU se refiere a la superficie de cobre. La carga de cobre varía según el modelo de DIU y determina la duración de su efecto anticonceptivo.

Figura 9.1. Diferentes modelos de DIU

T de cobre | 7 de cobre | Multiload | Sistema de Liberación Intrauterino de Levonogestrel (SIU)

Figura 9.2. DIU inserto en la cavidad uterina

Figura 9.3. DIU T Cu 380

9.1.1. Mecanismo de acción

La acción de los **DIU medicados con cobre (Cu)** se ejerce a través de múltiples mecanismos.

A nivel del cérvix, los iones de cobre producen **cambios en el moco cervical**, generando un moco hostil que evita que los espermatozoides asciendan al útero. Asimismo, distintas investigaciones demostraron que el cobre actúa directamente sobre los espermatozoides: produce una fuerte y franca **inhibición de la motilidad espermática** y afecta sustancialmente la *capacitación* y la *activación* espermática, dos procesos fundamentales que los espermatozoides deben sufrir para poder fecundar al óvulo.

Otros autores aseguran que el principal mecanismo de acción anticonceptivo es su **efecto espermicida**, tanto en moco como en **endometrio**, que se produce por la reacción inflamatoria estéril local, debida a la presencia del cuerpo extraño dentro de la cavidad. Hay un aumento del número de leucocitos responsables de la fagocitosis de los espermatozoides, que conjuntamente con los productos de degradación tisular, ejercen una acción tóxica sobre éstos. La presencia de iones de Cu exacerba la reacción inflamatoria.

Todas estas acciones apuntan a un mecanismo anticonceptivo prefertilización.

9.1.2. Eficacia anticonceptiva

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. El riesgo de embarazo es muy similar entre el uso habitual y el uso

correcto, ya que una vez colocado no depende prácticamente de la usuaria.

Con el uso correcto: < 1 embarazo cada 100 mujeres por año de uso.

Con el uso habitual: entre 1 y 3 embarazos cada 100 mujeres por año de uso.

Duración del efecto anticonceptivo: el DIU es un método anticonceptivo de acción prolongada. La duración está en relación a la carga de cobre. Los DIU que tienen menos de 300 mm de cobre tienen una duración aproximada de 3 años. En cambio, el modelo T Cu 380 puede usarse hasta 10 años.

9.1.3. Recuperación de la fertilidad

Al retirar el DIU, la reacción inflamatoria desaparece rápidamente y la fertilidad **se recupera sin demora.** La tasa de embarazo en las mujeres que han usado este método es similar a las que han dejado de usar otros métodos anticonceptivos.

No es necesario *"hacer un descanso después del DIU"* antes de iniciar la búsqueda de la gestación.

9.1.4. Protección contra las ITS/VIH

El DIU no ofrece ninguna protección contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

9.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método[1]

En general, **la mayoría de las mujeres puede utilizar DIU como método anticonceptivo**. Incluso, puede ser usado de manera segura y efectiva en condiciones en las que no pueden usarse otros anticonceptivos (hipertensión, tabaquismo, lactancia, migraña, trombosis), independientemente de la edad y el peso.

Dado que el DIU puede producir en algunas mujeres un **aumento del sangrado** menstrual, en aquellas que habitualmente tienen menstruaciones muy abundantes o tienen bajos niveles de hemoglobina es importante que se evalúen otras posibilidades o, en caso de elegir el DIU, se haga un control cercano para valorar el sangrado y la anemia. La anemia es considerada *categoría 2* de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El DIU también **puede ser indicado en forma segura a una**

Cuadro 9.1. Dispositivos intrauterinos: ventajas y desventajas de su uso

Dispositivos intrauterinos	
Ventajas	**Desventajas**
- Alta efectividad anticonceptiva. - Método reversible en forma inmediata. - Anticoncepción duradera. - Baja posibilidad de falla por error de la usuaria. - Baja motivación. - Método desvinculado del coito. - No interacciona con medicaciones.	*Efectos adversos frecuentes:* - mayor sangrado menstrual. - goteo intermenstrual. - cólicos durante la menstruación. *Riesgo (infrecuente) de:* - expulsión. - perforación uterina durante la colocación. *Contraindicaciones orgánicas, determinadas por la anatomía.* *No protege contra ITS.* *Requiere intervención profesional para su colocación y extracción.*

1. Ver Capítulo 4 y el cuadro 4.3. "Resumen: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos."

adolescente. Aunque la posibilidad de embarazo, expulsión y extracción por sangrado o dolor es mayor en las menores de 20 años que en las mujeres adultas, el DIU sigue siendo para las adolescentes más efectivo que otros métodos. Es importante, además, reforzar la importancia del uso del preservativo como única forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) e incentivar la doble protección (DIU + preservativo).

El hecho de **no tener hijos o nuliparidad** fue considerado, durante años, una contraindicación para usar DIU, puesto que se creía que las mujeres nulíparas (sin hijos) podían tener más riesgos de perforación uterina, expulsión o infección pelviana (que dejara como secuela riesgo de esterilidad).

En varias investigaciones recientes se ha demostrado que las mujeres nulíparas no tienen más riesgo de alguna de estas complicaciones (perforación, expulsión o infección) que las que ya han tenido hijos. De todos modos, es indispensable recomendar sistemáticamente la prevención de las ITS y la importancia de la doble protección (DIU + preservativo).

En mujeres con enfermedades que generan mayor susceptibilidad a las infecciones (usuarias con tratamientos quimioterápicos, corticoterapia, inmunodepresión, reemplazo valvular cardíaco, valvulopatía) y aquellas mujeres que sufren hipermenorreas habitualmente, es necesario **evaluar la situación** singular, para pautar la conveniencia del método y las consultas de seguimiento.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS):*

- Entre 48 horas y cuatro semanas después del parto, porque hay evidencia de que aumenta el índice de expulsión.
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna, con niveles reducidos o indetectables de B-hCG, porque hay un riesgo mayor de perforación uterina, además que el tratamiento de la enfermedad puede requerir varios legrados de la cavidad uterina.
- Cáncer de ovario[2]: no se recomienda colocar DIU cuando la mujer ya tiene diagnóstico de la patología, ya que cualquier tratamiento del cáncer (histerectomía o radioterapia) implica su remoción. Si la mujer tiene colocado el DIU al momento del diagnóstico, se recomienda no remover hasta el inicio del tratamiento, para prevenir embarazos que impidan o entorpezcan el mismo.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS): si la usuaria tiene prácticas sexuales que la exponen a ITS, y no usa preservativo, se considera categoría 2 ó 3 dependiendo de la situación singular. Si la mujer se encuentra cursando una infección por clamidia o gonorrea está contraindicada la colocación del DIU en el período agudo. Si ya lo tiene colocado, y se administra adecuadamente el tratamiento antibiótico, generalmente no hay necesidad de retirarlo.
- LES con Trombocitopenia severa para el inicio del método.[2]
- TBC pélvica para la continuación.

2. Categoría de inicio: 3, continuación: 2.

Situaciones en las que *se contraindica el uso* **del método** *(Categoría 4 de los Criterios de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS):*

- Embarazo confirmado o sospecha.
- Sepsis puerperal.
- Inmediatamente post aborto séptico.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada.[3]
- Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles persistentemente elevados de B-hCG o enfermedad maligna.
- Cáncer cervical: no se recomienda colocar un DIU en la mujer que ya tiene diagnóstico de cáncer de cuello, ya que cualquier tratamiento del cáncer (histerectomía o radioterapia) implica su remoción. Si la mujer lo tuviera colocado al momento del diagnóstico, se recomienda no remover hasta el momento del tratamiento para prevenir embarazos que impidan o entorpezcan el tratamiento. En el caso de las **lesiones precancerosas, no hay contraindicación para su uso tanto en el inicio como para la continuidad del método**, ya que su tratamiento no interfiere con el método. Estudios epidemiológicos recientes aportan evidencia consistente de que el uso del DIU está asociado a una reducción en el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, pudiendo así ser utilizados en mujeres con VPH (Virus del Papiloma Humano) y NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical).[4]
- Cáncer endometrial: para el inicio.[5]
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina.
- Anormalidades anatómicas que distorsionen la cavidad uterina.
- EPI actual o antecedente en los últimos 3 meses para el inicio.[6]
- Cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonococo: para el inicio.
- TBC pélvica: para el inicio.
- Enfermedad de Wilson (incidencia de esta patología en EE.UU.: 1 en 200.000).
- Alergia al cobre.

9.1.6. Administración del método

9.1.6.1. Momento de inserción

En la mayoría de las mujeres, puede colocarse el DIU en

3. Categoría de inicio: 4, continuación: 2. Ante alguna sospecha de embarazo o patología subyacente, debe realizarse la evaluación y después reajustar la categoría de acuerdo a los resultados. No hay necesidad de retirar el DIU antes de la evaluación.
4. Ver Organización Mundial de la Salud, 2007- Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Guías de Prácticas Esenciales OMS. 1ra. Ed. Ginebra: Biblioteca OMS.
IPPF., 2007- Declaración del IMAP sobre prevención del Cáncer Cervical y posible Función de la Vacuna el Virus del Papiloma Humano (VPH). Boletín Médico de IPPF. Septiembre 2007, tomo 41, No 3. http://www.amada.org.ar/PDF/consenso_dispositivos_intrauterinos.pdf Castellsagué X, Díaz M, Vaccarella S, de Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, Franceschi S, Meijer CJ, Bosch FX. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. Lancet Oncol. 2011 Sep 12.
5. Categoría de inicio: 4, continuación: 2.
6. Categoría de inicio: 4, continuación: 2. Debe tratarse la EPI con antibióticos adecuados. Generalmente no hay necesidad de retirar el DIU si la usuaria desea continuar con éste. Entre las usuarias de DIU tratadas por EPI, no hubo diferencias en la evolución clínica si se retiró o dejó el DIU. Ver en este capítulo *"Conductas ante intercurrencias infecciosas y no infecciosas."*

cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada.

Una colocación adecuada es el paso fundamental para la prevención de las complicaciones. Debe ser colocado por un/a profesional de la salud adecuadamente entrenado para hacerlo.

Cuadro 9.2. Cuándo comenzar o insertar el DIU.

Durante la menstruación (inserción durante los primeros 5 días del ciclo)	Si bien puede insertarse en cualquier momento del ciclo (siempre y cuando se descarte embarazo), se recomienda que la colocación sea durante el sangrado menstrual debido a: • seguridad de ausencia de embarazo. • mayor facilidad para la inserción: el istmo cervical tiene mayor diámetro y elasticidad (no es absolutamente cierto que el OCI se encuentre más abierto). • el sangrado post inserción no preocupa a la usuaria ya que queda enmascarado por el sangrado menstrual. • nuligestas: puede ser más dificultosa la inserción por estrechez cervical, siendo necesaria la dilatación cervical con bujías de Hegar Nº 2 y 3.
Durante el resto del ciclo menstrual	En cualquier momento si es posible determinar que la usuaria no está embarazada.
Cambio desde otro método	• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no está embarazada. • No necesita esperar a su siguiente menstruación ni un método de respaldo.
Puerperio – Lactancia	• Dentro de las 48 horas post parto. • Si pasaron más de 48 hs, esperar por lo menos 4 semanas para su colocación. • Si ha reiniciado sus menstruaciones, colocar el DIU como se indica en mujeres con ciclos menstruales.

Sigue Cuadro 9.2.

Post aborto	• Aborto del 1º y 2º trimestre, sin infección: inmediatamente dentro de los 12 días posteriores al evento. • Si pasaron más de 12 días, se puede colocar en cualquier momento si existe una razonable certeza de que la usuaria no está embarazada. • Aborto séptico: postergar la colocación hasta tanto se haya completado el tratamiento correspondiente. Ayudar a la usuaria a elegir otro método momentáneamente. • La colocación del DIU luego de un aborto del segundo trimestre requiere entrenamiento específico. De no tenerlo, postergar la colocación hasta por lo menos 4 semanas después del evento.

9.1.6.2. Requisitos previos a la inserción del DIU

Recomendaciones para el equipo de salud:

✓ Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método.

✓ Iniciar la consulta hablando sobre intereses, inquietudes y dudas que traen las usuarias colabora en la construcción de ese vínculo.

✓ Estas inquietudes, que a veces son claras y otras no tanto, necesitan del acompañamiento empático del equipo de salud: trabajar en base a la dificultades, dar espacio para preguntas, invitar a volver ante cualquier duda, y ofrecer material de apoyo son las herramientas con las que, además del conocimiento profesional, cuenta el equipo de salud para realizar ese acompañamiento.

Requisitos indispensables

• *Conversar con la usuaria* en el encuadre de la consulta para dar información sobre el método e identificar posibles contraindicaciones al uso del DIU.

• *Examinar la vagina colocando un espéculo* para descartar una posible infección vaginal o del cuello del útero. También debe realizarse un examen bimanual para determinar el tamaño y la posición del útero.

• *No se requiere que la usuaria firme un consentimiento informado, ni en la historia clínica.* La/el profesional de la salud debe dejar constancia en la historia clínica de que se brindó la información y el asesoramiento correspondiente y que la usuaria seleccionó este método. Esto también aplica a las adolescentes mayores de 14 años, donde tampoco se requiere la firma de los padres.

Solicitud de otros estudios

No es necesario ningún tipo de estudio previo a la colocación de un DIU, con excepción del examen ginecológico bimanual y especuloscopía. Debe arribarse al diagnóstico clínico de "vagina sana", mediante especuloscopía.

Es decir que la mujer puede comenzar a utilizar DIU:

• Sin realizarse exámenes de ITS.

• Sin realizarse un examen de VIH.

• Sin análisis de sangre, ni otras rutinas de laboratorio.

• Sin realizarse una pesquisa de cáncer cervical.

• Sin realizarse un examen de mama.

Si bien en la mayoría de las mujeres no se requieren estudios para la colocación del DIU, si la/el profesional los considera necesarios a partir de la entrevista y el examen ginecológico, deberán solicitarse para garantizar la seguridad del método.

La consulta en la que se coloca el DIU puede ser un buen momento para asesorar sobre la prevención del cáncer génito-mamario y donde se refuerce el uso del preservativo como único método que protege la transmisión de infecciones por vía sexual.

Asesoramiento a la usuaria

Se espera que la información a trabajar con la usuaria sea adecuada en relación a las características del método, ventajas, desventajas, posibles complicaciones y eventuales efectos colaterales:

• *Explicar en qué consiste el procedimiento de colocación, cuánto tiempo va a durar y los cuidados inmediatos,* que sepa que es conveniente que las actividades que realice luego de la colocación no requieran de grandes esfuerzos y pueda tomarse unas horas de descanso.

• *Informar sobre que es posible que sienta alguna molestia o calambre* durante la inserción, pero que para la mayoría de las usuarias resulta un procedimiento completamente tolerable.[7]

• *Dar espacio a preguntas acerca de la percepción de los hilos.* Despejar dudas sobre relaciones sexuales y DIU.

• *Describir los efectos colaterales más frecuentes:* explicar los cambios en el patrón de sangrado (menstruación prolongada y abundante, sangrado irregular), aclarar que los cambios del

7. Menos del 5% siente un dolor severo y sólo el 1% puede experimentar una reacción con sudoración, náuseas, descenso de la presión arterial y eventual pérdida del conocimiento.

sangrado no son signos de enfermedad ni de que el DIU esté mal colocado o esté dañando el útero. De igual modo, informar sobre la posibilidad de mayor dolor durante las menstruaciones. El brindar esta información previamente a la colocación del mismo, es considerado un requisito indispensable.

• *Avisar que estos efectos colaterales suelen disminuir después de los primeros meses de colocación.* Dar información para que, llegado el momento, la persona pueda evaluar y decidir si continúa o no con el método, aún teniendo estos efectos secundarios.

• *Explicar a la usuaria la necesidad de consultar ante la presencia de determinados síntomas que pueden advertir una complicación:* dispareunia (dolor al mantener relaciones sexuales), flujo fétido, prurito, dolor en hipogastrio o abdominal bajo y hemorragia genital que dura más de lo esperado.

• *Habilitar el espacio para concurrir a nuevas consultas* brindando la información necesaria para que pueda acceder: ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Dónde?

• *Disminuir el dolor:* puede administrarse ibuprofeno o paracetamol u otro analgésico 30 minutos antes de la colocación para disminuir el dolor. Evitar la aspirina para no prolongar el sangrado.

Profilaxis antibiótica

No es necesaria la profilaxis antibiótica para la colocación del DIU en una usuaria con vagina sana, salvo en las situaciones en las que por la condición médico-clínica de la mujer la presencia de bacterias en la sangre (que pueden ser movilizadas durante la colocación), genere algún riesgo a su salud (mujeres con reemplazo de válvula cardíaca, endocarditis, diabetes, usuarias inmunocomprometidas, etc.). También deben suministrarse antibióticos cuando la colocación no ha cumplido con todas las normas de asepsia.

Puede considerarse la profilaxis antibiótica para ITS en caso de que la mujer mantenga prácticas que conlleven un alto riesgo de contraer ITS, y/o no pueda realizarse el seguimiento adecuado.

9.1.6.3. Colocación del DIU

Como se mencionó en el punto anterior, para colocar el DIU es indispensable realizar el examen bimanual, para determinar el tamaño y la posición del útero, y la especuloscopía.

Durante el procedimiento:

• Ir explicándole a la usuaria lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilizarla.

• Alertarla previamente a un paso que pueda causarle dolor o que pueda sorprenderla.

• Cada tanto, preguntarle si siente dolor.

Tipos de técnicas de inserción:

Existen dos técnicas de colocación:

• *De Retiro:* utilizada, por ejemplo, para los DIU tipo Multiload.

• *De Empuje:* utilizada para los DIU T de Cobre *(ver Cuadro 9.3. Colocación del DIU con técnica de empuje en página 162)*

Inserción con Técnica De Retiro

En el caso de los DIU que se colocan con la técnica *De Retiro* (por ejemplo, los DIU tipo Multiload), deben realizarse los pasos 1 y 2 igual que en la técnica *De Empuje (Ver imágenes Cuadro 9.3 en página 162)*:

• Asegurar que el brazo vertical del DIU esté completamente dentro del tubo de inserción.

• Ajustar el tope deslizable de acuerdo a lo medido previamente con el histerómetro.

• Introducir lentamente, a través del canal cervical, el tutor con el DIU hasta que el tope deslizable quede en contacto con el cuello. Retirar luego el tubo de inserción. Cortar los hilos del dispositivo a 2 o 3 cm del orificio cervical.

Figura 9.4. DIU tipo Multiload

9.1.6.4. Eventos relacionados con la inserción del DIU

Con frecuencia, al atravesar el orificio cervical interno, suele sentirse una leve resistencia. **Nunca debe ejercerse presión** ni fuerza al introducir el DIU.

Si la introducción del DIU resulta dificultosa, debe **derivarse** a un/a profesional más experimentado. Puede intentarse la dilatación del canal cervical con un dilatador, realizar la colocación bajo control ecográfico, o eventualmente bajo control histerocópico.

La **imposibilidad de insertar el DIU** en el útero es una eventualidad muy infrecuente; puede deberse a intolerancia de la mujer (generalmente por dolor), por la presencia de una sinequia (obstrucción) en el cuello del útero o, rara vez, por una posición uterina en anteversoflexión muy marcada.

• **Efectos vagales:** se trata de una respuesta refleja caracterizada por hipotensión, bradicardia, mareos, pérdida de conocimiento, sudoración.

Conducta inmediata:

- ✔ Colocar a la usuaria en posición de Trendelenburg.
- ✔ Eventual uso de ½ ampolla de atropina subcutánea.
- ✔ Suspender la maniobra de colocación.

Puede reintentarse la colocación luego de la recuperación clínica de la usuaria y con su consentimiento.

• **Dolor durante la inserción y/o en las primeras 24 horas:** tratamiento con AINE's y/o antiespasmódicos.

• **Hemorragia por la pinza Erina:** hemostasia por compresión.

• **Perforación uterina:**

- ✔ Suspender la colocación.
- ✔ Reposo.
- ✔ Indicar antibioticoterapia profiláctica.
- ✔ Abstinencia sexual durante 7 días.
- ✔ Control clínico a las 48 hs.

Inserción con Técnica De Empuje

Cuadro 9.3. Colocación del DIU con técnica De Empuje para DIU T de Cobre

PARTES INTEGRANTES DEL DIU

1. PASOS PREVIOS

- Antes del procedimiento, la usuaria debe evacuar la vejiga.
- Realizar examen ginecológico bimanual.
- Colocar un **espéculo vaginal** y visualizar el cuello uterino.
- Limpiar el cuello y la vagina con una solución antiséptica como el yodo.
- Tomar el labio anterior del cuello uterino con una pinza Pozzi o Erina (labio posterior si el útero está en retroversoflexión) y mantener una tracción suave durante todo el procedimiento. Esta maniobra facilita la inserción, dado que reduce la angulación entre el canal cervical y la cavidad endometrial.
- **Medir** la cavidad endometrial con **histerómetro**, hasta tocar el fondo uterino.

2. PREPARACIÓN DEL DIU

FIGURA 1

FIGURA 2

- Es preferible usar la técnica de inserción "sin tocar" que consiste en colocar el DIU en el tubo de inserción mientras ambas partes aún están en la envoltura estéril. En caso de no utilizar esta técnica colocarse guantes estériles para manipular el DIU.

- Asegurar que el brazo vertical de la T esté completamente dentro del tubo de inserción.

- Colocar el envase sobre una superficie dura, plana y limpia, con la parte del plástico transparente hacia arriba.
Abrir parcialmente el envase desde el extremo marcado "ABRIR" ***("open").***

- Colocar el émbolo dentro del tubo de inserción, casi tocando el extremo de la "T".

- A través de la cubierta de plástico transparente, tomar con los dedos pulgar e índice los extremos de los brazos horizontales de la "T", y doblarlos hacia el cuerpo de la "T" hasta que queden retenidos dentro del tubo de inserción, mientras con la otra mano se maniobra el tubo, para facilitar la introducción.

EL DIU NO DEBE PERMANECER MÁS DE 5 MINUTOS DENTRO DEL TUBO DE INSERCIÓN PARA QUE, AL LIBERARLO, LA APERTURA DE LOS BRAZOS SE RECUPERE RÁPIDA Y CORRECTAMENTE.

3. AJUSTE DEL TOPE DESLIZABLE

FIGURA 3

- Ajustar el tope deslizable marcador de longitud uterina (generalmente de color azul) con ayuda de la escala impresa en la etiqueta del envase, de acuerdo a lo medido previamente con el histerómetro. El tope debe ubicarse en el mismo plano que los brazos de la "T".

- El DIU T Cu 380 ya está listo para su inserción.

4. INSERCIÓN DEL DIU

FIGURA 4

Introducir lentamente a través del canal cervical el montaje de inserción cargado. Avanzar hasta que la "T" haga contacto con el fondo uterino y el tope deslizable quede en contacto con el cuello. Asegurar que el tope esté en un plano horizontal.

FIGURA 5

Con una mano, mantener el émbolo fijo. Mientras, con la otra mano, retirar el tubo de inserción no más de 1-2 centímetros. De este modo se abrirán los brazos de la "T".

Sigue 4. Inserción del DIU

FIGURA 6

Una vez que los brazos han sido liberados, empujar cuidadosamente el tubo de inserción hacia el fondo uterino, hasta sentir una suave resistencia. Este paso asegura que los brazos de la "T" queden lo más arriba posible en el útero. Una fuerza excesiva podría provocar una perforación del fondo.

FIGURA 7

Retirar lentamente del canal cervical: sacar primero el émbolo (manteniendo el tubo de inserción fijo) y retirar luego el tubo de inserción. Cortar los hilos del dispositivo a 2 ó 3 cm del orificio cervical.

5. EXTRACCIÓN DEL DIU

- La extracción o remoción del DIU se realiza en unos pocos minutos.
- Cumplir con antisepsia rigurosa igual que en la colocación.
- Traccionar suavemente, con una pinza, de los hilos del dispositivo. No tomar de las puntas, sino de un punto lo más alto posible. Una excesiva fuerza en la tracción puede cortarlos.
- Durante la extracción, la mujer puede experimentar alguna molestia como dolor tipo cólico, sangrado o mareo. Contemplar un tiempo para su recuperación.

9.1.6.5. Control post inserción. Seguimiento

El control del DIU de cobre es clínico: se realiza una especuloscopía para observar los hilos y detectar si existe algún proceso infeccioso.

Controles sugeridos en los casos en que sea posible:[8]

• A los 7 días de la colocación. Se sugiere durante esta semana la abstinencia sexual, no usar tampón vaginal ni realizar baño de inmersión.

• Después de la menstruación siguiente a la inserción.

• Cada 6 meses.

Puede instruirse a la usuaria sobre cómo controlar los hilos del DIU, introduciendo los dedos en la vagina.

La ecografía no es un estudio que deba solicitarse de rutina. Si en el examen los hilos no se observan, tienen un largo mayor al que se dejó al cortarlos o la mujer presenta sangrado o dolor persistente, se solicitará una ecografía, para observar su posición intraútero.

En cada visita, es importante, además, reforzar la necesidad de consultar ante la presencia de ciertos síntomas como dolor pelviano intenso, flujo fétido y abundante.

En caso de que se presente un sangrado anormal o ausencia de la menstruación, debe realizarse un test de embarazo. Asimismo, debe reforzarse el uso asociado del preservativo, para prevenir las ITS.

Al solicitar rastreo ecográfico para valorar la posición intrauterina del DIU se recomienda valorar su distancia con respecto al endometrio y al orificio cervical interno (OCI), considerándose ***en correcta ubicación cuando el DIU se encuentre por encima del OCI, independientemente de la distancia al endometrio fúndico o a la serosa uterina****.*

9.1.6.6. Cómo suspender el método: extracción del DIU

La **extracción del DIU** suele ser un procedimiento sencillo, no complicado. Puede hacerse al final de la vida útil del DIU o a pedido de la mujer, ya sea porque quiere abandonar el método o desea buscar un embarazo, por intolerancia, por razones médicas, o en la menopausia.

Para extraerlo, se toman los hilos del DIU con una pinza y se tracciona suavemente de los mismos *(ver Cuadro 9.3)*. Puede hacerse en cualquier momento del ciclo menstrual.

Si al traccionar de los hilos, el DIU no puede extraerse, puede citarse a la usuaria durante la menstruación, puesto que el cérvix está más relajado. Alternativamente, puede intentarse rectificar el eje del útero, tomando el labio anterior del cérvix con una pinza Erina y traccionando suavemente de éste. Si de todos modos no se puede remover, debe derivarse a un/a profesional más experimentado/a para intentar la dilatación del canal cervical con un dilatador.

La mujer puede solicitar que se le retire el DIU en cualquier momento que ella lo desee.

8. "Consenso sobre Dispositivos Intrauterinos", elaborado por: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA), Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Centro de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA). Publicado en Revista AMADA Vol. 2 Nº 1, páginas 5 a 25, Buenos Aires, Agosto de 2006.

Síndrome de hilos perdidos:

Si los **hilos no asoman a través del orificio cervical externo,** existen tres posibilidades:

1) que los hilos se hayan deslizado dentro de la cavidad uterina (generalmente se ubican en el canal).

2) que el DIU se haya expulsado.

3) que el DIU haya migrado a la cavidad peritoneal.

Inicialmente, se descarta que no estén atrapados en el canal, tratando de *recogerlos a ciegas* con una pinza muy fina o con un citobrush para toma de Papanicolaou (se lo introduce con un movimiento giratorio, intentando que los hilos se enganchen en el citobrush). Cuando los hilos aparecen por el orificio cervical externo, se retira el DIU con la técnica habitual. En estos procedimientos deben cuidarse las reglas de asepsia en todo momento.

Si por el contrario, no logran captarse los hilos en el canal, debe constatarse la presencia del DIU intraútero mediante una ecografía. Si no se ubica el DIU mediante este estudio, se solicita una radiografía de abdomen para descartar que el DIU haya migrado a la cavidad peritoneal. Esto debe sospecharse especialmente si la mujer ha sufrido dolores abdominales y pelvianos.

Cuando el DIU está ubicado dentro del útero, puede intentarse:

• La extracción de la cavidad con una *cureta fina*, siempre que la usuaria tolere el procedimiento.

• Cuando esto no es factible, debe recurrirse a un legrado o a una histeroscopía.

• Si la placa muestra la presencia del DIU en cavidad peritoneal, se recomienda su extracción por laparoscopia (o laparotomía, si no se dispone de laparoscopia).

Si el DIU no se observa en la ecografía ni en la radiografía, significa que la mujer lo ha expulsado. Un 10% de las expulsiones pueden ser asintomáticas.

9.1.6.7. Reinserción del DIU

Una vez cumplido el tiempo de vida útil del dispositivo, si la mujer desea continuar con el método, puede **colocarse un nuevo DIU. Se sugiere que la extracción y la colocación se realicen en el mismo procedimiento**, manteniendo las pautas de asepsia. El diferir la colocación a un segundo tiempo aumenta el riesgo de embarazo no planificado durante el intervalo, y también los riesgos de infección.

9.1.7. Efectos secundarios

Como se plantea en el ítem *Asesoramiento a la usuaria* (ver página 159), es importante conversar con la usuaria sobre los posibles efectos secundarios relacionados al uso del método, ya que la mayoría de ellos **disminuye o desaparece en los primeros meses de uso.**

Si bien los efectos adversos se observan frecuentemente, no todas las mujeres los presentan. Además de brindarle información, es importante preguntar y escuchar cómo afectan estos cambios la vida cotidiana de la usuaria, para valorar la necesidad de tomar alguna conducta.

Son efectos secundarios posibles:

• *Aumento del sangrado menstrual / cambios en el patrón menstrual:* es un efecto secundario frecuente; puede producirse aumento en la cantidad o en la duración

del sangrado. Algunas mujeres presentan coágulos; en otras ocasiones puede presentarse spotting (goteo) previa y/o posteriormente al sangrado menstrual, o spotting intermenstrual. Con frecuencia, el sangrado disminuye después de los 3 a 6 meses de la inserción.

El aumento del sangrado es **uno de los principales motivos de extracción**, especialmente dentro del primer año de uso (4 a 15% de las usuarias). Es fundamental brindar un adecuado asesoramiento sobre este tema, antes de la colocación del dispositivo, para favorecer la continuidad de su uso.

Una complicación asociada al incremento de la pérdida de sangre es la anemia. Es muy importante tener en cuenta este efecto secundario en aquellas mujeres que habitualmente tienen sangrados muy abundantes o tienen bajos niveles de hemoglobina, para asesorarlas adecuadamente.

En caso de que el sangrado continúe o comience luego de un período de menstruaciones regulares, deberá evaluarse con:

- Examen clínico.
- Ecografía.
- Citología y colposcopia.
- Análisis clínicos complementarios: test de embarazo, hemograma, coagulograma, ferremia.

• *Expulsión del DIU:* las contracciones uterinas pueden generar la expulsión total o parcial del DIU a través del cérvix. En la mayoría de los casos, la mujer experimenta fuertes dolores y goteos o sangrados previamente a la expulsión, aunque en un 10% de los casos, la expulsión puede ser asintomática. Por ello es importante controlar el DIU periódicamente.

Se reconocen cuatro situaciones distintas:

✓ **Expulsión parcial:** extremo inferior del DIU por debajo del orificio cervical interno (OCI).

✓ **Expulsión total:** todo el DIU por debajo del OCI.

En caso de expulsión total o parcial se procederá a la extracción y a la recolocación de otro DIU, previa confirmación que la usuaria no está embarazada.

✓ **Descenso del DIU:** cuando hay evidencia clínica o ecográfica de que el DIU se alejó del endometrio fúndico pero está por encima del OCI. En estos casos, no está indicada su extracción ni su recambio. Se recomienda control clínico y/o ecográfico más frecuente (60 a 90 días) durante 6 meses, para verificar su permanencia intraútero y luego continuar con los controles habituales.

✓ **Posiciones anómalas del DIU in situ con respecto al eje uterino:** se procede a la extracción cuando exista riesgo de perforación uterina, incrustación en el miometrio, translocación o fracaso del método.

• *Perforación uterina:* es una de las complicaciones más graves y está asociada a la inserción del dispositivo. Es muy infrecuente (aproximadamente 1 en mil inserciones) y está estrechamente relacionada con la habilidad del profesional que lo coloca.

Puede ser corporal o cervical, parcial o total, con o sin translocación del DIU.

✓ **Perforación total con translocación del DIU:** se procederá a la extracción quirúrgica del DIU por laparoscopia, laparotomía, o cistoscospía (cuando migre a la vejiga).

✓ **Perforación total sin translocación:** de ser factible se extraerá el DIU por vía vaginal.

✓ **Perforación parcial:** si hay perforación de la serosa,

se procederá a la extracción quirúrgica por laparoscopia o laparotomía. Si hay incrustación miometrial sin perforación de la serosa, se realizará la extracción por vía vaginal con control histeroscópico o ecográfico.

Se podrá colocar otro DIU post perforación **luego de transcurridos 90 días** a fin de lograr la restitución de la pared uterina.

• *Dolor pelviano:* puede ser intramenstrual (dismenorrea o algomenorrea), intermenstrual o sin relación con el ciclo menstrual. Se realizará la valoración clínica para determinar su relación con el DIU y descartar otras etiologías.

Tratamiento:

✔ AINE's y/o antiespasmódicos.

✔ Disminución de la actividad física intramenstrual.

✔ Si no mejorase: extracción del DIU y elección de otro método.

• *Leucorrea:* descartada la causa infecciosa, dicha leucorrea se considerará debido al efecto del DIU sobre el endocérvix.

Se procederá al tratamiento de la **ectopia** si la hubiera.

• *Infección post colocación:* es una complicación infrecuente (< al 0,3%) si el DIU es colocado respetando la técnica y las normas de asepsia. En general, se presenta dentro de los primeros 30 días, por lo cual toda infección posterior a ese plazo no es vinculable al procedimiento de la colocación.

9.1.8. Conducta ante intercurrencias infecciosas y no infecciosas

Aquí se presenta la conducta a seguir ante una usuaria con DIU que presenta embarazo, citología oncológica anormal o complicaciones infecciosas.

Embarazo

Inicialmente debe determinarse, mediante ecografía (preferentemente transvaginal) si se trata de embarazo ortotópico con vitalidad fetal conservada o embarazo ectópico.

• *Embarazo ortotópico:* si se produce un embarazo en una mujer con DIU, la probabilidad de aborto es del 50% (mucho mayor que la probabilidad natural, que es del 15%). En caso de *no extraerse el DIU,* existe mayor riesgo de aborto en el 2° trimestre, aborto séptico o parto pretérmino. Si el DIU permanece *intraútero* **no se incrementa el riesgo de malformaciones**, trastornos genéticos o mola.

Conducta: verificar por ecografía la posición del DIU respecto del saco gestacional.

> *El DIU debe extraerse siempre que esté por debajo del saco gestacional (independientemente de la edad gestacional) a los fines de disminuir la posibilidad de aborto.*

Condiciones para la extracción:

• Consentimiento informado.

• Que la porción superior del DIU no esté en contacto íntimo con el saco gestacional.

• Presencia de los hilos en el conducto cervical.

• Indicar reposo, hidratación y abstinencia sexual de la usuaria por 24 hs.

• No hay evidencia científica acerca de la utilidad de administrar medicación úteroinhibidora.

Se contraindica la extracción:

• Si el DIU está por arriba o en contacto íntimo con el saco gestacional.

• Si no se visualizan los hilos en el canal cervical.

• *Embarazo extrauterino o ectópico:* el DIU disminuye el riesgo de embarazo ectópico mientras está colocado, es decir que el riesgo de un embarazo ectópico es menor en la usuaria de DIU que en la mujer que no utiliza ningún método anticonceptivo. Dado que la capacidad de este dispositivo para prevenir el embarazo ectópico es menor que para evitar la gestación intrauterina, cuando una mujer usuaria de DIU queda embarazada, existen más probabilidades de que el embarazo sea ectópico.

Comparado con los ACO, el DIU presenta una proporción más elevada de embarazo ectópico, dado que los ACO directamente evitan la ovulación. La tasa de embarazo ectópico en usuarias de DIU es menos de 1,5 embarazos por cada 1000 mujeres año-uso.

Citología oncológica anormal y DIU:

En la mayoría de los casos, la presencia de una citología anormal no indica retirar el DIU. En caso de que la usuaria deba realizar tratamiento de su patología oncológica y sea necesaria su extracción, el DIU no deberá removerse hasta que se inicie dicho tratamiento.

Su remoción sólo se hará previamente cuando sea necesario para la estadificación, o para completar estudios diagnósticos. En ese caso, debe administrarse un método anticonceptivo alternativo.

Debe extraerse el DIU en caso de conización o de braquiterapia.

Complicaciones infecciosas

Aunque el riesgo de **enfermedad inflamatoria pelviana (EPI)** en portadoras de DIU es bajo (0,15%), ésta estaría vinculada al momento de la inserción, manifestándose durante las primeras semanas siguientes a este evento.

El riesgo de infección del TGS aumenta del 1,5 al 2% dentro de los 20 días posteriores a su colocación. Una vez superado este período, no se demostró aumento de riesgo de EPI vinculado al DIU.

Las mujeres que presentan infecciones cervicovaginales al momento de la inserción tienen un riesgo aumentado de 10 a 20 veces (3 a 5%).

Conducta frente a la aparición de un cuadro de infección del tracto genital superior (ITGS):

✓ **No hay evidencia que demuestre que la remoción del DIU modifique favorablemente la evolución de la ITGS**.

✓ Se admite que quede a criterio del/la médico/a tratante la decisión de extraer o mantener in situ el DIU, teniendo en cuenta los deseos de la usuaria.

✓ Cuando la usuaria con ITGS no desea mantener el DIU, la remoción debe realizarse después de comenzado el tratamiento antibiótico: 30 minutos si es por vía parenteral y 3 horas si es por vía oral (a fin de garantizar una concentración

plasmática adecuada del antimicrobiano).

- Cuando la usuaria con ITGS desea mantener el DIU, no es necesario extraerlo. En este caso, si el cuadro clínico no mejora dentro de las primeras 24 a 48 hs de iniciar el tratamiento antimicrobiano, deberá retirarse el dispositivo y continuar la terapia antimicrobiana.

- En los casos en que se decide la no remoción del DIU, es muy importante que la/el profesional se asegure de que la usuaria concurra al control.

- Cuando se extrae el DIU, es conveniente aconsejar otro método anticonceptivo e informar acerca de la anticoncepción de emergencia.

- La presencia del DIU no modifica los criterios de internación de una usuaria con ITGS (estadio, posibilidad de tratamiento ambulatorio y seguimiento).

- Para el tratamiento de ITGS se emplearán los esquemas antimicrobianos habituales según los protocolos de tratamiento.

9.2. SISTEMA DE LIBERACIÓN INTRAUTERINO MEDICADO CON *LEVONORGESTREL* (SIU LNG) O ENDOCEPTIVO*

Puntos clave

- El sistema de liberación intrauterino con *levonorgestrel* (SIU LNG) o endoceptivo es un método reversible, altamente efectivo y cómodo.
- Puede ser usado en forma segura por la mayoría de las mujeres, aunque está especialmente indicado en mujeres que tienen menstruaciones muy abundantes, porque reduce sustancialmente el flujo menstrual.
- El efecto adverso más frecuente del SIU es el goteo sanguíneo persistente posteriormente a su colocación.
- No ofrece protección contra ITS.
- Puede reducir el riesgo de enfermedad pelviana inflamatoria.
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.

(*) En este capítulo se presenta sólo lo esencial sobre Sistema de Liberación Intrauterino (SIU).

El *Endoceptivo o Sistema de Liberación Intrauterino de Levonorgestrel (SIU LNG)* es un moderno método anticonceptivo de larga duración, seguro y eficaz. Si bien cualquier mujer puede usar el endoceptivo, está especialmente indicado en aquellas mujeres que tienen menstruaciones muy abundantes, dado que su principal ventaja es reducir el sangrado menstrual en forma significativa.

Es un **dispositivo en forma de T** que se coloca en el interior del útero, similar a un DIU T de cobre, pero se diferencia de éste en que **libera una sustancia llamada *levonorgestrel***, en forma constante, durante un período de ***5 años***.

El *levonorgestrel* es una sustancia hormonal usada desde hace mucho tiempo en los anticonceptivos por vía oral y en la terapia de reemplazo hormonal. En el caso del endoceptivo, el *levonorgestrel* es liberado dentro del útero, donde produce atrofia del endometrio. La concentración del *levonorgestrel* es muy alta en el útero, pero casi no se absorbe al resto del organismo.

Inicialmente, el SIU LNG surgió como alternativa anticonceptiva al DIU, para evitar los sangrados menstruales muy abundantes (hipermenorrea) que éste produce en algunas usuarias. Sin embargo, hoy también es indicado en mujeres con hipermenorrea (independientemente de la necesidad de anticoncepción) como alternativa a los clásicos tratamientos quirúrgicos. De esta manera, la mujer evita la cirugía, solucionando su problema de manera menos invasiva.

9.2.1. Mecanismo de acción

El *levonorgestrel* liberado por el endoceptivo produce cambios en el moco cervical que impiden el ascenso de los espermatozoides. Además, la alteración del endometrio evita que los espematozoides sufran los cambios que necesitan para poder fecundar al óvulo.

El *levonorgestrel* también puede inhibir la ovulación durante los primeros ciclos post colocación, dado que los niveles de levonorgestrel son más altos, pero su interferencia con la función ovárica es mínima.

9.2.2. Eficacia anticonceptiva

El efecto anticonceptivo dura 5 años. Actualmente, se llevan a cabo algunos estudios para determinar si puede utilizarse por más tiempo.

Grado de satisfacción de las usuarias: Más del 90% de las usuarias de SIU LNG refieren un alto grado de satisfacción con el método.

9.2.3. Recuperación de la fertilidad

La posibilidad de concepción posterior a su remoción es del 80% durante el primer año, similar a la tasa de embarazo en las parejas sanas.

9.2.4. Protección contra las ITS/VIH

El SIU LNG no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida ni otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

9.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método[9]

En general, la mayoría de las mujeres pueden utilizar el SIU LNG como método anticonceptivo en forma segura. Sus principales ventajas son la alta eficacia anticonceptiva, de

9. Para más información, consultar *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. 4ta Ed. OMS

acción prolongada y reversible, y la posibilidad de reducir el sangrado.

La drástica reducción del sangrado reduce el riesgo de anemia por déficit de hierro. Disminuye el riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana debido a que cambia las características del moco cervical, dificultando el ascenso de los microorganismos al útero.

El *levonorgestrel* liberado por el endoceptivo produce cambios en el endometrio que previenen la hiperplasia endometrial. La hiperplasia de endometrio es una enfermedad benigna, pero que en algunos casos puede derivar en un cáncer de endometrio.

BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS DEL SIU LNG:

- Menor riesgo de embarazo ectópico (0,02 a 0,06 /100 mujeres año-uso).
- Disminución del sangrado menstrual.
- Disminución del riesgo de anemia.
- Disminución de los dolores menstruales (por reducción del flujo menstrual).
- Cambios en el moco cervical que reducen el riesgo de EPI (se dificulta el ascenso de los microorganismos).
- Prevención de hiperplasia endometrial (menor riesgo de cáncer de endometrio).
- Tratamiento alternativo de la endometrosis profunda.

9.2.6. Administración del método

Ver punto 9.1.6. en DIU medicado con cobre, página 157 y el prospecto adjunto al dispositivo.

9.2.7. Efectos secundarios

• **Amenorrea:** el endoceptivo produce amenorrea en el 50% de las usuarias a los 2 años de uso. Si bien esto es considerado una ventaja por muchas mujeres, otras prefieren tener la menstruación regularmente y les desagrada dejar de menstruar. Es fundamental el asesoramiento previo a la colocación.

• **Goteo persistente:** se trata de un goteo escaso y persistente que suele presentarse en los primeros meses después de la colocación. Esto también debe ser informado previamente a la colocación del dispositivo para garantizar la continuidad del uso.

• **Tensión mamaria:** es un efecto adverso raro, que no genera ningún riesgo de cáncer de mama. Suele desaparecer después de los primeros 6 meses de uso.

• **Cambios en el humor, retención de líquido, acné:** son efectos adversos muy poco frecuentes.

• **Aparición de quistes foliculares ováricos:** suelen aparecer en los primeros ciclos post colocación y se reabsorben espontáneamente.

Capítulo 10
Anticoncepción quirúrgica

Puntos clave

- Método anticonceptivo permanente que se realiza a través de una muy pequeña operación.
- Es recomendado para las personas que no desean tener hijos, o que tienen y no desean tener más, ya que en general no es reversible.
- Generalmente se conoce a la anticoncepción quirúrgica (AQ) por los nombres de las dos operaciones: ligadura de trompas o tubaria (LT) en las mujeres y vasectomía en los varones.
- Para su realización, SÓLO se requiere ser mayor de edad, capaz[1], recibir una consejería adecuada a fin de firmar un consentimiento informado.

1. La definición de "capaz" es en términos judiciales: significa no estar incapacitado judicialmente.

10.1. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA - GENERALIDADES

La **Ley Nacional 26.130 de Contracepción Quirúrgica**[2], sancionada en el año 2006, establece que todas las personas capaces y mayores de edad (mayores de 18 años), pueden acceder a la LT y a la vasectomía de manera gratuita. Estos métodos anticonceptivos están disponibles para ser elegidos y deben ser incluidos en las consejerías en salud sexual y reproductiva.

Antes de sancionada la ley, la anticoncepción quirúrgica quedaba reservada a las situaciones en las que el médico consideraba que un embarazo podía representar un riesgo para la salud de la mujer. A partir de la sanción de la Ley 26.130, son las personas las que deciden si desean adoptar o no este método anticonceptivo.

*La ley establece que **la AQ debe realizarse de manera gratuita, tanto si se realiza en hospitales públicos o a través de obras sociales y prepagas.** La **Resolución del Ministerio de Salud Nº 755/06** establece que obras sociales y prepagas deben cubrir el 100% de la intervención.*

10.1.1. Requisitos para acceder a la AQ

La Ley 26.130 establece los siguientes requisitos para que la/el profesional realice la anticoncepción quirúrgica:

1. Que la persona solicitante sea capaz y mayor de edad (18 años).

2. Que la persona solicitante otorgue su consentimiento informado a partir de haber recibido información clara y

2. Esta es una ley nacional, de aplicación en todo el país. No requiere adhesión de las provincias.

completa en un espacio de consulta adecuado.

NO SON REQUISITOS:

1. Que haya tenido hijos.

2. Que firmen el consentimiento los padres, pareja, cónyuge o conviviente.

3. Que presente una autorización judicial, salvo en los casos de personas declaradas judicialmente incapaces.

10.1.2. Consejería

La persona que solicite la ligadura o la vasectomía debe ser informada por la/el médica/o o un equipo interdisciplinario sobre:

1. La naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar.

2. Otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos autorizados que pueden ser una alternativa a la AQ: existencia y disponibilidad de otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos.

3. Las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias.

Esto incluye:

- Explicación detallada sobre el método.
- Técnicas quirúrgicas y tipo de anestesia.
- Estudios prequirúrgicos a realizar.
- Cuidados y seguimiento post quirúrgicos.
- Complicaciones a corto y largo plazo. Implicancias sobre la salud.
- Efectividad. Tasa de falla.
- Reversibilidad.

10.1.3. Recomendaciones para el equipo de salud que realiza la consejería

Debido al carácter permanente de este método, es importante que la persona que esté considerando la AQ piense cuidadosamente si querrá o no tener hijos (en caso de que no los tenga) o tener más hijos en el futuro.

El encargado de realizar la consejería en salud sexual y reproductiva, puede ayudar a la persona a pensar acerca de esta cuestión y tomar una decisión informada. Si la respuesta ante el planteo del equipo de salud es "Sí, yo podría querer tener más hijos", debe recomendarse otro método anticonceptivo.

Es útil acompañar la consejería con apoyo gráfico para que la usuaria y el usuario cuenten con este material, que puedan llevárselo e informarse para tomar una decisión consciente o para conocer más detalles antes de la AQ.

Cuando una persona solicita información sobre anticoncepción quirúrgica, es recomendable brindar información tanto de la ligadura tubaria como de la vasectomía, remarcando las principales diferencias entre ambos procedimientos. En caso de que la persona no se encuentre con su pareja, puede sugerirse que lo charle posteriormente con ella, facilitándole material informativo para que comparta con él/ella y, si lo desea, invitar a la pareja a concurrir a la consulta.

10.1.4. Momento de la consejería

Es importante que la decisión de realizar la AQ sea tomada en un momento en que la persona se encuentre sin presiones (o con las menores presiones posibles), pudiendo tomarse el tiempo que necesite para informarse, reflexionar, conversar con su pareja si la tiene y lo desea, y volver a la consulta para aclarar dudas.

Por este motivo, el equipo de salud debe estar atento a realizar la consejería en salud sexual y reproductiva en el momento oportuno.

En muchos casos, la internación para el parto o cesárea es una oportunidad para la realización de la AQ en mujeres. Los controles del embarazo son la mejor oportunidad para que la mujer pueda solicitar la AQ o donde, a partir de la consejería, la mujer se decida por este método.

Esto requiere del trabajo coordinado entre los equipos de salud que atienden a la mujer embarazada con los del servicio donde se realizará el parto, para facilitar la confianza entre los equipos y de esta manera asegurar que sean aceptados el consentimiento informado y la consejería hechas en el primer nivel de atención.

Si no se puede ofrecer orientación durante el período prenatal (ya sea durante los controles del embarazo o la internación del parto), se lo puede hacer durante el post parto inmediato, una vez que la mujer haya pasado la tensión del parto y no esté bajo efectos residuales de la anestesia ni de los sedantes.

El equipo de salud también debe recordar informar sobre la vasectomía durante la consejería, aprovechando especialmente que algunas mujeres concurren acompañadas por sus parejas a los controles del embarazo o curso prenatal.

Algunas situaciones vitales de las personas pueden incidir en que tomen decisiones de forma reactiva que restringen sus posibilidades de autonomía (por ejemplo, reacción a la pérdida de una relación afectiva, o que sea víctima de coacción por parte de su pareja o familia). En estos casos, es conveniente que la/el profesional se apoye en el trabajo con el equipo de salud para buscar la manera más adecuada de realizar el acompañamiento para la toma de decisiones.

> *La decisión acerca de realizar o no la cirugía, pertenece sólo a la persona. Las y los profesionales de la salud tienen el deber de asegurarse que la decisión sea tomada por la propia persona y que no esté presionada o forzada por nadie.*

10.1.5. Consentimiento informado

"El consentimiento informado implica una declaración de voluntad suficiente efectuada por un/a usuario/a, por la cual, luego de brindársele una clara, precisa y adecuada información referida a la dolencia, al procedimiento o intervención que se le propone como médicamente aconsejable, éste decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención."[3-4]

Por ello es fundamental que la consejería que se brinda sea

3. HIGHTON, Elena y WIERZBA, Sandra M., "La relación médico-paciente; el consentimiento informado", p. 11, Ed. Ad_hoc, 1991.
4. (2) Ley 26.529 – SALUD PUBLICA – Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. (B.O. N° 31785) Artículo 5°: Definición: Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

detallada, precisa y acorde a la capacidad de comprensión de la persona, de forma de brindar información lo suficientemente clara que le permita tomar la decisión de realizarse la LT o la vasectomía.

El consentimiento informado deberá otorgarse por escrito, dejando constancia que la persona fue informada por parte del equipo de salud sobre diferentes métodos anticonceptivos y sobre las características de la anticoncepción quirúrgica, antes de tomar la decisión de realizar la práctica.[5]

La/el profesional de la salud debe dejar constancia por escrito en la historia clínica que proporcionó esta información, y la persona debe firmar el **consentimiento informado**, que **debe constar en la historia clínica**.

Cada hospital puede tener su propio modelo de consentimiento informado. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación ofrece un modelo posible para que pueda ser utilizado por los establecimientos de salud.[6]

10.1.6. El gran mito: ¿Y si después se arrepiente?

Muchas veces las/os profesionales viven con preocupación que la persona, luego de realizada la AQ, se arrepienta. Las investigaciones indican que la tasa de arrepentimiento es muy baja.

En las situaciones de arrepentimiento, la/el profesional de la salud no tiene responsabilidad legal si se otorgó el consentimiento informado y éste consta en la historia clínica de la usuaria o el usuario.

Una adecuada consejería preoperatoria, en donde se escuche y se respondan todas las dudas de la usuaria o el usuario, es fundamental para que la persona haga una elección informada, despejada de dudas y preste su consentimiento informado. De esta manera disminuye al mínimo la incidencia de arrepentimiento.

10.1.7. AQ en personas incapaces

En el caso de las personas declaradas judicialmente incapaces, el artículo 3 de la Ley 26.130 establece como requisito obligatorio una solicitud judicial del representante legal para realizar la AQ.

10.1.8. Negativa profesional a realizar la AQ

Toda persona, sea médica/o o personal auxiliar del sistema de salud, tiene el derecho a ejercer su objeción de conciencia. Sin embargo, esto no puede ser motivo para que se niegue la práctica a la persona que la requiera.

El artículo 6 de la Ley 26.130 de AQ establece que la **institución debe garantizar que el procedimiento se realice**. Dice textualmente: "Las autoridades del establecimiento asistencial están obligadas a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata para que la práctica se lleve a cabo".

La anticoncepción quirúrgica es un derecho. Ante una persona que la solicita, debe realizarse la consejería en salud sexual y reproductiva a fin de lograr el consentimiento informado de la persona y debe garantizarse su derecho.

5. Ley 26.529 – SALUD PUBLICA – Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. (B.O. N° 31785). Articulo 7°: Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito: a) Internación; b) Intervención quirúrgica; c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;e) Revocación.

6. Para descargar el documento científico del PNSSyPR sobre anticoncepción quirúrgica y el modelo de consentimiento informado sugerido: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.asp

10.2. LIGADURA TUBARIA

Puntos clave

- Método anticonceptivo permanente para la mujer. En general, no es reversible.
- Se conoce también como: ligadura de trompas, salpingectomía, esterilización tubaria, atadura de trompas.
- No hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la LT como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo.
- Para descargar el documento científico del PNSSyPR sobre anticoncepción quirúrgica y el modelo de consentimiento informado sugerido: www.msal.gov.ar/saludsexual, http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.asp

La ligadura tubaria es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas de Falopio, con el fin de evitar la unión de las gametas (óvulo-espermatozoide).

10.2.1. Mecanismo de acción

La oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas de Falopio evita que los óvulos liberados por los ovarios puedan desplazarse a través de las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides.

Figura 10.1. Ligadura tubaria

10.2.2. Eficacia anticonceptiva

La LT es un método altamente efectivo, alcanza el 99,5% de efectividad.

10.2.3. Recuperación de la fertilidad

La cirugía para revertir la ligadura tubaria es difícil, costosa, no siempre es efectiva y no está disponible en el sistema público de salud. La ley Nacional 26.130 no garantiza esta práctica.

Para lograr un embarazo luego de una LT, también pueden practicarse técnicas de fertilización asistida. El sistema de salud no garantiza, a la fecha, tratamientos de fertilidad asistida.

Igualmente, hay que tener presente que la mayoría de las mujeres que deciden realizarse la anticoncepción quirúrgica no se arrepienten de su elección cuando han recibido una adecuada consejería.

Se estima que menos del 4% de las mujeres pueden llegar a solicitar en un futuro la recanalización de las trompas.

10.2.4. Protección contra ITS/VIH

La ligadura tubaria no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

10.2.5. Quién puede y quién no puede usar el método

> *Según la OMS, no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la LT como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.*[7]

Las recomendaciones de los Criterios de elegibilidad de la OMS tienen más bien relación con la posibilidad de efectuar el procedimiento quirúrgico de manera segura, y no con el método en sí mismo.[8]

7. Para más información consultar "Criterios de elegibilidad de la OMS", 4 Edición, 2009.
8. Ver Capítulo 4 Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos.

Cuadro 10.1. Situaciones en las que se recomienda "Aceptar", tener "Cuidado", "Retrasar" o tener cuidados "Especiales" durante la intervención de LT, de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

Categoría	Criterios de elegibilidad de la OMS		
A Aceptar	No hay razones médicas para negar la realización de la ligadura a una persona en esta condición.	- Nulípara. - Mujeres que han tenido 1 o más partos. - Lactancia. - Postparto menor a 7 días o luego de los 42 días de puerperio. - Preeclampsia leve. - Postaborto sin complicaciones. - Antecedente de embarazo ectópico. - Tabaquista. - Antecedente de HTA durante el embarazo. - Antecedente personal o familiar de TVP/EP. - Cirugía mayor sin inmovilización prolongada. - Cirugía menor sin inmovilización. - Mutaciones trombogénicas conocidas. - Trombosis venosa superficial (venas varicosas o tromboflebitis superficial). - Hiperlipidemias conocidas. - Cefaleas (tanto migrañosas como no migrañosas). - Sangrado vaginal irregular no abundante. - Sangrado vaginal abundante o prolongado (sea regular o irregular). - Tumores ováricos benignos. - Dismenorrea severa. - Enfermedad trofoblástica gestacional benigna. - Ectropión cervical. - Neoplasia intraepitelial cervical (NIC). - Nódulo de mama sin diagnóstico.	- Enfermedad benigna de la mama. - Antecedente familiar de cáncer de mama. - Antecedente personal de cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años. -Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) con embarazo posterior: debe realizarse un cuidadoso examen pélvico para descartar infección recurrente o persistente y para determinar la movilidad del útero. - Vaginitis (incluídos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana). -Mayor riesgo de ITS. - Alto riesgo de HIV o infectado por HIV (no se necesita screening de rutina para el procedimiento). - Hepatitis viral no activa (portadora o crónica). - Cirrosis leve compensada. - Hiperplasia nodular focal benigna de hígado. - Esquistosomiasis sin complicaciones. - Paludismo. - Antecedente personal de DBT gestacional. - Bocio simple. - Antecedente de enfermedad de la vesícula biliar sintomática tratada con colecistectomía o médicamente, o asintomática. - Antecedente personal de colestasis relacionada con el embarazo y con el uso de ACO. - Anticoncepción quirúrgica concurrente con una cesárea.

Cuadro 10.1. Situaciones en las que se recomienda "Aceptar", tener "Cuidado", "Retrasar" o tener cuidados "Especiales" durante la intervención de LT, de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

Categoría	Criterios de elegibilidad de la OMS		
C Cuidado	El procedimiento normalmente se realiza en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.	- Edad joven. - Obesidad IMC mayor de 30 kg/m2. - HTA adecuadamente tratada o leve. - Antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica o ACV. - Enfermedad valvular no complicada. - Epilepsia. - Desórdenes depresivos. - Cáncer de mama actual. - Miomas uterinos. - Enfermedad pelviana inflamatoria sin embarazo subsecuente. - Esquistosomiasis con fibrosis hepática. - DBT sin enfermedad vascular insulino dependiente y no dependiente.	- Hipotiroidismo. - Adenoma hepático benigno. - Tumor hepático maligno. - Talasemia y anemia de células falciformes. - Anemia ferropenica con Hb entre 7 y 10g/dl. - Hernia diafragmática. - Enfermedad renal. - Deficiencias nutricionales severas. - Cirugía pelviana o abdominal previa. - Ligadura tubaria junto con cirugía abdominal selectiva. - LES sin anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos, severa trombocitopenia o tratamiento inmunosupresor.
R Retrasar	El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.	- Embarazo. - Postparto entre 7 a 42 días. - Preeclampsia severa o eclampsia. - Rotura prematura de membranas de 24 hs o más. - Sepsis puerperal, intraparto o fiebre puerperal o post aborto. - Hemorragia pre o postparto severa o post aborto. - Trauma severo del tracto genital: desgarro cervical o vaginal en el momento del parto o aborto. - Hematómetra aguda postaborto. - Enfermedad tromboembólica o embolismo pulmonar en curso. - Cirugía mayor con inmovilización prolongada. - Enfermedad cardíaca isquémica en curso. - Sangrado vaginal sin diagnóstico (debe evaluarse antes de realizar el procedimiento). - Enfermedad trofoblástica gestacional maligna o niveles elevados persistentes de B-hCG.	- Cáncer de cuello, endometrio y ovario esperando tratamiento (en general el tratamiento deja a la mujer estéril). - Enfermedad pelviana inflamatoria en curso. - Cervicitis purulenta o infección por clamidia o gonococo en curso. - Enfermedad vesicular en curso. - Hepatitis viral activa. - Anemia ferropenica con Hb menor de 7g/dl. - Infección de la piel del abdomen. - Enfermedad respiratoria aguda como bronquitis o neumonía. - Infección sistémica o gastroenteritis. - Si el procedimiento se realiza junto con otra cirugía abdominal de emergencia sin consejería previa o con alguna patología infecciosa.

Cuadro 10.1. Situaciones en las que se recomienda "Aceptar", tener "Cuidado", "Retrasar" o tener cuidados "Especiales" durante la intervención de LT, de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

Categoría	Criterios de elegibilidad de la OMS	
E Especial	El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanas/os y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren además la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Deben ofrecerse métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir a la usuaria o si hay cualquier otro retraso.	- Perforación uterina post parto o post aborto (si se realiza una exploración abdominal y se repara el problema se puede realizar la LT si no hay ningún riesgo adicional). - Múltiples factores de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (edad, tabaquismo, DBT o HTA). - HTA sistólica mayor o igual a 160 y diastólica mayor o igual a 100. - Enfermedad vascular. - Enfermedad valvular complicada (alto riesgo de complicaciones derivadas de la anestesia y cirugía). - Endometriosis. - Sida. - Tuberculosis (TBC) pelviana. - Nefropatía, retinopatía o neuropatía diabética o DBT de más de 20 años de evolución. - Cirrosis severa descompensada. - Desórdenes de la coagulación. - Asma crónica, bronquitis, enfisema o infección pulmonar. - Útero fijo debido a cirugías previas o infección. - Hernia umbilical o de la pared abdominal. - Hipertiroidismo. - LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos, severa trombocitopenia o tratamiento inmunosupresor. - TVP o EP con tratamiento anticoagulante.

Debe tenerse en cuenta que la LT:

- No interfiere en la producción de hormonas. Las mujeres que eligen esté método anticonceptivo siguen menstruando y ovulando en forma normal, hasta su menopausia.
- No altera las relaciones sexuales ni su goce.
- No provoca sangrado más abundante ni irregular.
- No provoca dolor menstrual.
- No se saca el útero.
- No provoca alteraciones del peso o del apetito.
- No modifica el aspecto físico.
- No tiene efectos colaterales a largo plazo.
- Luego de la intervención, la mujer no tiene que hacer nada más para protegerse del embarazo.
- NO PROTEGE CONTRA LAS ITS NI VIH/SIDA.

10.2.6. Procedimiento quirúrgico

La cirugía es sencilla. La realiza un profesional calificado, en un quirófano, y requiere anestesia total o peridural.

10.2.6.1. Antes del procedimiento prequirúrgico

En general, la usuaria debe realizar una entrevista en el centro en donde se le efectuará la intervención, para la evaluación prequirúrgica y la confección de la historia clínica, y en la que se le brinde información más concreta sobre la intervención.

Es conveniente que la/el médica/o que realizará la práctica, sea quien brinde la información sobre cuál es la técnica recomendada según la situación particular de cada persona y las posibilidades del servicio. Los exámenes complementarios serán los que sugiera la/el profesional dentro de los protocolos de evaluación prequirúrgica en relación a la situación médico-clínica de la mujer al momento de la cirugía.

Debe solicitársele a la mujer que utilice un método anticonceptivo seguro hasta el día de la operación y que continúe utilizándolo hasta el siguiente período menstrual.

10.2.6.2. Momento para realizar la LT

La intervención debe realizarse en cualquier momento que sea razonablemente seguro que la mujer no esté embarazada. Se recomienda solicitar a la mujer que utilice un método anticonceptivo seguro hasta el día de la operación y que continúe utilizándolo hasta el siguiente período menstrual.

La LT puede realizarse:

- **Desvinculada del momento del parto:**

  LT del intervalo: es la que se realiza desvinculada del parto, sea la mujer nuligesta, nulípara o multípara.

- **Asociada a un evento obstétrico:**

  Asociada a una operación cesárea: la LT se realiza conjuntamente con la cesárea. **La realización de una LT no debería ser la única indicación para practicar una cesárea.**

  Durante el post parto: se realiza preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto, por razones técnicas quirúrgicas y, además, para aprovechar la oportunidad de la internación, ya que para algunas mujeres puede ser ésta la única posibilidad de estar en contacto con un Centro Asistencial de Salud.

  Después de una pérdida de embarazo o aborto: dentro de las 48 horas de un aborto no complicado.

10.2.6.3. Vía de abordaje

La elección de la vía de abordaje estará sujeta a las posibilidades del centro que efectuará la práctica.

Mini laparotomía: se efectúa a través de una pequeña incisión suprapúbica transversal.

Laparoscopía: requiere que el efector cuente con un Laparoscopio. Se realiza a través de dos o tres mínimas incisiones (en general una en el ombligo y las otras en la parte ínfero lateral del abdomen). A través de una de ellas se introduce en el abdomen un tubo largo y fino con una lente (laparoscopio) que posibilita ver dentro del mismo. A través de las otras incisiones, se introducen las pinzas que se utilizarán para bloquear o seccionar las trompas.

10.2.6.4. Técnica quirúrgica

Las trompas se pueden ligar con material de sutura o clips que cierran los conductos, seccionar o coagular o cauterizar con electrocoagulación bipolar.

10.2.7. Post operatorio

El tiempo de internación dependerá del momento en que se realizó la práctica y el tipo de técnica utilizada. Si el post operatorio evoluciona adecuadamente, en general la internación no supera las 24 a 48 horas.

Está indicado reposo durante unos días y evitar el trabajo vigoroso, levantar objetos pesados y tener relaciones sexuales por una semana, o hasta que desaparezcan los dolores.

Debe indicarse cómo realizar los cuidados periódicos de la herida, que debe mantenerse limpia y seca.

Informar a la persona sobre pautas de alarma (sangrado, tumoración, rubor, calor, dolor o pus en la herida; fiebre; desmayo, mareos; dolor abdominal intenso), y que ante cualquier inconveniente o duda, consulte al centro de salud u hospital más cercano.

Los controles médicos posteriores suelen realizarse entre los 7 y 14 días post quirúrgicos. Debe controlarse la herida en busca de signos de infección y retirar los puntos.

10.2.8. Complicaciones de la ligadura tubaria

Los índices de complicaciones son muy bajos. Al requerir cirugía y anestesia existen algunos riesgos propios de cualquier intervención quirúrgica. Por ejemplo, infección o absceso de la herida. La muerte debida al procedimiento es extremadamente rara.

10.3. VASECTOMÍA

Puntos clave

- Método anticonceptivo permanente para el hombre. En general es irreversible.
- Se conoce también como: esterilización masculina, ligadura de los conductos deferentes, anticoncepción quirúrgica del hombre.
- No hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la vasectomía como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.
- Demora tres meses en actuar: debe usarse otro método anticonceptivo durante los tres meses posteriores a la vasectomía.
- No afecta o interfiere con el desempeño sexual masculino.

La vasectomía es un método anticonceptivo permanente quirúrgico, seguro y sencillo, que consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de los espermatozoides provenientes del testículo.

La baja adopción de este método por parte de la población de algunas sociedades en las que la vasectomía está legalmente aceptada puede explicarse en parte por algunos mitos, como el que identifica la fertilidad con la potencia sexual. La difusión de la información a la población acerca de las características de este método, así como una adecuada consejería, podrá hacer de la vasectomía un recurso anticonceptivo más, disponible para todos aquellos que lo requieran.

10.3.1. Mecanismo de acción

A partir de la ligadura de los conductos deferentes, se impide el pasaje de los espermatozoides al líquido seminal. **Se eyacula semen, pero éste no contiene espermatozoides**, con lo cual no se produce el embarazo.

10.3.2. Eficacia anticonceptiva

La eficacia es mayor al 99,5% si se respeta el cuidado anticonceptivo en los tres meses posteriores a la cirugía.

10.3.3. Recuperación de la fertilidad

La mayoría de los hombres que deciden someterse a una anticoncepción quirúrgica no se arrepienten de su elección cuando han recibido una adecuada consejería. No obstante, se estima que entre el 2 al 4% de los hombres puede llegar a solicitar en un futuro la recanalización de los conductos.

La reversión de una vasectomía es una operación que debe ser efectuada por cirujanos experimentados en técnicas microquirúrgicas. El porcentaje de éxito medido por los embarazos de sus parejas, varía de un 16% a un 85%, dado que la reversión no garantiza embarazo. Es importante destacar que la cirugía para revertirla es difícil, costosa y no está disponible en el sistema público de salud. La ley Nacional 26.130 no garantiza esta práctica.

Para lograr un embarazo luego de una vasectomía, también pueden practicarse técnicas de fertilización asistida.

El sistema público de salud no garantiza a la fecha tratamientos de fertilidad asistida.

Figura 10.2. Vasectomía

10.3.4. Protección contra ITS/VIH

La vasectomía no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

10.3.5. Quién puede y quién no puede usar el método

Según la OMS, no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la vasectomía como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.

Cuadro 10.2. Situaciones en las que se recomienda "Aceptar", tener "Cuidado", "Retrasar" o tener cuidados "Especiales" durante la vasectomía, de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

Categoría	Criterios de elegibilidad de la OMS	
A Aceptar	No hay razones médicas para negar la realización de la vasectomía a una persona en esta condición.	- Alto riesgo de HIV o infectado por HIV (no se necesita screening de rutina para el procedimiento). - Anemia drepanocítica.
C Cuidado	El procedimiento normalmente se realiza en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.	- Desórdenes depresivos. - Diabetes. - Lesión escrotal previa. - Edad joven. - Varicocele o hidrocele grande. - Criptorquidia.
R Retrasar	El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.	- Infecciones locales: de la piel del escroto, enfermedad de transmisión sexual activa, balanitis, epididimitos u orquitis. - Infecciones sistémicas o gastroenteritis. - Filariasis, elefantiasis (por imposibilidad de palpar el conducto). - Tumor intraescrotal.
E Especial	El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanas/os y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren además la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Deben ofrecerse métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir al usuario o si hay cualquier otro retraso.	- Sida, en especial la presencia de enfermedades relacionadas. - Desórdenes de la coagulación. - Hernia inguinal.

DEBE TENERSE EN CUENTA QUE LA VASECTOMÍA:

- No afecta ni daña los testículos.
- No disminuye el deseo sexual.
- La erección del hombre tiene la misma firmeza, duración y eyacula la misma cantidad de líquido que antes de la intervención.
- No altera las relaciones sexuales ni su goce.
- Tiene menos efectos colaterales y complicaciones que muchos métodos utilizados por la mujer.
- No modifica el aspecto.
- No tiene efectos colaterales a largo plazo.
- No requiere anestesia general como la LT.
- NO PROTEGE CONTRA LAS ITS NI VIH/SIDA.

10.3.6. Procedimiento quirúrgico

10.3.6.1. Momento para realizar la vasectomía

El procedimiento puede realizarse en cualquier momento en que un hombre lo solicite, luego de un debido asesoramiento y consentimiento informado.

10.3.6.2. Técnicas quirúrgicas

Existen distintas técnicas para llevar a cabo una vasectomía. Todas ellas pueden realizarse con **anestesia local y en forma ambulatoria.** La intervención no suele durar más de 30 minutos.

A través de una punción o de una pequeña incisión en el escroto, se identifican ambos conductos que transportan el esperma al pene (conductos deferentes) y se seccionan o bloquean mediante ligadura, sección o cauterización.

Será la/el profesional médica/o que realizará la práctica quien explicará cuál es la técnica recomendada para el momento solicitado, según la situación particular de cada persona.

10.3.7. Cuidados post operatorios

La cirugía es ambulatoria, es decir que no requiere internación. Al usuario se le indica que haga reposo por 2 días, y que use ropa ajustada para ayudar a sostener el escroto. Esto reduce la hinchazón, el sangrado y el dolor. No debe mantener relaciones sexuales durante al menos 3 días.

El hombre puede presentar molestias en el escroto, que duran 2 o 3 días.

Debe explicársele cómo realizar los cuidados periódicos de la herida, que debe mantenerse limpia y seca.

Es importante tener en cuenta que luego de la intervención puede haber eyaculaciones que contengan los espermatozoides que quedaron acumulados en las vesículas seminales.
La desaparición de los espermatozoides del eyaculado está más correlacionada con el número de eyaculaciones, que con el intervalo de tiempo posterior a la vasectomía. Independientemente de la frecuencia eyaculatoria, el 80% será azoospérmico (no tendrá espermatozoides) a las 6 semanas.

Puede realizarse un análisis del semen a los tres meses de realizada la vasectomía para confirmar que los espermatozoides han desaparecido por completo, y así asegurarse del éxito del procedimiento. La imposibilidad de realizar este estudio no es un obstáculo para la realización de la práctica.

La vasectomía demora aproximadamente tres meses en actuar, por lo tanto el hombre o la mujer deberá utilizar otro método anticonceptivo durante las siguientes 20 eyaculaciones o por 3 meses luego del procedimiento.

10.3.7. Complicaciones y riesgos

Las complicaciones son poco frecuentes (1% a 2%), mayoritariamente hematomas o infecciones de la herida.

Para descargar el documento científico del PNSSyPR sobre anticoncepción quirúrgica y el modelo de consentimiento informado sugerido:
www.msal.gov.ar/saludsexual
http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.asp

Capítulo 11*

Métodos químicos

Puntos clave

- Son de los métodos anticonceptivos menos eficaces. Por este motivo, suelen usarse como respaldo de otros métodos.
- La mujer puede controlar su uso, puede colocarlos con anticipación sin tener que interrumpir la relación sexual.
- Aumentan la lubricación durante el coito.
- El uso frecuente de nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de contraer VIH/Sida.
- No protegen contra las ITS.

(*) En este capítulo se presenta sólo lo esencial sobre métodos químicos.

11.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS QUÍMICOS

Los métodos químicos son ***sustancias surfactantes*** que se introducen profundamente en la vagina, en la zona próxima al cuello uterino, y que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Las más utilizadas son ***nonoxinol-9*** y *cloruro de benzalconio.*

Se presentan en diferentes formulaciones: óvulos, cremas, impregnados en las esponjas vaginales o con los preservativos.

11.1.2. Mecanismo de acción

Funcionan rompiendo la membrana de los espermatozoides, que se destruyen o enlentecen su movimiento. Esto evita que el espermatozoide llegue a contactar al óvulo.

11.1.3. Eficacia

En general, son anticonceptivos de **baja eficacia.** Su eficacia depende de la usuaria.

• **Con el uso correcto:** 18 embarazos cada 100 mujeres durante el primer año de uso.

• **Con el uso común:** 29 embarazos cada 100 mujeres durante el primer año de uso.

11.1.4. Recuperación de la fertilidad

Al suspender la colocación del espermicida se recupera la fertilidad sin demora.

11.1.5. Protección contra las infecciones de transmisión sexual

Ninguna. El uso repetido y a altas dosis de nonoxinol-9 se ha asociado a un aumento del riesgo de **sufrir lesiones genitales** lo que, a su vez, puede aumentar el riesgo de adquirir la infección de VIH/Sida.

11.2. QUIÉN PUEDE Y QUIÉN NO PUEDE UTILIZAR ESTE MÉTODO

Los espermicidas son seguros y aptos para casi todas las mujeres. No pueden ser utilizados por aquellas personas que presentan alergia a los espermicidas.

No provocan defectos de nacimiento y no dañan al feto si la mujer queda embarazada utilizando el espermicida, o comienza a utilizarlo accidentalmente estando ya embarazada.

Criterios de elegibilidad:

Situaciones en las que *no se recomienda el uso* **de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados** *(Categoría 3 de los Criterios de elegibilidad de la OMS):*

- Personas infectadas con VIH.[1]
- Personas con diagnóstico de SIDA.
- Personas que se encuentran recibiendo terapia ARV.

Situaciones en las que se contraindica el uso del método *(Categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).*

- Personas que presentan alto riego de infectarse de VIH.[2]

11.3. ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

Los pasos a seguir son:

1. Verificar fecha de vencimiento del producto.

2. Introducir el espermicida profundamente en la vagina, próximo al cuello, con un aplicador o con los dedos.

3. Debe ser colocado antes de cada relación sexual, con un tiempo no mayor a 1 hora y no menor a 15 minutos en caso de óvulos. La crema necesita menos o ningún tiempo de espera.

4. No deben realizarse lavados vaginales hasta 6 horas después del coito.

5. La duración del efecto anticonceptivo es de aproximadamente una hora.

6. Para cada coito vaginal debe usarse una dosis nueva.

7. Dado que son métodos de mediana eficacia per se, se recomienda utilizarlos siempre junto al preservativo o diafragma.

8. Recomendación: deben guardarse en un lugar fresco y seco, fuera del alcance del sol.

1. Para más información sobre los métodos que pueden ser utilizados de manera segura por mujeres con VIH, ver Capítulo 15 Anticoncepción en mujeres viviendo con VIH.
2. Por lo tanto, no es un método recomendable en parejas serodiscordantes, o en parejas sexuales que no conocen su situación con respecto al VIH.

Consideraciones particulares si la persona decide usar métodos químicos:

- Si la persona decide utilizar este método, es importante conversar sobre el bajo grado de eficacia si se usa solo.
- Hacer énfasis en la conveniencia de ser usado como coadyuvante de un método de barrera.
- Reforzar el valor del uso correcto del método químico.

11.4. EFECTOS SECUNDARIOS

- *Irritación* en o alrededor de vagina o pene.
- *Infección urinaria,* en especial si se usan dos o más veces por día, aunque es poco frecuente.
- *El uso frecuente de nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de contraer VIH/Sida.*

Capítulo 12

Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer (MBCF)

Puntos clave

- Otorgan una alternativa válida para quienes desean usar métodos naturales por distintas razones.
- El éxito de los métodos naturales depende de:
  - La exactitud del método para identificar los días fértiles de la mujer.
  - La habilidad de la pareja para identificar correctamente la fase fértil y para seguir las normas del método elegido.
  - La motivación de la pareja para usar el método indefinidamente.
- Requieren de períodos en los que hay que abstenerse de practicar coito vaginal.

12.1. CARACTERÍSTICAS

Los **métodos basados en el conocimiento de la fertilidad** de la mujer son métodos anticonceptivos basados en la *abstención del coito vaginal* en los momentos fértiles de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la *abstinencia periódica* como el método natural con el que se evitan, voluntariamente, las relaciones sexuales de las parejas durante la fase fértil del ciclo sexual, con el fin de evitar un embarazo no buscado. Por ello, se los denomina métodos anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad (**MBCF**) o "métodos naturales".

Los *métodos naturales* requieren el conocimiento por parte de la mujer de sus días fértiles, y que tanto la usuaria del método como la pareja tengan la convicción y la voluntad de abstenerse del coito vaginal durante esos días.

*El **coito interruptus ("acabar afuera") no es una opción segura** para ser utilizada durante los períodos fértiles, puesto que el líquido preseminal producido en las glándulas de Cowper que se libera durante la erección del varón puede contener espermatozoides.*

12.1.1. Clasificación

Según la forma de valorar los días fértiles femeninos, se denominan:

Clasificación según la forma de valorar los días fértiles:

- *Método del ritmo o del calendario (Ogino-Knaus)*
- *Método de la temperatura basal*
- *Método de las secreciones cervicales o Método de Billings*
- *Método sintotérmico: combina temperatura basal y las secreciones vaginales*

12.1.2. Eficacia

La eficacia de los MBCF depende exclusivamente de la usuaria.

Con el uso habitual: cerca de 25 embarazos cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica en el primer año de uso.

Con el uso correcto: las tasas de embarazo varían para los diferentes tipos de métodos.

Su mayor tasa de fracasos se observa en la adolescencia y la perimenopausia, debido a que en estos períodos son más frecuentes los ciclos irregulares.

12.1.3. Retorno de la fertilidad luego de interrumpir su uso

Sin demora.

12.1.4. Protección contra las ITS/VIH

Los MBCF no ofrecen ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual.

12.1.5. Efectos secundarios

No presentan efectos colaterales ni riesgos para la salud.

Figura 12.1. Fisiología del ciclo menstrual

Para comprender mejor los métodos naturales, es importante tener en claro la fisiología del ciclo menstrual de la mujer[1] y realizar esta explicación a las usuarias interesadas en estos métodos. Poder identificar los días fértiles puede ser útil tanto para las mujeres que desean evitar un embarazo, como para aquellas que desean quedar embarazadas.

1. Para más información, ver Capítulo 2. Fisiología de los órganos sexuales de la mujer y del varón.

12.2. MÉTODO DEL RITMO O DEL CALENDARIO

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. La presunción de fertilidad está dada porque la ovulación ocurre, en promedio, entre los días 14 al 16 del ciclo; pero también debe considerarse que los espermatozoides pueden permanecer en el conducto cervical hasta siete días después de un coito, capacitándose en las criptas cervicales. En tanto, el óvulo tiene capacidad fecundante durante 24 horas.

Para adoptar este método, deben registrarse los ciclos durante un año. A los ciclos más cortos se le restan 18 días y a los más largos se le quitan 11 días.

Por ejemplo: *Ciclo de 26 días – 18 = 8 días*
Ciclo de 32 días – 11 = 21 días

Según este cálculo, la mujer debe abstenerse de coito vaginal desde el día 8 del ciclo hasta el día 21.

El método del calendario debe utilizarse con precaución por aquellas mujeres que recién han iniciado sus ciclos o en aquellas en las que los ciclos se han vuelto menos frecuentes debido a la edad, ya que puede ser difícil identificar el período fértil.

Se recomienda postergar el comienzo del método del calendario luego de un parto o si la mujer se encuentra amamantando, hasta tener como mínimo tres menstruaciones y que éstas se hayan regularizado. También en caso de un aborto, debe postergarse su adopción hasta el inicio de la próxima menstruación.

La usuaria debe tener presente que **algunos medicamentos de uso crónico pueden alterar sus ciclos menstruales**, como por ejemplo algunos ansiolíticos (excepto *benzodiacepinas*), algunos antidepresivos (inhibidores selectivos de la receptación de serotonina); en el caso de antiinflamatorios no esteroides su uso prolongado puede retrasar la ovulación. Por ello, es conveniente brindar información actualizada y correcta a la mujer que está recibiendo un tratamiento crónico.

12.3. MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL

La **temperatura del cuerpo de la mujer** en descanso se eleva levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación) y se mantiene elevada hasta el comienzo de su siguiente menstruación.

La temperatura debe *tomarse en forma basal, es decir, por la mañana, antes de levantarse, de forma diaria, durante 5 minutos,* ya sea de forma rectal, vaginal u oral. Los datos se registran en gráficos especiales y su lectura es sencilla.

En una persona sana, durante la fase folicular, la temperatura permanece por debajo de los 37° C; disminuye previo a la ovulación y aumenta posteriormente entre 0.2° C a 0.4° C.

Esto significa que la pareja debe **abstenerse de mantener penetración vaginal desde el primer día del ciclo hasta el tercer día después de la elevación térmica.** El período de infertilidad se extiende hasta su próxima menstruación; la temperatura vuelve a descender uno o dos días antes de la menstruación.

12.3.1. Desventajas

- Debe tomarse la temperatura todos los días.
- No pueden adoptarlo las mujeres que trabajan en horarios

nocturnos o las que padecen afecciones que determinan estados febriles; tampoco las mujeres potencialmente anovuladoras, especialmente en la adolescencia y en la perimenopausia.

• Para ser efectivo requiere de largos períodos en los que hay que abstenerse de practicar coito vaginal.

12.4. MÉTODO DEL MOCO CERVICAL O MÉTODO DE BILLINGS

Se basa en la *observación de los cambios* que ocurren en el **moco cervical** de las mujeres, adecuadamente entrenadas para percibir estos cambios.

Después del término de la menstruación comienza un período seco que dura entre dos y tres días. Luego aparece un *moco inicialmente blancuzco,* turbio y pegajoso, que se hace cada vez más claro, transparente y elástico (al estirarse entre los dedos parece un hilo). El último día del moco con este aspecto se llama el día del ápice del moco. Esto significa que la ovulación ya ocurrió, o está ocurriendo dentro de más o menos 24 horas. En el cuarto día, después del día del ápice, comienza el período infértil que dura hasta la menstruación siguiente.

Desde el día en que aparece el moco hasta el cuarto día después del ápice, la mujer no deberá tener relaciones sexuales con coito vaginal, porque ése es su período fértil.

Este método **debe evitarse** ante infecciones cervicovaginales, secreciones vaginales debido a estímulo sexual y durante la lactancia.

12.5. MÉTODO SINTOTÉRMICO

Es una técnica mediante la cual la mujer reconoce los *cambios del moco* cervical y del cuello **uterino relacionándolos con la temperatura basal.** Estos indicadores del tiempo de la ovulación son los que llevan a denominarlo método sintotérmico.

Capítulo 13

Anticoncepción en distintos momentos de la vida fértil de la mujer. Adolescencia y Perimenopausia

Puntos clave

- Las y los adolescentes deben tener acceso a la variedad de opciones disponibles en MAC. La edad no constituye una razón médica para dejar de entregar los diferentes métodos anticonceptivos.
- La atención integral de la salud es muy importante en la adolescencia. La consejería debe incluir la prevención de embarazos e ITS y la detección de conductas de riesgo.
- En la perimenopausia, las mujeres sexualmente activas que no desean embarazos necesitan un método anticonceptivo hasta que la menopausia sea confirmada.
- Algunos MAC presentan ciertos riesgos y beneficios no anticonceptivos en la perimenopausia.

INTRODUCCIÓN

Los métodos anticonceptivos, tal como se anticipó en el Capítulo 3, pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. De esta manera, tanto las mujeres como los hombres pueden elegir si tener o no hijos, cuántos y cuándo tenerlos, y así ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Cada MAC, con sus características, modos de uso y prácticas recomendadas es abordado en los capítulos específicos.
Si bien en general cualquier MAC puede ser utilizado durante toda la vida fértil de una mujer, hay circunstancias particulares que inciden en la elección o recomendación del método.

Es por ello que en el presente capítulo la atención está centrada en la *adolescencia* y la *perimenopausia,* etapas en la vida de la mujer que, por los cambios físicos, psíquicos y sociales que plantean, merecen especial atención por parte del equipo de salud.

13.1. ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Puntos clave

- El MAC ideal será aquel que mejor se adapte a las necesidades de cada adolescente.
- La elección del método debe ser libre e individual. Es importante que la/el profesional de la salud respete la decisión de la/el adolescente, sin criticar ni prejuzgar.
- Un aspecto importante a trabajar en la consejería con adolescentes es el uso del preservativo asociado a otro método, ya que de esta manera se garantiza la "doble protección".
- También es conveniente aprovechar la oportunidad para informar sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), dónde y cómo adquirirla, y entregarla preventivamente para que la usuaria o el usuario la tengan en su casa para cualquier emergencia.

La *adolescencia* es la etapa del desarrollo caracterizada por una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales, comprendida entre los 10 y 20 años de edad.

El desarrollo biológico se completa antes que el psicológico y social. Este desarrollo asincrónico expone a las y los adolescentes a situaciones de mayor vulnerabilidad.

Las y los jóvenes consultan al sistema de salud, 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 dependen de cada situación particular.

Es importante conocer primero a cada usuaria y usuario, comprender su motivo de consulta y así poder ajustar el asesoramiento y atención a realizar a estos requerimientos.

> *Las y los jóvenes merecen recibir* **atención de manera imparcial y respetuosa***, sin importar cuán jóvenes sean. La crítica o una actitud descortés mantendrán alejados a las y los jóvenes de la atención que pueden estar necesitando.*

El asesoramiento y los servicios deben tener como objetivo ayudar a las y los jóvenes a proteger su salud. Cuando una o un adolescente se acerca al sistema de salud, es importante que sea recibida/o por profesionales de la salud preparados para poder brindarle una atención integral, que incluya la prevención de embarazos no buscados, información e insumos para evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/Sida, y la detección de prácticas de riesgo que los exponen a situaciones de mayor vulnerabilidad.

Es importante conocer el proceso madurativo, sus características y dificultades, y acompañar a las y los jóvenes en el desarrollo de aptitudes para tomar sus propias decisiones, que puedan sentirse seguras/os y obrar conforme a ellas, respetando siempre sus derechos.

CARACTERÍSTICAS QUE COLOCAN A LAS PERSONAS ADOLESCENTES EN UNA SITUACIÓN DE MAYOR VULNERABILIDAD

- Mensajes contradictorios del mundo adulto.
- Estigmatización del ser adolescente.
- Sentimiento de invulnerabilidad.
- Educación sexual poco accesible, escasa o deficiente.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales, cuando la iniciación no es voluntaria, decidida y autónoma, sino en situaciones de abuso de poder.
- Cambios de parejas, con duración breve de cada una (monogamia sucesiva), cuando en estos vínculos no puede generarse el espacio para el diálogo sobre los encuentros sexuales y las formas de cuidado anticonceptivo.
- Deficiente utilización de métodos anticonceptivos, propio del momento de iniciación sexual y del proceso de aprendizaje sobre cómo se usa cada método.
- Consumo abusivo de alcohol y otras drogas.

13.1.1. Consejería en la adolescencia

A continuación, se exponen algunos puntos importantes a trabajar durante la consejería con adolescentes:

• Trabajar en el *autocuidado* individual.

• Trabajar las pautas de su cuidado *en cada visita.*

• Conversar sobre la conveniencia de *elegir si quiere tener hijos o no,* y cuándo tenerlos. Y en caso de no desear un embarazo por el momento, informar sobre la importancia de utilizar métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado.

• Dar *información* clara sobre los diferentes métodos anticonceptivos.

• *Proveer el método anticonceptivo* en caso que elija uno.

• Combinar la información sobre métodos anticonceptivos con la *relativa al VIH/Sida.*

• *Enfatizar el uso del preservativo asociado a otro método, ya que de esta manera se garantiza la doble protección.* Es recomendable ser flexible en cuanto a la elección del método, ya que es imposible imponer el uso del preservativo. Un modo de dejar planteada la necesidad de la *doble protección* es entregar preservativos junto con el método anticonceptivo elegido por la adolescente, y material impreso sobre prevención del VIH/Sida y el uso correcto del preservativo.

• *"Pareja estable" no es lo mismo que "sexo seguro".* Es necesario problematizar con las usuarias y los usuarios nociones tales como *"pareja estable", "promiscuidad", "confianza", "es conocida/o", "no parece que...."* Estas representaciones obstaculizan el ejercicio de una sexualidad más segura, y colocan a mujeres y varones en situaciones de vulnerabilidad.

• Brindar información sobre la *anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)* como herramienta disponible para evitar un embarazo en caso de fallar o no usar preservativo en esa relación. Además de entregarla preventivamente para que la usuaria o el usuario la tengan en su casa para cualquier emergencia, debe informarse dónde y cómo adquirirla. Es muy útil, en esta oportunidad, entregar folletería informativa sobre AHE.[1]

• *Formar jóvenes formadores de opinión.*

La consejería es un espacio privilegiado para conversar con las y los adolescentes sobre VIH/Sida y otras ITS, sobre temores y saberes en relación al cuidado. Favorecer el acceso al testeo con asesoramiento si quieren conocer su estado serológico mejora las posibilidades de las personas para ejercer prácticas de cuidado de manera activa y consciente.

1. Ver Capítulo 8 Anticoncepción Hormonal de Emergencia.

Para hacer que el servicio resulte atractivo a las y los jóvenes, se puede:

- Demostrarles que se disfruta el trabajar con ellas y ellos.
- Brindar asesoramiento en un lugar privado, donde no puedan ser vistas/os o escuchadas/os por terceros.
- Fomentar la reserva y asegurarles a la usuaria y al usuario que habrá confidencialidad.
- Escuchar atentamente y hacer preguntas abiertas tales como *"¿En qué puedo ayudarte?"* y *"¿Qué preguntas tenés?"*
- Usar un lenguaje sencillo y evitar los términos médicos.
- Utilizar términos acordes a las y los jóvenes.
- Si la usuaria o el usuario lo desea, recibir a su pareja e incluirla en el asesoramiento.
- Asegurarse que las decisiones que toman las mujeres jóvenes les sean propias y que no estén siendo presionadas por su pareja o su familia. Si están siendo presionadas para tener relaciones sexuales, ayudar a las jóvenes a pensar qué puede decir y hacer para resistirse y reducir dicha presión. Practicar habilidades para negociar el uso del preservativo.
- Hablar sin emitir juicios (por ejemplo, decir *"Vos podés"* en lugar de *"Vos debés"*). No criticar, aún cuando no se esté de acuerdo con lo que la joven o el joven digan o hagan.
- Informar sin crear angustia, prevenir sin desconfiar.
- Ayudar a las usuarias y a los usuarios a tomar las decisiones que más les convengan de acuerdo a su situación particular.
- Tomarse el tiempo para abordar en profundidad las preguntas, temores y desinformación sobre relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual (ITS) y métodos anticonceptivos.
- Prepararse para contestar preguntas comunes sobre la pubertad, menstruación, masturbación, eyaculación nocturna e higiene de los genitales. Muchas/os jóvenes necesitan que se les asegure que los cambios que se producen en su cuerpo y sus sentimientos son normales.

Puede ser necesario y conveniente que el equipo que trabaje con adolescentes tenga **un espacio propio para poner en común y reflexionar sobre los problemas que les suscita el trabajo cotidiano.** Pensar con otras/os y multidisciplinariamente puede mejorar la satisfacción del equipo, a la vez que mejoran los resultados logrados en la atención.

13.1.2. ¿Qué método anticonceptivo pueden utilizar las mujeres durante la adolescencia?

Las adolescentes, en general, pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura y deben tener acceso a la variedad de opciones disponibles. **La edad** por sí misma **no constituye una razón médica** para no otorgar métodos a una

adolescente.

Para valorar la seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

• *Las preferencias y posibilidades de la mujer* para sostener la adherencia al método anticonceptivo, y la situación de contexto para acceder al mismo. Los factores sociales y de comportamiento constituyen aspectos importantes a considerar en la elección del método.

• *Si tiene alguna otra condición que pueda condicionar la elección del método.* Es necesario tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos según la situación singular de la persona. Los criterios utilizados para mujeres adultas, referentes a patologías, se aplican también a mujeres jóvenes.

• *El método anticonceptivo ideal será aquel que mejor se adapte* a las necesidades de cada adolescente.

• *La elección del método debe ser libre e individual.* Es importante que el profesional de la salud respete su decisión, sin criticar ni prejuzgar.

• *Balancear las inquietudes con relación a algunos métodos contra las ventajas de evitar un embarazo no deseado.*

La consulta por anticoncepción es una URGENCIA. La/el adolescente que solicita un método anticonceptivo siempre debe irse con una RESPUESTA ANTICONCEPTIVA. En caso de que no solicite abiertamente un método, si es posible y el vínculo lo permite, es recomendable sacar el tema y ofrecer información al respecto.

A continuación, se presentan los métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados durante la adolescencia de manera segura, tomando en cuenta algunas consideraciones particulares para esta etapa de la vida. Para completar la información sobre cada método en particular consultar los capítulos respectivos.

Una adecuada consejería ayudará a la utilización correcta del método y a una mayor adherencia en el uso.

13.1.2.1. Métodos de barrera

No hay ninguna restricción para su uso. El *preservativo* es, de los métodos de barrera, el único que protege contra el VIH/Sida y otras ITS y evita el embarazo.

El preservativo en la consejería con adolescentes:

• No dar por sentado que las y los adolescentes conocen el uso correcto del preservativo. Es necesario siempre hacer una demostración y ensayar en una maqueta la técnica correcta junto con la/el usuario, solicitándole luego que la explique como si le enseñara a otra persona.

• Entregar preservativos en la consulta. Informar sobre los lugares en donde pueden retirarse o adquirirse los preservativos.

• En cada consulta es importante reforzar el uso adecuado del preservativo, incentivar su uso en las siguientes relaciones, dar oportunidad para hablar de los posibles problemas que esté teniendo para negociar el uso del preservativo y brindar nuevas herramientas o técnicas para facilitar su uso.

• Dar información sobre el uso correcto de lubricantes.

13.1.2.2. Anticonceptivos hormonales combinados

La edad no constituye, per se, una contraindicación para recibir *anticonceptivos hormonales combinados (AHC),* en cualquiera de sus presentaciones: *orales, inyectables, parches o anillos vaginales.*

> *Los anticonceptivos hormonales utilizados actualmente no interfieren en el crecimiento. Con un criterio flexible se considera su indicación preferentemente a partir del segundo año de edad ginecológica; es decir, dos años luego de la menarca.*

Si bien los anticonceptivos orales son los más usados, debe brindarse información de todas las posibles vías de administración, como inyectables, parches o anillos, para que las adolescentes puedan elegir el método que se adecue más a sus necesidades y de esta manera mejorar la adherencia.

Los anillos vaginales y los inyectables no son detectados por el resto de las personas, lo que los hace métodos anticonceptivos más discretos.

Salvo las pastillas, que requieren que la adolescente se acuerde diariamente de la toma, las otras vías de administración (anillos vaginales, parches e inyectables) requieren menor motivación por parte de la usuaria.

Anticonceptivos combinados orales (ACO)

Los *ACO* constituyen, junto con el preservativo, uno de los métodos más conocidos y utilizados por las adolescentes. Con el tiempo, algunos temores y prejuicios vinculados a los preparados hormonales, como el aumento de peso, del vello y del acné, se han ido disipando.

Las nuevas formulaciones, al minimizar la dosis de estrógeno e incorporar nuevos gestágenos, produjeron resultados que permitieron alejar del "consenso popular" muchos de estos temores.

Algunos estudios **recomiendan utilizar formulaciones que contengan no menos de 30 µg de etinilestradiol (EE)**, dada la necesidad de un nivel adecuado de estrógeno que permita alcanzar el pico de masa ósea que se completa al terminar la segunda década de la vida. En caso de no disponer de dichas formulaciones, es posible usar ACO con dosis menores de EE de manera segura.

13.1.2.3. Anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno

El uso de *anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno* (sean orales, inyectables o implantes) está reservado para aquellos casos en que estuviera contraindicado el uso de estrógenos, durante la lactancia y ante la imposibilidad o falta de deseo de utilizar otros métodos anticonceptivos.

13.1.2.4. Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

Cualquier mujer adolescente puede tomar la AHE sin riesgos, incluso quienes no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis hormonal es relativamente pequeña y se utiliza por un corto tiempo.

La OMS le otorgó a la AHE en los *Criterios médicos de elegibilidad,* la **Categoría 1,** ya que no posee contraindicaciones para su uso.

Es conveniente aprovechar las oportunidades de contacto de las y los adolescentes con el sistema de salud para brindar información sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) como herramienta disponible para evitar un embarazo no deseado en caso de fallar el uso de otros métodos

anticonceptivos, e incluso si no usó un método.

Además de entregarla de forma preventiva para que la usuaria o el usuario la tengan en su casa para cualquier emergencia, hay que informar dónde y cómo adquirirla. Es muy útil, en esta oportunidad, entregar folletería informativa sobre AHE.

Aunque la AHE puede tomarse las veces que sea necesario, es importante informarle a las adolescentes que no es conveniente adoptarla como método habitual, dado que la eficacia anticonceptiva está relacionada sólo a una relación sexual específica. El uso frecuente puede ocasionar irregularidades del ciclo menstrual que, aunque no tienen valor patológico, pueden ser molestas para la vida cotidiana de la mujer y dificultar el adecuado seguimiento de algunos métodos.

SIGNO DE DIFICULTADES CON EL MÉTODO HABITUAL

El uso frecuente de la AHE cuando ya se utiliza otro método anticonceptivo, requiere de nuevas conversaciones sobre las dificultades que la usuaria puede tener con ese método. Muchas veces estas dificultades son las que llevan a recurrir a la AHE. Es necesario dar lugar a la repregunta sobre si es posible o conveniente cambiar a otro método con el que la joven se sienta más cómoda y pueda sostener en el tiempo.

Si bien muchas veces las demandas de las y los adolescentes no se ajustan a la modalidad de cuidado que se espera desde el equipo de salud, facilitar información clara, precisa y oportuna, así como el acceso a la AHE, puede reducir riesgos y daños en situaciones donde hay mayores dificultades para el cuidado.

13.1.2.5. Dispositivos intrauterinos

El *dispositivo intrauterino (DIU)* es un método que puede utilizarse en adolescentes, incluso si son nulíparas, de manera segura. En el *Cuadro 13.1.* se presentan los *Criterios médicos de elegibilidad de la OMS* para el uso del DIU.

En todos los casos, debe realizarse la consejería.

Es un método a tener en cuenta en aquellas adolescentes expuestas a un embarazo no buscado, cuando no hay adaptación o existen contraindicaciones a otros MAC, en personas con antecedentes de embarazos previos (abortos provocados o partos) o con discapacidad mental.

El DIU les brinda seguridad, alta eficacia y confort al no exigir otra motivación más allá de la relacionada con su inserción desvinculada del coito; es de uso permanente y continuo, y demanda un seguimiento relativamente espaciado.

El equipo de salud debe tener en cuenta que las mujeres que no tuvieron partos pueden tener **más posibilidades de expulsar el DIU** porque su útero es más pequeño, sin que esto represente una contraindicación para el uso del método. Sin embargo, por este motivo, se recomienda realizar una ecografía previa a la colocación para valorar el tamaño del útero. De no

Cuadro 13.1. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso del DIU

Dispositivos intrauterinos (DIU)		
Condición	**Categoría**	
Edad	DIU-Cu	SIU-LNG
Menarca < de 20 años	2	2
> de 20 años	1	1
Nulíparas	2	2
Paridad	1	1

poder realizarla, con la histerometría será suficiente para evaluar la conveniencia de colocar modelos de DIU más pequeños.

13.1.2.6. Diafragma

Habitualmente, la adolescente no suele presentar contraindicaciones orgánicas para el uso del *diafragma*, como podrían ser deficiente tono muscular de la vagina y distopias, pero es un método que requiere de una fuerte motivación para su utilización. Una correcta colocación (anterior al coito) exige un entrenamiento previo y un alto grado de conocimiento de sus genitales. En la actualidad, su indicación y uso son muy poco frecuentes.

13.1.2.7. Espermicidas y esponjas

Si la adolescente decide utilizar *espermicidas* y/o *esponjas*, es importante conversar sobre el muy bajo grado de eficacia si se usan solos y la conveniencia de ser coadyuvantes de un método de barrera, por ejemplo el preservativo. También hay que reforzar el valor del uso correcto del método.

El uso repetido y a altas dosis de nonoxynol-9 se ha asociado a un aumento de riesgo de lesiones genitales, lo que puede aumentar el riesgo de infección de VIH/Sida.

13.1.2.8. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer (MBCF)

Los ciclos menstruales irregulares frecuentes en las adolescentes son un obstáculo para usar en esta etapa vital los *métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF).* Estos métodos deben utilizarse con precaución por aquellas mujeres que recién han iniciado sus ciclos, ya que puede resultar difícil identificar el período fértil. **No es un método recomendable por su baja eficacia.**

Es conveniente dar lugar al tema del coito interrumpido, brindando información correcta sobre la baja efectividad de esta práctica. A su vez, es una oportunidad de conversar con la y el adolescente sobre la forma de cuidados para evitar el VIH/Sida y otras ITS.

13.1.2.9. Método de amenorrea de la lactancia (MELA)

Es apropiado para las adolescentes que están en amenorrea en los primeros seis meses post parto, que amamantan en forma exclusiva. Para más información ver Capítulo 14. Anticoncepción post evento obstétrico.

13.1.2.10. Anticoncepción quirúrgica

Toda persona mayor de 18 años, capaz, que brinda su consentimiento informado, tiene derecho a acceder a la *anticoncepción quirúrgica.* En personas muy jóvenes, con y sin hijos, durante la consejería debe brindarse información completa sobre todas las opciones anticonceptivas.

Debe tenerse en cuenta que los jóvenes y las personas que tienen pocos o ningún hijo son quienes tienen mayores posibilidades de arrepentirse de la anticoncepción quirúrgica.

No obstante, si la persona tiene la decisión tomada y luego de la consejería reafirma su decisión de acceder a la ligadura de trompas o a la vasectomía, es su derecho que se lleve adelante previa firma del consentimiento informado. Forma parte de las obligaciones profesionales el cumplimentar el requerimiento y llevar adelante la anticoncepción quirúrgica.

13.2. ANTICONCEPCIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA

Puntos clave

- ✔ Aunque la fertilidad disminuye con los años, las mujeres sexualmente activas que no desean embarazos necesitan un método anticonceptivo hasta que la menopausia sea confirmada.
- ✔ Pese a que ningún MAC está contraindicado para esta etapa de transición, la edad es un indicador de riesgo aumentado para desarrollar algunas patologías que podrían condicionar la elección del método.
- ✔ El equipo de salud debe habilitar el acceso a consultas de seguimiento de la mujer en esta etapa de la vida, por si se verifica algún cambio en las condiciones de salud que pueda condicionar la continuidad del método.

La *perimenopausia* es un período de transición entre los ciclos menstruales ovulatorios normales y el cese de la ovulación y la menstruación, producido por la pérdida de la función ovárica. Ni el comienzo ni la finalización de este período están bien definidos.

La menopausia o última menstruación se identifica luego de un año de amenorrea (ausencia de menstruación) en las mujeres mayores de 50 años o luego de dos años en las menores de 50. Por lo tanto, se la reconoce **solamente en forma retrospectiva.** En la mayoría de las mujeres esto ocurre entre los 45 y 55 años.

Durante la perimenopausia ocurren ciclos ovulatorios y anovulatorios, por lo tanto, aunque la fertilidad disminuye, las mujeres sexualmente activas que no desean embarazos necesitan un método anticonceptivo hasta que la menopausia sea confirmada.

13.2.1. Consejería en la perimenopausia

En el momento de la consejería, puede ser necesario dar lugar a que se expresen **sensaciones y sentimientos** de la mujer que atraviesa esta situación vital, donde se producen muchos cambios que involucran desde las representaciones de su rol femenino por el inicio del fin de la función biológica reproductora, hasta las modificaciones en su respuesta sexual debida a los cambios que atraviesa.

Es conveniente tener presente algunos puntos a considerar en esta edad de la vida para orientar en la toma de decisiones:

• **Fertilidad:** aunque la fertilidad disminuye con los años, las mujeres son potencialmente fértiles hasta alcanzar la menopausia.

• **Embarazo:** el riesgo de alteraciones fetales cromosómicas, aborto espontáneo, complicaciones del embarazo, morbilidad y mortalidad materno-fetal aumenta en mujeres mayores de 40 años.

• **Disfunción menstrual:** muchas mujeres experimentan un cambio en el patrón de sangrado menstrual (ciclos cortos y/o largos), que frecuentemente ocasionan sangrados impredecibles y /o abundantes.

• **Sequedad vaginal:** con los cambios tróficos hormonales, puede aparecer sequedad vaginal, lo que dificulta las relaciones sexuales pudiendo producir dispareunia (dolor durante el coito y otras prácticas sexuales). En este caso, es conveniente asesorar en el uso de lubricantes vaginales.

• **Síntomas vasomotores:** los sofocos, sudoraciones nocturnas y palpitaciones pueden presentarse en este período. En algunos casos, afectan el sueño y la calidad de vida.

• **Riesgos de la salud relacionados con la edad:** la enfermedades crónicas, particularmente cardio y cerebrovasculares y oncológicas (cáncer mamario y cervicouterino) aumentan con la edad.

13.2.2. ¿Qué método anticonceptivo pueden utilizar las mujeres durante la perimenopausia?

Ningún método anticonceptivo está contraindicado exclusivamente por la edad. Sin embargo, la **edad es un indicador de riesgo** aumentado para desarrollar algunas patologías que podrían condicionar la elección del método.

Es importante, entonces, observar en la entrevista la situación singular de la usuaria con sus aspectos médicos clínicos, sexuales, reproductivos y sociales relevantes en función de detectar posibles contraindicaciones o indicaciones especiales, teniendo en cuenta los *Criterios médicos de elegibilidad* para

orientar en la decisión.

Por otro lado, algunos métodos presentan ciertos riesgos y beneficios **no anticonceptivos** que en esta etapa de la vida cobran una relevancia adicional y deben ser informados a la usuaria, para que realice una elección más adecuada según sus necesidades y posibilidades.

13.2.2.1. Métodos de barrera: el preservativo

No hay ninguna restricción para el uso de *preservativos* en la perimenopausia. En caso de que la mujer presente sequedad vaginal, el uso del preservativo puede producir molestias y/o aumentarlas durante las relaciones sexuales. Por este motivo, es importante asesorar en el uso de **lubricantes de base acuosa**, facilitar su accesibilidad[2] y, a la vez, informar que el uso de cremas, aceites, vaselina y otros lubricantes de base grasa, disminuyen la protección proporcionada por los métodos de barrera.

13.2.2.2. Anticonceptivos hormonales combinados (AHC) (orales, inyectables, parches, anillos vaginales)

Beneficios no anticonceptivos en la perimenopausia con el uso de *anticonceptivos hormonales combinados (AHC):*

• *Salud ósea:* podría ayudar en el mantenimiento de la densidad mineral ósea.

• *Dismenorrea y control del ciclo:* regularizaría los ciclos y disminuiría el sangrado y el dolor menstrual.

• *Síntomas vasomotores:* algunas mujeres se verían más beneficiadas con los regímenes extendidos (se utilizan de manera continua, sin intervalos libres, por lapsos de 3 a 6 meses).

• *Cáncer de ovario y endometrio:* provee un efecto protector contra estos cánceres, que continúa por más de quince años luego de su discontinuación. También disminuye la incidencia de quistes de ovario.

• *Patología mamaria benigna:* reduciría la incidencia de patología mamaria benigna.

• *Cáncer colorrectal:* reduciría el riesgo de este tipo de cáncer en las usuarias actuales o recientes

Controversias en el uso de AHC:

• *Cáncer de mama:* la evidencia que relaciona los AHC con el cáncer de mama no es concluyente.

• *Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular:* en mujeres en edad reproductiva, la morbilidad y la mortalidad por tromboembolismo venoso (TEV), infarto de miocardio (IM) o accidente cerebrovascular (ACV) es rara, pero el riesgo aumenta con la edad y con el uso de AHC.

• *El cigarrillo y la edad* son factores de riesgo independientes para las enfermedades cardiovasculares. Las mujeres ≥ de 35 años que fuman menos de quince cigarrillos por día corresponden a la *Categoría 3* y las que fuman ≥ de quince cigarrillos corresponden a la *Categoría 4* de los *Criterios de elegibilidad de la OMS.*

• *Leve aumento del riesgo de ACV isquémico* que se asociaría al uso de AHC.

• *La hipertensión arterial* aumentaría el riesgo de ACV e IM en las usuarias de AHC.

• *Las mujeres con enfermedad cardiovascular, ACV o migraña* con y sin aura presentan **contraindicación** para el uso

2. El Ministerio de Salud de la Nación distribuye sobres de 3 g. de gel lubricante en base acuosa, que están disponibles en todos los efectores de salud.

de AHC, al igual que las que presentan múltiples factores de riesgo (edad avanzada, tabaquismo, diabetes e hipertensión).

En mujeres ≥ de 40 años y en ausencia de otra condición clínica adversa, los AHC pueden utilizarse hasta la menopausia (Categoría 2 de los Criterios de elegibilidad de la OMS). En estos casos, cuando se prescriben AHC, la primera opción en **anticonceptivos orales** es aquella que contenga la **menor dosis de estrógeno** que provea un adecuado control del ciclo.

La tensión arterial debe ser medida antes y al menos 6 meses después de iniciado el uso de AHC en mujeres mayores de 40 años y monitorearla por lo menos una vez por año.

13.2.2.3. Anticonceptivos hormonales sólo de progestágeno (orales, inyectables, implantes y SIU - liberador de levonorgestrel)

Beneficios:

• *Síntomas vasomotores:* el uso de progestágenos inyectables reduciría estos síntomas.

• *Dismenorrea:* su uso podría aliviar la dismenorrea.

• *Patrones de sangrado:* sus alteraciones son frecuentes entre las usuarias y es una causa habitual de discontinuación del método. Sin embargo, quienes presentan ciclos irregulares o sangrados abundantes se beneficiarían de la amenorrea que puede producir.

• *Está aprobado el uso del SIU (liberador de levonorgestrel)* en el tratamiento de la metrorragia idiopática. **Es una opción de utilidad en el sangrado menstrual abundante**, frecuentemente observado en las mujeres mayores de 40 años luego que otras patologías hayan sido excluidas.

• *Métodos reversibles de larga duración:* progestágenos inyectables de depósito, implantes y SIU pueden ser tan efectivos como la anticoncepción quirúrgica.

• *El retorno de la fertilidad* puede llegar a postergarse hasta 1 año luego de la discontinuación de los progestágenos inyectables de depósito.

Controversias:

• *Cáncer de mama:* La evidencia que relaciona los anticonceptivos sólo de progestágenos (ASP) y el cáncer de mama no es concluyente.

• *Salud ósea:* el uso de inyectables de progestágenos (AMPD) se asocia con una leve disminución de la masa ósea, que generalmente se recupera luego de la discontinuación. Se desconoce si este efecto aumenta el riesgo de fractura luego de la menopausia.

• *Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular:* aunque los datos son limitados, el uso de ASP no se ha asociado con el aumento de riesgo de ACV o IM. Se describe un aumento leve o nulo en el riesgo de TEV.

• *Potencial impacto negativo en el metabolismo lipídico.* La indicación de inyectables de progestágenos (AMPD) en las mujeres con múltiples factores de riesgo arterial cardiovascular corresponde a la *Categoría 3 de la OMS.*

13.2.2.4. Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

No existe ninguna restricción en el uso de la *AHE* en relación a la edad y puede ser utilizada incluso por aquellas mujeres que tienen contraindicada la anticoncepción hormonal de manera continua.

13.2.2.5. Dispositivos intrauterinos

Las alteraciones en el patrón de sangrado menstrual son frecuentes en la perimenopausia, como también ocurre en las usuarias de *DIU*. Las menstruaciones abundantes y prolongadas, el dolor menstrual y el sangrado intra-cíclico son frecuentes en los primeros 3-6 meses post inserción.

La tasa de expulsión disminuye a medida que aumenta la edad de la mujer; es menor en mujeres mayores de 40 años. La inserción puede resultar más dificultosa, a causa de la menor elasticidad del canal cervical.

13.2.2.6. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer (MBCF)

La frecuencia de ciclos irregulares y anovulatorios, hace dudosa la interpretación del moco cervical y dificulta la aplicación de *MBCF* de manera segura durante la perimenopausia.

13.2.2.7. Anticoncepción quirúrgica

La ligadura de trompas no presenta diferencias en los beneficios con respecto a mujeres de otra edad. En el caso de los riesgos, estarían asociados al evento quirúrgico en sí mismo en relación a la edad de la mujer.

13.2.3. ¿Cuándo debe discontinuarse el método anticonceptivo?

Anticoncepción hormonal

La **edad** y el **patrón menstrual** son los elementos de mayor utilidad para determinar la probabilidad de la aproximación a la menopausia, sin embargo este último parámetro está alterado en la usuaria de anticoncepción hormonal. Debe informarse a las mujeres que utilizan anticoncepción hormonal que la amenorrea no es un indicador confiable de falla ovárica.

En las mujeres ≥ 50 años que están en amenorrea y utilizan ASP (píldoras, implantes o SIU), es posible realizar la medición de FSH (Hormona Folículo Estimulante) sérica. La valoración de dos determinaciones de FSH ≥ 30 UI /L con un intervalo de seis semanas permitiría discontinuar el método anticonceptivo luego de un año. Otra alternativa sería continuar el método hasta los 55 años.

La FSH no es de utilidad en las mujeres usuarias de anticonceptivos hormonales combinados (AHC), aunque sea medida en el intervalo libre de uso. Su medición tiene valor sólo si se hace luego de sesenta días de la suspensión del AHC. En este caso, se sugiere en este período de espera pasar a un método no hormonal o a un ASP no inyectable.

En el caso de las usuarias de inyectables sólo de progestágenos, se suspendería a la edad de 50 años y se continuaría con un método no hormonal hasta registrar dos años de amenorrea o se rotaría a otro ASP.

Si se realiza la inserción del SIU a partir de los 45 años con indicación anticonceptiva, se puede continuar su uso hasta 7 años.

Anticoncepción no hormonal

Las mujeres que utilizan anticonceptivos no hormonales podrán suprimir el método o retirarse el DIU luego de un año de amenorrea en las mayores de 50 años y luego de dos años en las menores de 50.

En el caso del DIU, si contiene ≥ 300 mm² de cobre y fue insertado a partir de los 40 años, se podrá continuar el uso hasta que se alcance la menopausia o hasta que la anticoncepción no sea requerida.

Con la menopausia concluye la etapa fértil de la mujer, pero no la vida sexual. Recomendar el uso de preservativos y asesorar sobre la técnica de uso correcto contribuye a prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH/Sida.

Indicadores para sugerir a la mujer que vuelva a la consulta:

Resulta clave habilitar el acceso a nuevas consultas de seguimiento de la mujer en esta etapa de la vida cuando se encuentra usando métodos anticonceptivos. Además de las condiciones que implica el uso de cada método específicamente, en usuarias que están atravesando su perimenopausia es importante tener en cuenta las siguientes pautas de cuidado para sugerirles volver a consulta:

- Si hay algún cambio en las condiciones de salud que pueda condicionar la continuidad del método (porque se lo dijo el médico clínico o porque ella lo considera teniendo en cuenta la información recibida cuando eligió el método).

- Al cumplir 50 años.

- Si presenta nuevos síntomas con las menstruaciones, como más dolor, sangrado irregular o sangrado abundante, considerando que tanto las alteraciones menstruales como otras patologías ginecológicas son frecuentes en las mujeres ≥ 40 años.

- Si luego de 3-6 meses de la inserción de un DIU/SIU continúa con las alteraciones en el sangrado.

Capítulo 14

Anticoncepción post evento obstétrico

Puntos clave

- La internación, tanto por post parto como post aborto, es una oportunidad privilegiada para realizar otras intervenciones de cuidado para la salud de la mujer, que contribuyan a la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil.
- Dentro de estas acciones, son fundamentales la asesoría o consejería en salud sexual y reproductiva, y facilitar la entrega de métodos anticonceptivos al momento del alta de la internación.
- Debe brindarse información clara sobre el mecanismo de acción de los MAC y su relación con la leche materna.
- La mujer no necesita discontinuar la lactancia para poder comenzar el uso de un método anticonceptivo hormonal.
- La situación particular de post aborto no contraindica ningún método anticonceptivo en la mujer. Puede usar el método anticonceptivo que elija, previa consejería y con base en los Criterios de elegibilidad de la OMS.

INTRODUCCIÓN

La concurrencia de una mujer en edad fértil al sistema de salud siempre representa una oportunidad para que el equipo de salud acompañe la atención con pautas de cuidado que contribuyan a la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil.

Si bien muchas mujeres concurren en forma anual a la revisión ginecológica, muchas otras sólo tienen contacto con los servicios de ginecología y obstetricia cuando están embarazadas - sea para realizar los controles o el parto- o ante una situación de aborto. Estos momentos son una oportunidad para realizar la consejería en salud sexual y reproductiva y la entrega de métodos anticonceptivos que es importante no dejar pasar.

Tanto durante el puerperio como luego de un aborto, la mujer puede utilizar métodos anticonceptivos para prevenir un nuevo embarazo. Es necesario conocer las particularidades de estos dos momentos, para informarla sobre las diferentes opciones posibles y acompañar a la mujer en su elección.

14.1. ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO Y LA LACTANCIA

Puntos clave

- La lactancia disminuye la fertilidad, pero debe tenerse en cuenta que la anovulación puede esperarse siempre y cuando se sostenga la *lactancia exclusiva.*
- El riesgo de embarazo aumenta con la primera menstruación post parto o con la introducción de alimentos suplementarios en la alimentación del bebé.
- Existen métodos que pueden utilizarse durante la lactancia para garantizar una anticoncepción más segura, y que no dependen de la misma.
- La mujer que no amamanta puede optar por cualquier método anticonceptivo, según sus preferencias y condiciones médico clínicas, sociales y de accesibilidad.
- Si la asesoría pudo concretarse antes del parto, y la mujer eligió anticoncepción quirúrgica o colocación de DIU, puede aprovecharse la oportunidad de la internación por parto para su concreción.
- En caso de AQ, es recomendable realizar la consejería durante los controles obstétricos, e incluir el consentimiento informado firmado dentro de la documentación que llevará la mujer al momento del parto.

El embarazo, el parto y los días posteriores al nacimiento constituyen momentos fundamentales en la vida de las personas, a la vez que instancias claves para las intervenciones médicas y de cuidado de la salud.

Dado que cerca de 100% de los partos son institucionales y que las mujeres permanecen internadas un promedio de 48 horas, este momento es una oportunidad privilegiada para que el equipo de salud acompañe la atención con pautas de cuidado para la mujer que contribuyan a la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil.

Dentro de estas acciones, la asesoría o consejería en salud sexual y reproductiva *antes y después del parto*, y facilitar la *entrega de métodos anticonceptivos* al momento del alta de la internación, son fundamentales.

Dar espacio a la asesoría antes del parto permite a la mujer estar en mejores condiciones para tomar una decisión en relación a la anticoncepción. Es más importante aún en el caso de que elija la **anticoncepción quirúrgica**, por la relevancia que tiene esta decisión en su vida. Si durante el transcurso del embarazo la mujer decide realizarse una ligadura tubaria, ya sea por solicitud espontánea o por decisión luego de una consejería, es importante firmar el consentimiento en ese momento.

Es conveniente en estos casos incluir el consentimiento informado firmado dentro de la documentación que va a llevar la mujer al momento del parto. Y es fundamental que el/la profesional hospitalario tenga en cuenta esta decisión sin necesidad de volver a realizar otra acción, más que la correspondiente a garantizar la intervención quirúrgica.

Para el caso de que la mujer elija un **DIU**, también es necesario considerar la posibilidad de colocarlo post parto inmediato. Algunas mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad personal, o que por cualquier razón su acceso al centro de salud se dificulta y eligen el DIU, pueden aprovechar la oportunidad para la inserción de este MAC.

Es sobre todo en estos casos que resulta indispensable facilitar la articulación entre los distintos niveles de atención de la mujer embarazada.

Consideraciones a tener en cuenta por el equipo de salud:

- En relación a la lactancia:

La lactancia disminuye la fertilidad: Luego del parto, los niveles de progesterona y estrógeno decrecen, permitiendo el retorno gradual de la secreción de LH y FSH. El retorno de la ovulación, y por lo tanto de la fertilidad, ocurren aproximadamente a las 4 a 6 semanas post parto en la mujer que no amamanta. En la mujer que amamanta se extiende el período de anovulación, observándose suprimida la acción de la LH. La succión reiterada del pezón lleva a una serie de reacciones hipotalámicas que culminan en la producción de más leche y anovulación. La anovulación se puede esperar siempre y cuando se sostenga la lactancia exclusiva.[1]

Definiciones a tener en cuenta:

Lactancia exclusiva: significa que el bebé, además de la leche materna, no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua.

Lactancia casi exclusiva: significa que el bebé recibe algo de líquido o alimento además de la leche materna, pero que más de tres cuartas partes de lo que ingiere es leche materna.

1. Ver con mayor detalle en este mismo capítulo *Método Lactancia y Amenorrea (MELA).*

- Inicio de la ovulación:

En las mujeres que no amamantan o no se encuentran dando lactancia exclusiva o casi exclusiva, el riesgo de embarazo durante los primeros 21 días luego del nacimiento es bajo. Pasado este lapso el riesgo aumenta, pudiendo producirse la ovulación aún antes de presentar la menstruación. La lactancia exclusiva o casi exclusiva retarda la posibilidad de ovulación.

- Riesgo de Tromboembolismo Venoso Profundo (TVP)

- **El riesgo de TVP es elevado en las mujeres durante el embarazo y el puerperio,** ya que existe un estado de hipercoagulabilidad. Este riesgo es mayor durante las primeras semanas luego del nacimiento, disminuyendo a valores basales anteriores al embarazo alrededor de las 6 semanas post parto.

- **Este riesgo de TVP es el mismo** en las mujeres que amamantan que en las que no lo hacen.

14.1.1. Consejería en el parto, puerperio y lactancia

La situación de periparto es un momento especial para la mujer y su grupo de pertenencia, donde el foco está puesto en la adaptación a la nueva situación personal y familiar. Por ese motivo, la consejería debe adaptarse en modalidad y tiempos al contexto de la internación. Aún en la internación, la consejería requiere de un ambiente privado, íntimo y confidencial donde se considere la opinión y puntos de vista individuales de la mujer propiciando que tome sus propias decisiones en forma consciente e informada.

Muchas mujeres no vuelven a consultar por ellas mismas, pero sí lo hacen por sus hijos, razón por la cual es conveniente antes del alta trabajar en pos de construir un vínculo empático que facilite la adherencia a los controles post parto, donde pueda continuarse con el cuidado en relación a la salud sexual y reproductiva.

En las estrategias para aumentar la accesibilidad a los métodos anticonceptivos resulta conveniente sumar a integrantes del servicio de neonatología o a los equipos que continúan con la atención del recién nacido.

Durante **el alta y antes de que la mujer** se retire del centro hospitalario, hay que brindar información clara y concreta sobre cómo acceder a los lugares donde puede recibir atención en anticoncepción y retirar periódicamente el método elegido. Con este fin, es de suma utilidad contar con folletería, dar la información también por escrito o incluirla en la libreta sanitaria.

Resulta de buena práctica **incluir en la documentación del alta** *una nota de contra-referencia de la anticoncepción* **para el consultorio externo** o el centro de salud donde la mujer continuará su atención o donde podrá seguir retirando el método. Para esto es necesario que el equipo de salud cuente con información actualizada de los efectores que prestan servicios en salud sexual y reproductiva cercanos al domicilio de la usuaria, si es posible con horarios de atención y modos de acceso (turno espontáneo, programado, derivación, etc.).

Aspectos importantes a trabajar en la consejería del periparto:

✔ Conversar sobre la conveniencia de espaciar los embarazos, y brindar información sobre los riesgos asociados a un nuevo embarazo temprano, tanto para la mujer como para el hijo que tiene y el que vendrá.

✔ Estimular la lactancia materna.

✔ Informar que no necesita discontinuar la lactancia para poder comenzar el uso de un método anticonceptivo hormonal. Dar información clara sobre el mecanismo de acción de los métodos y su relación con la leche materna.

✔ Explicar que la amenorrea está asociada a un alto grado de protección contra el embarazo pero sólo en mujeres que dan lactancia exclusiva y que aún no menstrúan. Antes de que el niño comience a incorporar alimentos, es conveniente haber decidido con qué método continuar, si es que esta usando un método que se relacione con la amenorrea por lactancia (ver MELA y Minipíldora).

✔ Remarcar que el riesgo de quedar embarazada aumenta con la primera menstruación post parto o con la introducción de alimentos suplementarios en la alimentación del bebé.

✔ Informar que existen métodos que pueden utilizarse durante la lactancia para garantizar una anticoncepción más segura, y que no dependen de la misma.

✔ Proveer el método anticonceptivo en caso de que elija uno.

14.1.2. ¿Qué métodos anticonceptivos pueden usarse durante el puerperio?

Para valorar la seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos luego de que una mujer ha tenido un parto vaginal o cesárea, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

• **Las preferencias y posibilidades de la mujer** para sostener la adherencia al método anticonceptivo, y la situación de contexto para acceder a ellos.

• **El tiempo transcurrido desde el parto** ya que la indicación de inicio del método varía según el mismo: por ejemplo, el DIU puede colocarse inmediatamente después del parto hasta las 48 hs., o luego de las cuatro semanas, mientras que los tiempos de inicio para métodos hormonales son otros.

• **Si está amamantando:** si se encuentra con lactancia exclusiva (es decir, el bebé sólo se alimenta con leche materna) o si el bebé se encuentra recibiendo otros alimentos.

• **Si no está amamantando, o no debe amamantar.**

• **Si ya empezó a menstruar, se encuentre o no amamantando.** El inicio de las menstruaciones indica que no serán efectivos los métodos basados en la lactancia o la anticoncepción hormonal de progestágenos no anovulatorios (Minipíldora).

• **Si tiene alguna otra condición que pueda condicionar la elección del método:** al igual que cualquier mujer, es necesario tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos según la situación singular de la persona.

Cuadro 14.1. Resumen de los métodos que pueden utilizarse durante el puerperio, y momento de inicio[2]

Método	Momento de inicio del método	
	Con lactancia exclusiva o casi exclusiva	Con lactancia parcial o no amamanta
Método de amenorrea de lactancia (MELA)[3]	Inmediatamente	No corresponde
Preservativos masculinos o femeninos	Inmediatamente	
Espermicidas	Inmediatamente	
Diafragma	A partir de 6 semanas luego del parto	
Anticonceptivos sólo de progestágenos:		
ASP orales (levonosgestrel, linestrenol, desogestrel) AMPD (inyectable trimestral) Implantes	A partir de las 6 semanas después del parto[4]	*-A partir de 6 semanas después del nacimiento si está amamantando parcialmente.*[5] *-Inmediatamente si no está amamantando.*
Anticoncepción de Emergencia	Puede ser utilizada en cualquier momento.	
Anticonceptivos combinados: orales (ACO), inyectables mensuales (ACI), parches, anillos vaginales.	- A partir de 6 meses después del nacimiento.	*Si está amamantando parcialmente: a partir de las 6 semanas post parto.* *Si no está amamantando: a partir de los 21 días hasta las 6 semanas (42 días) post parto si no tiene otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso.*[6] *A partir de los 42 días, se utilizan para la indicación los mismos criterios que para una mujer fuera del puerperio.*
DIU T cobre	Dentro de las 48 horas post parto o a partir de la cuarta semana post parto o cesárea.	
SIU	A partir de la 4º semana post parto o cesárea.	
Ligadura tubaria	Dentro de los 7 días. Caso contrario, esperar 6 semanas.	
Vasectomía	En cualquier momento. Si se la realiza dentro de los primeros 6 meses de embarazo, será eficaz para el momento del parto.	
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	Comenzar cuando se hayan tenido tres ciclos menstruales regulares. Esto es más sencillo para aquellas mujeres que no amamantan.	

2. Extraído de Planificación familiar: un manual para proveedores. OMS, 2007.
3. Ver *MELA* más adelante en este capítulo.
4. Antes de las seis semanas, según los criterios de elegibilidad del Reino Unido, los ASP orales e implante son categoría 1 y el AMPD 2; y según los criterios del CDC de EEUU, los tres métodos son categoría 2. La recomendación del PNSSyPR es que la mujer se retire al alta médica con el método, en el caso de haber optado por alguna de estas opciones. Se prioriza no perder la oportunidad.
5. Idéntica recomendación que para la nota al pie anterior: se recomienda priorizar que al momento del alta médica se retire con el anticonceptivo.
6. Para las mujeres que NO amamantan: con menos de 21 días de puerperio, el uso de ACO puede implicar un riesgo adicional de TVP, por lo cual es Categoría 3 de la OMS. Si existen además otros factores de riesgo de TVP (como antecedente de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión durante el parto, IMC mayor a 30 kg/m2, hemorragia post parto, post cesárea inmediato, preeclampsia, tabaquismo) es Categoría 4. En mujeres con más de 21 días de puerperio: es Categoría 2 si no presenta otros factores de riesgo, y Categoría 3 si los presenta. A partir de los 42 días del puerperio, el uso de ACO es Categoría 1 de la OMS.

14.1.2.1. Métodos anticonceptivos que pueden usarse en la lactancia

Requisitos de un MAC para la lactancia:
- *Que no produzca cambios en la calidad ni la cantidad de leche o la duración de la lactancia.*
- *Que no tenga efectos sobre el lactante.*
- *Que mantenga eficacia anticonceptiva.*

1. Métodos de barrera:
Durante la lactancia pueden usarse métodos de barrera del mismo modo que lo hace una mujer no puérpera. Si usa diafragma, puede retomar su uso 6 semanas post parto, teniendo en cuenta que si lo usaba antes del mismo es necesario actualizar la medida.

Recomendar el uso de preservativos y asesorar sobre la técnica de su uso correcto contribuye a prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/Sida. Nunca debe darse por sentado que las personas conocen el uso correcto del preservativo.

2. MELA (Método de Lactancia y Amenorrea):
Es el método que usa la **amenorrea** (ausencia de menstruación) asociada a la **lactancia exclusiva** para evitar un nuevo embarazo. Actúa mediante la anovulación producida por la inhibición del eje hormonal femenino ejercida por los niveles altos de prolactina. Una vez que la mujer suspende la lactancia exclusiva o casi exclusiva, disminuyen los niveles de prolactina necesarios para mantener inhibido el eje hormonal, por lo cual se reinician los ciclos.

La lactancia es la forma de alimentación más saludable para la mayoría de los bebés durante por lo menos los primeros seis meses de vida. Conjuntamente con otros alimentos, la leche materna puede ser parte primordial de la dieta del niño o niña hasta los dos años de edad.

CONDICIONES PARA QUE EL MÉTODO MELA SEA EFECTIVO:

- Lactancia exclusiva.
- Amenorrea.
- Hasta los primeros 6 meses post parto.

Si alguna de las tres condiciones previas cambia y la mujer no desea otro embarazo, debe agregarse otro método anticonceptivo.

Condiciones del amamantamiento para el uso de MELA:

- La frecuencia con que la mujer amamanta al bebé debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 hs.

- No reemplazar la lactancia con otros alimentos, los cuales no deben superar el 10% del total ingerido por el bebé.

- La lactancia debe ser diurna y nocturna.

- El MELA se discontinúa con un solo intervalo de 10 horas o intervalos frecuentes de más de 6 horas entre los amamantamientos.

Es muy conveniente asesorar a la mujer que está usando MELA para que decida el método alternativo con el que va a seguir si alguna de estas condiciones cambia. Realizar la recomendación sobre cómo iniciar el nuevo método, e incluso tener prevista la entrega antes de que lo necesite, contribuirá a disminuir la posibilidad de un embarazo no planificado.

No se puede recomendar MELA como método anticonceptivo con:

• Aparición de la menstruación.

• Bebé mayor de seis meses.

• Lactancia no exclusiva o frecuencias discontinuadas con intervalos largos.

• Ingesta materna de medicamentos *(reserpina, ergotamina, antimetabolitos, cortisona, ciclosporina, bromocriptina, medicamentos radiactivos, litio, algunos anticoagulantes).*

• Consumo problemático de alcohol o de drogas ilegales.

• Madres VIH positivas o con hepatitis viral activa: en ambas la lactancia esta contraindicada (para evitar la transmisión vertical).

Eficacia: Si se cumplen todas las condiciones es de un 98% durante los primeros 6 meses post parto (2 embarazos cada 100 mujeres que usan el método correctamente en los primeros seis meses post parto).

Cuando una mujer se encuentra amamantando, con el fin de aumentar la eficacia del MELA y garantizar una anticoncepción más segura, se recomienda combinar éste con otros métodos.

Cuadro 14.2. Características del MELA

Ventajas del MELA	Desventajas del MELA
• Ayuda a promover hábitos de lactancia materna. • Puede usarse inmediatamente después del parto. • Está desvinculado del coito.	• La lactancia frecuente puede crear inconvenientes o dificultades para algunas madres, en particular las que trabajan y están fuera de su período de licencia (si lo tienen). • Es necesario tener presente el tiempo de duración del método y anticipar con qué método se continuará, para tenerlo accesible y administrado, y no interrumpir la anticoncepción. • No brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/Sida.

3. Dispositivo intrauterino (DIU):
Es un método de alta efectividad que no depende del uso por parte de la usuaria y no tiene ningún efecto en la lactancia.

Momento de la inserción:

• Post parto:

Puede ser una oportunidad de acceso a mujeres en situaciones de vulnerabilidad aumentada.

1) Post alumbramiento: 10 minutos de la expulsión de la placenta.

2) Post parto inmediato (hasta 48 hs post parto).

En ambas oportunidades, no hay aumento en el riesgo de infección, perforación o sangrado. Hay un aumento en la tasa de expulsión que va del 9 al 38%, por lo que debe brindarse información para que la mujer esté atenta y concurra a control si es necesario. La técnica de colocación requiere mayor entrenamiento del profesional.

3) A partir de la 4º semana post parto: con iguales condiciones y características que en todas las mujeres.

Hay evidencia de que no es aconsejable la inserción del DIU en las primeras 4 semanas luego de las 48 hs post parto porque en este período aumenta la tasa de perforación uterina y de expulsión.

• Post cesárea:

1) La inserción a través de la incisión de la cesárea se considera segura aunque presenta las mismas desventajas que la colocación post parto.

2) A partir de la 4º semana post cesárea.

Ventajas del DIU en el puerperio y lactancia:

• Prevención efectiva a largo plazo aún después de los controles del evento obstétrico.

• Puede insertarse inmediatamente en el post parto o cesárea.

• No alteran la cantidad ni calidad de la leche materna

Desventajas: las mismas que en todas las mujeres.

4. Ligadura tubaria:

Es un método altamente efectivo que provee anticoncepción permanente a aquellas mujeres que no desean tener más hijos y que no requiere ninguna acción por parte de la usuaria. Si la mujer lo decide, la instancia de internación por el parto es una oportunidad que debe aprovecharse para la accesibilidad al mismo.

• Puede realizarse inmediatamente después del parto. Es altamente recomendable realizarlo mientras la mujer permanece hospitalizada.

• No altera la cantidad ni calidad de la leche materna.

• Presenta baja frecuencia de complicaciones relacionadas con la cirugía: infección, daños a otros órganos, riesgos anestésicos.

• No brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH.

Sobre la Consejería y el consentimiento para LT:

Se recomienda realizar la consejería y la firma del consentimiento informado durante los controles del embarazo. Sin embargo, también puede realizarse durante el ingreso a la internación de parto:

✓ ***Si la mujer toma la decisión durante el transcurso del embarazo,*** es conveniente firmar el consentimiento en ese momento e incluirlo dentro de la documentación que va a llevar al momento del parto. Es fundamental que el/la profesional hospitalario tenga en cuenta esta decisión sin necesidad de volver a realizar otra acción más que la correspondiente a garantizar la intervención quirúrgica.

✓ ***Si la mujer no llegó a firmar el consentimiento informado previo a la internación,*** pero recibió la consejería y expresa su decisión de hacerse la ligadura tubaria, se recomienda facilitar la firma del consentimiento y realizar la práctica.

5. Métodos hormonales sólo de progestágenos orales NO anovulatorios (levonorgestrel/ linestrenol):

En el *Capítulo 7 Métodos hormonales sólo de progestágenos,* se desarrolla en profundidad las características para la elección,

uso del método y atención de la salud.

Aquí se resaltan algunos puntos esenciales:

• *Inicio de la toma:* La OMS recomienda comenzar con la toma de las pastillas, seis (6) semanas después del nacimiento. Y aclara que, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptado por la mujer, el equipo de salud puede considerar adelantar el comienzo de la toma.

A su vez, según los criterios de elegibilidad del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists del Reino Unido, los ASP orales se consideran categoría 1 antes de las 6 semanas postparto; y según los criterios del Center of Disease Control and Prevention (CDC) de EEUU, son categoría 2.

• Es altamente conveniente entregar los ASP orales al momento del alta y brindar información de cómo y cuándo comenzar la toma.

La recomendación del PNSSyPR es que la mujer siempre se retire al alta médica luego del evento obstétrico con el método anticonceptivo, en caso de haber elegido alguna de las opciones posibles.

6. Métodos hormonales sólo de progestágenos anovulatorios: desogestrel, inyectable trimestral (AMPD) e implantes:

Son métodos que actúan también inhibiendo la ovulación y que pueden ser usados por la mujer durante la lactancia. Cada uno de ellos tiene características particulares para el uso que es necesario conocer en profundidad antes de brindar información a la mujer, y que son independientes de la lactancia. Para ver en profundidad estos métodos, consultar el ***Capítulo 7 Métodos hormonales sólo de progestágenos.***

• *Inicio de la toma:* La OMS recomienda iniciarse a partir de las 6 semanas después del parto. En circunstancias especiales, podrá decidirse el inicio del anticonceptivo sólo de progestágenos antes de las 6 semanas. Esto depende de la situación contextual de la mujer y los riesgos asociados a su salud.[7]

• Si la mujer comienza a menstruar, disminuye el ritmo de la lactancia o el bebé incorpora otros alimentos, igualmente puede seguir utilizando estos métodos, ya que su mecanismo de acción es la anovulación.

7. Métodos hormonales combinados: anticonceptivos orales (ACO), inyectables mensuales, parches y anillos vaginales:

Los anticonceptivos hormonales que contienen estrógenos pueden ser una alternativa para uso en la lactancia. Sin embargo, presentan algunas características que hay que tener muy en cuenta para brindar información y acompañar la atención de la mujer:

• Los estrógenos pueden influir en la cantidad y calidad de la leche materna, por lo que es conveniente **iniciar su uso en la lactancia luego de los seis meses, momento en que el bebé incorpora otros alimentos.**

• Pueden pasar a la leche materna y por ende al bebé, pero no se encontraron efectos deletéreos ya que con las dosis actuales, la cantidad es muy pequeña.

7. Según los criterios de elegibilidad del Reino Unido, los ASP orales e implante son categoría 1 y el AMPD 2; y según los criterios del CDC de EEUU, los tres métodos son categoría 2. La recomendación del PNSSyPR es que la mujer se retire al alta médica con el método, en el caso de haber optado por alguna de estas opciones. Se prioriza no perder la oportunidad.

• El período fisiológico de hipercoagulabilidad del parto y del puerperio inmediato se suma al aumento de riesgo de trombosis propio de los ACO.

• Durante la lactancia exclusiva o casi exclusiva, puede iniciarse la toma de ACO a partir de los 6 meses post parto. Según los **Criterios médicos de elegibilidad de OMS, antes de las 6 semanas es categoría 4 y entre las 6 semanas y los 6 meses es categoría 3.**

8. Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE):
La anticoncepción hormonal de emergencia puede ser usada sin problemas durante la lactancia. No tiene ninguna contraindicación. En la consejería o en la consulta anticonceptiva es conveniente brindar información sobre cómo usar correctamente la AHE y cómo continuar con el método que venía usando, abriendo la posibilidad para que la mujer vuelva a la consulta con cualquier duda que se le presente al respecto.

Al igual que en todas las circunstancias, debe facilitarse la entrega de la AHE siempre que las personas lo soliciten.

Es una buena práctica asesorar a la mujer sobre Anticoncepción Hormonal de Emergencia en la consejería antes y después del parto y durante la lactancia. Brindar información sobre la forma de uso y proveerla de AHE al alta del parto, en los controles del puerperio o en los del niño, contribuye a evitar un embarazo no planificado.

9. Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU):
Puede ser usado en mujeres que amamantan, no afecta la calidad y cantidad de la leche y puede insertarse después de la 6° semana post parto.

no hayan iniciado sus ciclos menstruales, si existen riesgos o dudas de que esté embarazada, se puede realizar un test de embarazo.

• Si se indica un método hormonal deberá utilizarse un método adicional (por ej.: preservativo) durante los primeros 7 días.

14.1.2.2. Métodos anticonceptivos que pueden usarse en la mujer que no está amamantando

La *mujer que no amamanta* puede optar por cualquier método anticonceptivo, según sus preferencias y condiciones médico clínicas, sociales y de accesibilidad. La condición post parto o cesárea implica tener presente cuál es el momento adecuado de inicio del método elegido.

Al momento de iniciar el método en mujeres que no hayan iniciado sus ciclos menstruales, si existen riesgos o dudas de que esté embarazada, puede realizarse un test de embarazo. Si se indica un método hormonal, deberá utilizarse un método adicional (por ej.: preservativo) durante los primeros 7 días.

Criterios de elegibilidad:

La última actualización de los *Criterios de elegibilidad de la OMS* informó que para las mujeres que NO amamantan:
- Con menos de 21 días de puerperio, el uso de ACO puede implicar un riesgo adicional de TVP, por lo cual es *Categoría 3 de la OMS.* Si existen además otros factores de riesgo de TVP (como antecedente de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión de sangre durante el parto, índice de masa corporal mayor

a 30 kg/m2, hemorragia post parto, post cesárea inmediato, preeclampsia, tabaquismo) es Categoría 4.

- Entre 21 y 42 días de puerperio, es *Categoría 2* si no presenta otros factores de riesgo, y Categoría 3 si los presenta.

- A partir de los 42 días del puerperio, el uso de ACO es *Categoría 1* de la OMS. A partir de los 42 días, se utilizan para la indicación los mismos criterios que para una mujer fuera del puerperio, siendo Categoría 1 de la OMS.

Cuadro 14.3. Criterios de elegibilidad de la OMS. Anticonceptivos post parto.

		ACO, ACI, Anillos, Parches*	ASP orales, AMPD, Implantes**	DIU cobre
Lactancia materna	Hasta las 6 semanas postparto	4	3 [8]	
	6 semanas a 6 meses postparto (con lactancia exclusiva)	3	1	
	6 meses postparto o más	2	1	
Postparto (no amamantando)	Menor a 21 días	3 /4 [9]	1	
	Entre 21 días y 42 días	2/3 [10]	1	
	Mayor a 42 días	1	1	
Postparto (amamantando o no, incluido post cesárea)	Menor a 48 horas			1
	Entre 48 horas y 4 semanas			3
	Mayor a 4 semanas			1

(*) Anticonceptivos Hormonales Combinados.
(**) Anticonceptivos sólo Progestágenos.
8. Según los criterios de elegibilidad del Reino Unido, los ASP orales e implante son categoría 1 y el AMPD 2; y según los criterios del CDC de EEUU, los tres métodos son categoría 2. La recomendación del PNSSyPR es que la mujer se retire al alta médica con el método, en el caso de haber optado por alguna de estas opciones. Se prioriza no perder la oportunidad.
9. Si la mujer presenta otros factores de riesgo de TVP (antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, BMI mayor a 30 kg/m2, hemorragia postparto, preclampsia, tabaquismo), es categoría 4.
10. Si la mujer presenta otros factores de riesgo de TVP (idem anterior), es categoría 3.

14.2. ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

Puntos clave

- Después de un aborto o pérdida de un embarazo, la fertilidad se restablece rápidamente luego de unas pocas semanas, por lo que la mujer necesita empezar a usar un MAC casi de inmediato para evitar un embarazo no deseado.
- Brindar un MAC post aborto puede evitar la repitencia de nuevas situaciones de embarazos no buscados y nuevos abortos.
- La situación particular de post aborto no contraindica ningún método anticonceptivo en la mujer, de acuerdo con los Criterios de elegibilidad de la OMS.

La *pérdida de un embarazo* es otro momento en el que las mujeres, en la mayoría de los casos, concurren al sistema de salud para recibir tratamiento, ya sea de manera ambulatoria o con internación.

Aproximadamente un 10 a 20% de los embarazos clínicamente reconocidos evolucionan a un aborto espontáneo. Según datos de estadísticas hospitalarias del sistema público de salud del Ministerio de Salud de la Nación, durante 2008 se registraron 55.308 egresos hospitalarios por aborto en el país. Su proporción en relación a los egresos por parto es del 18%.

El momento de la pérdida de un embarazo es una adecuada oportunidad para realizar otras intervenciones de cuidado para la salud de la mujer. La consejería en salud sexual cobra especial importancia, sobre todo cuando está asociada además a facilitar el acceso al método anticonceptivo cuando la mujer lo requiera.

Es importante, a su vez, tener en cuenta el gran número de interrupciones voluntarias de los embarazos que se producen de manera clandestina en la Argentina. Esta situación genera cada año la muerte de aproximadamente 100 mujeres por complicaciones de abortos inseguros. Estas muertes se deben a la utilización de procedimientos inseguros y a la demora en la búsqueda de atención médica, principalmente por problemas asociados a la clandestinidad legal, social y familiar en las que suele realizarse la práctica.

A estas razones, además, debe agregarse la poca posibilidad o falta de disposición de los servicios de salud para dar una respuesta oportuna y efectiva a las mujeres que acuden en esta circunstancia. A pesar de ello, muchas logran concurrir al sistema de salud para buscar asistencia, lo que constituye una oportunidad única para realizar acciones que les permitan prevenir embarazos no deseados.

Brindar un método anticonceptivo (MAC) post aborto puede evitar la repitencia de nuevas situaciones de embarazos no buscados y nuevos abortos.

La **Guía de Mejoramiento de la Atención Post Aborto elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación**, aprobada por Resolución ministerial Nº 989/2005, protocoliza este modelo para su aplicación en los servicios de salud.

Uno de los elementos más importantes de la atención post aborto es garantizar la consejería en salud sexual y reproductiva durante la internación, asegurar el acceso al método anticonceptivo en caso de que la mujer elija uno, y la continuidad de la provisión del mismo.

14.2.1. Consejería en el post aborto

• Después de un aborto o pérdida de un embarazo, la fertilidad se restablece rápidamente luego de unas pocas semanas. En abortos espontáneos o inducidos en el primer trimestre, la ovulación usualmente sucede entre el día 9 y el 11 luego de la evacuación uterina, y a las 4 semanas posteriores si se trata de segundo trimestre.

• La mujer necesita empezar a usar un método anticonceptivo casi de inmediato para evitar un embarazo no deseado.

• Asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces en la misma institución o a través de referencia efectiva a otro efector.

• Conocer la disponibilidad y dar información actualizada sobre los servicios locales de atención en anticoncepción que aseguren el reabastecimiento del método, la provisión de otros métodos y la atención relacionada permanente, buscando lograr una buena adherencia al **Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.**

• Es importante informar que luego de un aborto espontáneo o inducido es recomendable aplazar el comienzo de las relaciones sexuales hasta que cese la hemorragia genital y desaparezcan los signos de infección u otras complicaciones, si las hubiere.

La situación particular de post aborto no contraindica ningún método anticonceptivo en la mujer. Puede usar el método anticonceptivo que elija previa consejería y con base en los Criterios de elegibilidad de la OMS.[11]

Es importante que los distintos insumos anticonceptivos estén disponibles donde las usuarias sean asistidas y orientadas.

Si la mujer no está lista para tomar una decisión sobre el método a utilizar a largo plazo, es importante igualmente ofrecerle y entregarle métodos temporales para que tenga protección anticonceptiva.

Si bien la OMS sugiere una espera mínima de 6 meses para un nuevo embarazo, con el fin de reducir las probabilidades de bajo peso al nacer, parto prematuro y anemia materna, investigaciones recientes en Escocia observaron mejores resultados perinatales en aquellas mujeres que concibieron antes de los 6 meses post aborto.

Ante una mujer que haya tenido un aborto del 1° trimestre, para recomendar o no la espera antes de buscar un nuevo embarazo, valorar la situación de salud psicofísica que atraviesa la mujer y la pertinencia de realizar estudios para diagnosticar la causa del aborto. En caso de que la mujer se encuentre en condiciones de buscar un nuevo embarazo, podría hacerlo sin espera.

14.2.2. ¿Qué métodos anticonceptivos puede usar la mujer durante el post aborto? Pautas para el comienzo de la anticoncepción post aborto

A continuación, se presentan las especificidades para el inicio de cada método en relación a la situación post aborto. Para mayor detalle sobre los distintos métodos, consultar los capítulos correspondientes.

1. Dispositivo intrauterino:
Puede insertarse inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre sin complicaciones. El riesgo de complicaciones siguientes a la inserción post aborto (perforación, sangrado e infección) no es mayor que la relacionada al DIU cuando se coloca post parto, siempre y cuando no se haya encontrado infección del cérvix o de la cavidad uterina, y el útero se haya evacuado totalmente. Las tasas de expulsión son menores en la inserción post aborto que en el post parto.

En el caso de aborto séptico, está contraindicada la colocación inmediata post evacuación (Categoría 4 de la OMS).

2. Anticonceptivos hormonales combinados:
Las recomendaciones son diferentes según el método:

• **Anticoncepción hormonal oral combinada:** debe comenzarse el mismo día de la evacuación uterina o al día siguiente. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

• **Anticoncepción hormonal inyectable combinada:** puede realizarse la primera aplicación de forma inmediata (primer o segundo día post evacuación uterina). Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

11. Ver Capítulo 9, Cuadro Resumen Criterios de elegibilidad de la OMS.

• **Anillo vaginal y parches dérmicos:** comenzar el mismo día de la evacuación uterina o al día siguiente. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

3. Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos:

• **Orales (ASP orales):** puede comenzarse inmediatamente después de la evacuación uterina. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

• **AMPD (inyectable trimestral):** la aplicación inicial puede realizarse de manera inmediata (primer o segundo día post evacuación uterina). Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

• **Implante:** debe comenzarse inmediatamente después de la evacuación uterina. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

4. Preservativos:
Su uso es sin ninguna restricción y debe ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales post aborto.

5. Diafragmas y capuchones cervicales:
Comenzar inmediatamente su utilización luego de un aborto de primer trimestre. En abortos del segundo trimestre se aconseja esperar aproximadamente seis semanas hasta que el cuello regrese a su tamaño normal.

6. Espermicidas:
Comenzar inmediatamente y en forma simultánea al reinicio de las relaciones sexuales.

7. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer: Comenzar después del primer sangrado espontáneo posterior al aborto. Requiere de otro método alternativo (por ejemplo, preservativo) o abstinencia total desde la evacuación uterina hasta el primer sangrado menstrual.

*Para ampliar la información sobre atención post aborto consultar la **Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable** y la **Guía de Atención Post aborto del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación.** www.msal.gov.ar/saludsexual*

ACCIONES DE LOS EFECTORES PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA

Lograr la disminución de los daños que resultaren de comportamientos de riesgo en el área de la salud sexual y reproductiva es un verdadero desafío e implica la implementación de acciones educativas, de promoción y prevención, de consejería y de atención. En estas acciones están comprometidos no sólo los actores sociales, sino las instituciones y quienes tienen que llevar adelante las decisiones políticas que las faciliten y promuevan.

A la luz de los resultados de estudios apoyados por el Ministerio de Salud de la Nación sobre la situación de la mortalidad materna en nuestro país resulta indispensable desarrollar estrategias destinadas a:

• Generar mayor conciencia sobre el problema de la mortalidad materna en la comunidad y en las organizaciones de la sociedad civil.

• Promover iniciativas para el estudio de la calidad de los registros.

- Fortalecer las acciones de prevención de embarazos no buscados;

- Redefinir estrategias en la red asistencial para mejorar la atención de los partos en cuanto a insumos y personal capacitado.

- Mejorar **la atención de las complicaciones post aborto asegurando la consejería y la protección anticonceptiva posterior.**

- Revisar las disposiciones legales sobre el aborto, dado que la evidencia muestra que la clandestinidad pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

Capítulo 15

Anticoncepción en mujeres viviendo con VIH[1]

Puntos clave

- Las parejas con VIH tienen la posibilidad de usar los anticonceptivos actuales, con algunas mínimas particularidades.
- El uso de una anticoncepción eficaz puede desempeñar una función clave en la prevención de la transmisión vertical del VIH.
- La anticoncepción en las parejas serodiscordantes o seropositivas exige, de parte de los efectores de salud, una mirada integral y libre de prejuicios.

1. Extraído de la Guía para la atención integral de las mujeres con infección por VIH, capítulo "Opciones anticonceptivas para personas con VIH". Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011. Para más información, consultar http://www.msal.gov.ar/sida/

En la elaboración de este capítulo colaboró: Silvina Vulcano, Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.

15.1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La distribución del conocimiento, el acceso a los métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y a los métodos anticonceptivos es absolutamente desigual en nuestra sociedad, y se encuentra atado a los patrones culturales y económicos de los diferentes grupos. Por lo tanto, la orientación es un elemento clave en la calidad de la atención que brinda el equipo de salud. Esta orientación es parte importante tanto en la iniciación como en las visitas de seguimiento, y debe responder a las necesidades de las usuarias y los usuarios, no sólo en lo que refiere a la anticoncepción sino también en relación con la sexualidad y la prevención de las ITS.

Estudios realizados en distintas cohortes de mujeres infectadas con VIH mostraron una frecuencia elevada de embarazos no deseados, coincidentemente con una baja prevalencia de uso de MAC.

A pesar de eso, en las consultas de seguimiento de las personas que viven con VIH las opciones anticonceptivas rara vez aparecen y, si se abordan, las alternativas que habitualmente se imparten desde los efectores de salud pueden resumirse en un solo término: preservativo.

Sin dudas, la primera **recomendación para una persona con o sin VIH es la de utilizar el preservativo** en sus relaciones sexuales. Sabemos que el uso del preservativo no sólo evita la transmisión del virus, sino que previene a la persona seropositiva de posibles reinfecciones (con las consiguientes complicaciones pronósticas) y de un embarazo no deseado en su calidad de método anticonceptivo. Pero también sabemos que la realidad es mucho más compleja.

El hecho de que una persona viva con VIH no la vuelve usuaria espontánea del preservativo, en la medida en que comparte gran parte de las dificultades que tienen las personas no infectadas para utilizarlo.

Si bien el **preservativo masculino** es el método de referencia para prevenir la transmisión sexual del VIH, su **eficacia anticonceptiva es más baja** que, por ejemplo, las píldoras combinadas o el DIU.

En cuanto al **preservativo femenino**, que tiene la ventaja de darle a la mujer el control de su utilización, ofrece una **menor disponibilidad** en la Argentina y es de un costo económico elevado.

Además, existen otros motivos y situaciones por los que el tema de la anticoncepción en las parejas serodiscordantes o seropositivas adquiere una importancia particular:

- *La recomendación de aconsejar intervalos intergenésicos de por lo menos dos años* para la población general se vuelve prioritaria en las mujeres con VIH, ya que a esta población frecuentemente se le ofrece la cesárea como vía de terminación del embarazo.

- *Las mujeres que no amamantan* (recomendación preventiva para las puérperas con VIH), o que toman inhibidores de la producción de leche, recuperan la fertilidad más rápidamente que aquellas que amamantan.

- *Son conocidos los potenciales riesgos para la salud de los abortos inseguros*, en particular los practicados a mujeres inmunocomprometidas.

- *Muchas de estas mujeres pueden estar recibiendo tratamientos con drogas antirretrovirales* con conocida embriotoxicidad, tales como el *efavirenz.*

Abordar el tema de la anticoncepción en las parejas serodiscordantes o seropositivas exige, de parte de los efectores de salud, una mirada integral y desprejuiciada sobre estas cuestiones, una actitud comprensiva y altas dosis de flexibilidad respecto de la elección del método.

Es necesario tener en cuenta las diferentes dificultades que tienen algunas personas para ser usuarias sistemáticas de preservativos. Estas personas requerirán de apoyo extra para negociar, de modo exitoso, con su pareja el uso del preservativo o de un método alternativo y/o complementario a éste, a fin de poder mantener su vida sexual activa sin riesgo de tener un embarazo no deseado.

La intención de este capítulo es mencionar los MAC por los que pueden optar actualmente las parejas con VIH, contemplando algunas particularidades, y además, dejar planteadas algunas controversias en el tema que aún quedan por saldar. En cuanto a la información ampliada y detallada sobre cada método que aquí se menciona, debe buscarse en los capítulos correspondientes.

15.2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y VIH

15.2.1. Anticonceptivos hormonales combinados

A pesar de que los *anticonceptivos hormonales combinados* no tienen contraindicaciones particulares para ser usados por mujeres con VIH sin tratamiento antirretroviral, sí resulta necesario tener en cuenta algunas consideraciones para aquellas que se encuentran bajo tratamiento.

Es importante considerar que los frecuentes cambios

metabólicos que se presentan en las mujeres tratadas con **inhibidores de proteasa (IP)**, tales como hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia, son algunas de las contraindicaciones relativas para el uso de anticonceptivos orales.

Existen interacciones medicamentosas documentadas entre ciertos antirretrovirales y el componente estrogénico de las píldoras, habitualmente *etinilestradiol*. Sin embargo, el estado actual de los conocimientos en el tema plantea que **no existen contraindicaciones generales** para que las mujeres en terapia ARV puedan usar anticonceptivos orales.

En base a las evidencias disponibles obtenidas de estudios de farmacocinética, se recomiendan las siguientes adaptaciones posológicas, de acuerdo a las familias de drogas *(ver Cuadro 15.1).*

Cuadro 15.1. Adaptaciones posológicas de ACO en mujeres que reciben Antirretrovirales

ARV. Inhibidores nucleósidos	Efecto sobre etinilestradiol	Adaptación posológica
AZT/ zidovudina Ddl/ didanosina ddC/ zalcitabina 3TC/ lamivudina d4T/ estavudina abacavir tenofovir	Ningún efecto	No es necesaria
ARV. Inhibidores de proteasa	**Efecto sobre etinilestradiol**	**Adaptación posológica**
Ritonavir	Disminuye la tasa en 41%	30 µg de EE
Indinavir	Aumenta la tasa en 24%	15/20 µg de EE
Nelfinavir	Disminuye la tasa en 47%	30 µg de EE
Lopinavir + Ritonavir	Disminuye la tasa en 42%	30 µg de EE
Amprenavir	Aumenta la tasa	15/20 µg de EE
Atazanavir	Aumenta la tasa	15/20 µg de EE
Saquinavir	Ningún efecto	No es necesaria
ARV. Inhibidores no nuclosídicos	**Efecto sobre etinilestradiol**	**Adaptación posológica**
Nevirapina	Disminuye la tasa en 19%	30 µg de EE
Efavirenz	Aumenta la tasa en 37%	15/20 µg de EE
Delavirdina	Posible aumento	Ningún dato
ARV. Inhibidores de fusión	**Efecto sobre etinilestradiol**	**Adaptación posológica**
Enfuvirtide	Ningún efecto	No es necesaria

15.2.2. Anticonceptivos sólo de progestágenos

En relación con el uso de preparados que contienen sólo componente progestacional (**orales, inyectables, anticoncepción de emergencia, endoceptivos, implantes**), los datos existentes los presentan como opciones seguras y bien toleradas para mujeres bajo tratamiento antirretroviral.

15.2.2.1. Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD)

Son muchos los estudios que han abordado el uso de *AMPD* en mujeres seropositivas. Si bien algunos estudios actuales están cuestionando su uso, este es un producto que podría tenerse en cuenta en las mujeres con VIH, principalmente en aquellas que están bajo tratamiento antirretrovial.

Esto es, por un lado, por la inexistencia de interacciones medicamentosas reportadas por el uso de AMPD en mujeres usuarias de antirretrovirales. Por otro lado, la protección anticonceptiva extendida que confiere este producto (tres meses) y su cómoda posología (inyectable trimestral), lo ubican como una opción válida para ofrecer a las mujeres que viven con VIH.

15.2.3. Dispositivos intrauterinos

Diversos estudios reportan **que no existe un incremento del riesgo** de las complicaciones más frecuentes y temidas (expulsión, perforación uterina, infecciones, enfermedad pelviana inflamatoria) en pacientes seropositivas que usan *DIU* y no están severamente inmunocomprometidas, en comparación con mujeres no infectadas que utilizan este método. Se entiende por *"severamente inmunocomprometidas"* a las **personas con menos de 200 CD4/mm3.**

Los resultados sugieren que el DIU es un método anticonceptivo apropiado para mujeres infectadas por el VIH, sin patología cervical y con acceso a los servicios médicos para el seguimiento.

En relación al SIU (Sistema de Liberación Intrauterino), diversos estudios concluyen que es un excelente método para ser usado por mujeres seropositivas, aún en aquellas bajo tratamiento antirretroviral.

15.2.4. Anticoncepción quirúrgica

La ligadura de trompas y la vasectomía aparecen como alternativas anticonceptivas válidas para las personas con VIH. Son métodos seguros, sumamente eficaces y permanentes.

15.2.5. Otros métodos

Obviamente, no existen contraindicaciones especiales para el uso de otros métodos, tales como diafragmas, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (calendario, secreciones cervicales, temperatura basal, etc.), solos o combinados. También para estos métodos vale la pena **enfatizar la recomendación del uso concomitante de preservativos.**

Las parejas afectadas por el VIH afrontan pocas restricciones respecto del uso de los métodos anticonceptivos modernos. Además, el uso de una anticoncepción eficaz puede desempeñar una función clave en la prevención de la transmisión vertical del VIH.

15.3. RECOMENDACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES CON VIH

Frente a adolescentes con un estado clínico metabólico estable, la propuesta es considerar las recomendaciones vigentes para el inicio de anticoncepción en la adolescencia.[2]

15.4. RECOMENDACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN MUJERES CON VIH

En relación al uso de preparados combinados en el puerperio inmediato, se ajusta la indicación a las recomendaciones de la OMS.[3]

Garantizar los derechos individuales de las personas (en este caso, a procrear en las mejores condiciones y a regular el número de hijos de las personas que viven con VIH) va en la misma dirección que detener la epidemia del VIH/Sida.

2. Para más información, ver Capítulo 13 Anticoncepción en distintos momentos de la vida fértil de una mujer, apartado Adolescencia.
3. Para más información ver Capítulo 14 Anticoncepción post evento obstétrico.

Capítulo 16

Procedimientos para garantizar el acceso de la población a los métodos anticonceptivos

Puntos clave

- La negativa a entregar métodos anticonceptivos es una vulneración de derechos y constituye violencia contra la libertad reproductiva según lo establecido en la ley nacional 26.485.
- La falta de acceso a los métodos anticonceptivos es una de las principales causas que contribuyen a la morbimortalidad materna.
- El acceso a todos los métodos anticonceptivos sin restricciones es necesario para que mujeres y varones se encuentren en igualdad de condiciones para decidir con autonomía sobre su vida reproductiva.
- Son destinatarias/os de las acciones y métodos anticonceptivos del PNSSyPR mujeres y varones de todas las edades.
- Las personas adolescentes deben tener especial acceso sin restricciones a los métodos anticonceptivos, ya que en ocasiones se ven sometidas a situaciones que ponen en riesgo su salud sexual y reproductiva.

16.1 ACCESO SIN RESTRICCIONES

El **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** del Ministerio de Salud de la Nación integra una serie acciones de política pública destinadas a garantizar derechos fundamentales de todas las personas.

Para garantizar el derecho de todas las personas a elegir si tener hijos/as o no, el momento, el número de hijos/as, y el espaciamiento entre sus nacimientos uno de los ejes de las políticas sanitarias es asegurar la *disponibilidad gratuita* de insumos anticonceptivos. Esto significa que las personas puedan **elegir, obtener y usar anticonceptivos y preservativos de alta calidad en el momento que los necesitan.**

*Cuando los requerimientos administrativos o formales impiden a las personas acceder a alguna de las acciones que componen el Programa, se constituyen en una **barrera de acceso** a los métodos anticonceptivos. Esto representa una vulneración de derechos, que podría acarrear la responsabilidad internacional del Estado, y por tanto que todos los agentes estatales deben revertir.*

16.2. GESTIÓN DE LOS INSUMOS ANTICONCEPTIVOS

La asistencia a la salud sexual y reproductiva requiere de un continuo suministro de insumos anticonceptivos, determinado por la efectividad de la cadena logística. El **Sistema de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos** del PNSSyPR lleva adelante los procedimientos necesarios para que hospitales y centros de salud de todo el país cuenten en forma continua con una canasta variada de insumos para la población.

Esta cadena logística comienza con la selección de los insumos a adquirir, la estimación de las cantidades y su adquisición. La siguiente etapa es la distribución, el almacenamiento y el control de inventarios o stock por parte de los efectores de salud. Finalmente, la acción culmina con la entrega del insumo a las usuarias, en donde se genera la información del consumo real, lo que permite cerrar el circuito. Todo este recorrido debe ser monitoreado y evaluado constantemente para garantizar la calidad del proceso y la accesibilidad a los métodos.

El equipo de salud, como parte de esta cadena, es el vínculo más importante que garantiza a las usuarias y a los usuarios el acceso final a los insumos.

La precisión y la puntualidad de los pedidos e informes del efector de salud ayudan a los administradores de la cadena de abastecimiento a determinar qué productos se necesitan, cuánto se debe comprar y dónde deben distribuirlos. Para ello es fundamental conocer la población con la que se trabaja, el manejo adecuado del inventario de anticonceptivos, el registro preciso sobre qué se provee a las usuarias y los usuarios, el control del stock y orden de los insumos de la farmacia o depósito.

En algunos efectores, se encargan todas las tareas de logística a un/a integrante del equipo. En otros, puede haber varias personas que participan en las tareas logísticas, de acuerdo a las necesidades.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable recomienda que todo el equipo de salud se familiarice con el sistema aplicado y pueda trabajar con él, de modo de asegurar el suministro de métodos anticonceptivos siempre.

16.2.1. Responsabilidades y logística del efector de salud

Cada eslabón de la cadena del Sistema de Aseguramiento de Insumos tiene distintas responsabilidades, funciones y maneras de operar. A su vez, esto depende de cada lugar y situación específica.

Las responsabilidades comunes a los efectores de salud (hospitales y centros de salud) con respecto a la logística de los métodos anticonceptivos incluyen las siguientes actividades:

Diarias:

- *Mantener un rastreo* del tipo y cantidad de anticonceptivos entregados a usuarias/os mediante el uso del formulario de registro correspondiente.

- *Mantener las condiciones apropiadas de almacenamiento* para todos los insumos: un ambiente limpio, seco, fuera del alcance del sol y protegido del calor extremo.

- *Suministrar los anticonceptivos según el criterio de manejo de inventarios de "Primero que Expira, Primero que Sale" (PEPS).* Esto significa que los productos con fecha de vencimiento más temprana son los primeros productos a distribuir o entregar. PEPS despeja primero el stock más viejo para evitar desperdicios por vencimiento.

Regularmente *(periodicidad determinada por el Sistema Logístico implementado):*

- *Control de stock.* Al contar la cantidad de cada método que hay a disposición en el efector y determinar la cantidad de anticonceptivos a encargar es un buen momento para inspeccionar los suministros, revisar problemas tales como envases y paquetes dañados, envoltorios de DIU que se abrieron, etc.

• *Informar en cada jurisdicción a la coordinación del Programa local de Salud Sexual y Reproductiva*, o bien a la persona encargada de insumos sanitarios, y hacer los pedidos a través de los formularios correspondientes. La cantidad a solicitar debe tener en cuenta la necesidad del efector para cubrir la demanda de insumos durante el período determinado, previendo posibles pérdidas, daños, y aumento de demanda.

• *Se sugiere siempre la existencia de un stock mínimo* para cubrir la demanda en caso de un posible retraso en la entrega de insumos al efector, por incremento repentino en la demanda y frente a la posibilidad de que se acabe el inventario o a causa de grandes pérdidas (por ejemplo, si el depósito se inunda). Este stock mínimo dependerá del espacio de almacenamiento con el que cuente el efector y de la disponibilidad de insumos a nivel central.

• *Recibir los insumos anticonceptivos solicitados* y cotejar lo que se recibe con lo que se había encargado y registrarlo.

Ante la sospecha de falta de actividad terapéutica o desvío de calidad en alguno de los insumos de salud sexual, debe realizarse la denuncia correspondiente a la ANMAT, Departamento de Farmacovigilancia, y comunicar la situación inmediatamente al Responsable Provincial del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.[1]

16.3. MODALIDADES DE ENTREGA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS A LA POBLACIÓN

Deben registrarse todos los insumos del **PNSSyPR** en los formularios correspondientes establecidos por el Programa. Sin embargo, el **registro nunca puede representar una barrera de acceso** a la entrega del método anticonceptivo.

Anticonceptivos Orales Combinados (ACO), Anticonceptivos Orales para la Lactancia no Anovulatorios, Anticonceptivos Inyectables Mensuales

• Se sugiere la entrega de más de un tratamiento anticonceptivo por consulta, con el fin de evitar que las usuarias o usuarios deban concurrir a la consulta cada mes.

• Inicialmente y en las primeras consultas, es conveniente sugerir a la persona que vuelva en poco tiempo. Se puede acordar con ella si en uno, dos o tres meses, para compartir dificultades en el uso correcto del método y sus efectos secundarios. De todos modos, más allá de este acuerdo, es conveniente ofrecerle que vuelva en cualquier momento si se le presenta alguna duda o inquietud. Hacerlo de este modo, en lugar de usar al insumo como coerción para una nueva consulta, puede ser una buena oportunidad de construcción de un vínculo de confianza que estimule la autonomía.

• *No se requiere el consentimiento de la pareja* para la provisión de anticonceptivos hormonales.

• *No se requiere la realización de estudios de laboratorio* para la provisión de anticonceptivos.

1. ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.
El modo de hacer la denuncia es mediante formulario electrónico, por correo postal o por correo electrónico. Para más información: Departamento de Farmacovigilancia de ANMAT, teléfono 0800-333-1234 (línea gratuita), fax 0114340-0866, snfvg@anmat.gov.ar, www.anmat.gov.ar/farmaco/farmacovigilancia.htm.

Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

• *La AHE debe proveerse a quien la solicite,* entendiéndose como insumo que previene embarazos no planificados en situaciones de emergencia.

• *Debe estar a disposición en todo momento en que el centro se encuentre abierto.* Si el centro cuenta con un sector de urgencia o guardia, deben contar con este insumo en ese sector.

• *Por disponible debe entenderse no sólo la entrega del insumo cuando sea solicitado, sino también la ubicación* del mismo en sectores donde la población que asiste al centro de salud pueda visualizarlo.

• *Puede proveerse a mujeres y varones.*

• *Es recomendable entregar AHE de forma preventiva* en las consultas anticonceptivas a las personas usuarias de preservativos u otros métodos para que, ante una situación de emergencia, la tengan disponible.

• *Cuando una persona refiere haber tenido una situación de sexo inseguro es obligación* del equipo profesional y no médico, en el consultorio y guardia, brindar AHE siempre.

• *No se requieren estudios de laboratorio* para la provisión de AHE.

• *No se requiere el consentimiento de la pareja.*

• *En la guardia, entregar el AHE siempre y sugerir a la persona que acuda en los próximos días a una consejería* en otros métodos anticonceptivos y en el testeo de VIH en el servicio de salud sexual y reproductiva del hospital o centro de salud.

Dispositivo intrauterino (DIU)

• *No se requiere realizar ni presentar resultados de PAP*, ecografías u otros estudios complementarios para su colocación.

• *No se requiere el consentimiento de la pareja* para la colocación de DIU.

• *No se requiere presentar "un testigo".*

• *No se requiere haber tenido hijas/os* para la colocación de DIU.

Preservativos

• *Disponer los preservativos de manera tal que las personas puedan abastecerse libremente*, ya sea a través de dispensers, cajas o canastas en lugares accesibles del efector de salud.

• *La entrega es sin registro o receta.*

• *Deben entregarse a quien los solicite*, sin distinción de edad, sexo o nacionalidad.

• *No requerir DNI* ni otra identificación.

• *No se requiere consentimiento de los padres o tutores* para la provisión de preservativos a menores de edad.

Materiales de difusión

• *Es importante asegurar la existencia de folletos y otros materiales de apoyo dentro de los consultorios y otros espacios de atención.* De este modo se facilita el trabajo profesional en consejería y consultas anticonceptivas oportunas.

• *Afiches, folletos y otros materiales deben ubicarse en lugares de fácil acceso* para la población.

• Los afiches deben colgarse en *lugares visibles.*

• *Invitar a las personas a llevarse folletería* y a leerla en la sala de espera.

16.3.1. Métodos Anticonceptivos para niñas/os y adolescentes

La **Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable Nro. 25.673** garantiza el acceso de las y los adolescentes, aún menores de 14 años, a las consejerías y a los métodos anticonceptivos.

Las niñas, los niños y adolescentes tienen derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna sobre métodos anticonceptivos y consejería en salud sexual y reproductiva.

Debe mantenerse confidencialidad sobre la consulta y respetar su privacidad. Es deber de las y los agentes del Estado poner en primer lugar, siempre y sobre todas las cosas, la protección de las niñas, niños y adolescentes, lo que en Derecho se conoce como el principio constitucional del *"interés superior del niño".*

Sobre los derechos de niñas/os y adolescentes:

• A partir de los 14 años, las y los adolescentes deben ser atendidos por los servicios de salud y se les debe proveer del método anticonceptivo que elijan.

• Las y los adolescentes a partir de los 14 años no necesitan acompañamiento de sus padres ni de otro adulto para que se les provean anticonceptivos orales, inyectables, para la lactancia, DIU, anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) y preservativos.

• No hace falta autorización ni consentimiento de padres o tutores para la colocación de DIUs en adolescentes a partir de los 14 años de edad.

• No se requiere autorización de los padres para acceder a la Consejería Integral de Salud Sexual por parte de adolescentes, niñas y niños.

• Las personas menores de 14 años tienen derecho a que se les prescriba preferentemente métodos de barrera, en particular el preservativo. En caso de otros métodos anticonceptivos, es necesario procurar la presencia de uno de los padres o de un adulto de referencia.

• Si una persona menor de 14 años asiste al centro de salud sin la compañía de un adulto responsable y solicita la provisión de métodos anticonceptivos, corresponderá al equipo de salud, de acuerdo a su leal saber y entender, determinar la conveniencia y oportunidad de proveer de un método anticonceptivo, debiendo en todos los casos contener a la/el menor, brindando consultoría y atendiendo su situación con fundamento en la primacía del interés superior de niñas y niños establecido en la normativa nacional e internacional.

El Ministerio de Salud de la Nación recomienda dos criterios a los hospitales y centros de salud para atender a las y los adolescentes:

• No perder la oportunidad de atender a chicos y chicas menores de 14 años cuando acuden a solicitar información, asesoramiento y métodos anticonceptivos.

• Si un/a adolescente tiene autonomía suficiente y se reconoce a sí mismo/a sujeto con derecho a la información y al acceso, a tal punto de asistir a un hospital o centro de salud sin compañía de una persona adulta, también tiene capacidad suficiente para comprender lo que pasa en la consulta y tomar sus propias decisiones.

16.3.2. Población migrante

En ningún caso la nacionalidad de las personas se puede convertir en una barrera de acceso a la provisión de insumos. **Los métodos anticonceptivos deben proveerse a las personas migrantes sin ninguna restricción.** Tampoco puede condicionarse la provisión del método a la presentación de un documento de identidad.

No se requiere solicitar el DNI para entregar métodos anticonceptivos. Hacerlo, constituye una barrera de acceso.

Capítulo 17

Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la acción profesional

Puntos clave

- Los derechos sexuales y reproductivos son el marco jurídico desde el cual se orienta la acción de las y los profesionales de la salud.
- Los derechos sexuales involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida.
- Los derechos reproductivos involucran la posibilidad de decidir en forma autónoma, responsable y sin discriminación si tener o no tener hijos.
- Corresponde al Estado y a sus agentes (servicios de salud, funcionarios y profesionales que allí se desempeñan) respetar estos derechos, garantizarlos y prevenir su vulneración.
- La objeción de conciencia es un derecho individual de cada profesional; la institución debe garantizar el servicio solicitado por una usuaria o usuario.
- La negativa a proveer métodos anticonceptivos y otros servicios configuran actos de violencia contra las mujeres y puede constituirse en causal de denuncia y sanción según los procedimientos establecidos en la ley 26.485.

INTRODUCCIÓN

Los **derechos sexuales** y los **derechos reproductivos** son el marco jurídico desde el cual se orienta la acción de las y los profesionales de la salud. Antes que nada, es necesario distinguir estos dos derechos, porque si bien están estrechamente relacionados, refieren a aspectos de las personas que no siempre están conectados.

- Los *derechos sexuales (DDSS)* son aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos.

- Los *derechos reproductivos (DDRR)* son aquellos derechos que involucran la posibilidad de decidir en forma autónoma, responsable y sin discriminación si tener o no tener hijos, el número de hijos y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se debe disponer de información suficiente y los medios adecuados.

Una enumeración de estos derechos que no es taxativa, es decir, que puede incluir nuevos derechos, es la siguiente:

- ✓ Disfrutar una vida sexual saludable y placentera, sin presiones ni violencia.

- ✓ Ejercer la orientación sexual libremente, sin sufrir discriminación ni violencia.

- ✓ Elegir si tener o no hijos, cuándo tenerlos, con quién y con qué intervalo entre uno y otro.

- ✓ Recibir atención gratuita e integral de la salud sexual y de la salud reproductiva.

- ✓ Acceder a información y atención de la salud sexual y de la salud reproductiva en un ambiente de respeto y garantía de confidencialidad.

✔ Elegir y recibir gratis el método anticonceptivo, incluidos la ligadura y la vasectomía en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas.

17.1. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos, y son una parte inalienable, integral e indivisible de los mismos.

Esto es así ya que los derechos sexuales y los derechos reproductivos integran el disfrute de un conjunto de otros derechos que hace tiempo se encuentran reconocidos como derechos humanos, tanto por la **Constitución Nacional**, como por la legislación nacional e internacional. Entre ellos se encuentran:

- *derecho a la vida;*
- *derecho a la salud;*
- *a la libertad y la seguridad personales;*
- *a la integridad física y psíquica;*
- *a la dignidad;*
- *a la privacidad e intimidad;*
- *a la libertad de conciencia y pensamiento;*
- *a la igualdad; y*
- *a la educación.*

La naturaleza de derechos humanos que poseen los derechos sexuales y reproductivos proviene, además, de un instrumento internacional de derechos humanos de importancia: la *Convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer,* que fue incorporada a la Constitución Nacional en 1994 (artículo 75º, inciso 22º). En esta Convención, se reconoce el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Estos derechos contribuyen a:

a) Reducir significativamente los riesgos inherentes al proceso reproductivo.

b) Evitar los embarazos de alto riesgo.

c) Disminuir los embarazos no planificados y su lamentable consecuencia, el aborto provocado en condiciones riesgosas, que es la primera causa de morbimortalidad materna en la Argentina.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como parte integrante del marco normativo de los derechos humanos, tienen las características propias de éstos; es decir, son inherentes a todas las mujeres y varones sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

El otro elemento característico de estos derechos es que la responsabilidad de respetarlos, de garantizarlos y de prevenir su vulneración le corresponde a las instituciones del Estado. Y entre estas instituciones se encuentran los servicios de salud y los/as funcionarios/as y profesionales que allí se desempeñan.

17.2. EL DERECHO A LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA

El **derecho a la objeción de conciencia** está reconocido en la ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) y su reglamentación.

Los elementos de la objeción de conciencia son los siguientes:

1. Posee carácter individual. Una institución sanitaria, sea pública o privada, no puede alegar la objeción de conciencia como tal.

2. El derecho debe ser garantizado. Más allá de que un profesional ejerza la objeción de conciencia, para la usuaria o usuario ese derecho sexual o reproductivo reclamado tiene que ser debidamente garantizado. Ello se podrá implementar convocando a otro profesional o derivando el caso a otra institución. Esta obligación de cualquier servicio de salud es fundamental, y por eso el PNSSyPR releva y consolida la información sobre los servicios respetuosos de los derechos sexuales y reproductivos.

3. Registro de objetores local. La decisión de crear y mantener un registro de objetores de conciencia corresponde a cada jurisdicción provincial y no al Estado Nacional. Así lo establece la ley 25.673. La mayoría de las jurisdicciones no tiene este tipo de registro.

4. No afectar a terceros. El ejercicio de la objeción de conciencia debe ser responsable y debe evitar afectar el ejercicio de los derechos de terceros. Es decir, un/a profesional no puede atender una usuaria, avanzar en la consulta o en estudios médicos para luego alegar objeción de conciencia. Un ejercicio del derecho en estos términos no es admitido. Ante la primer información de que un caso determinado va a ser causa de objeción de conciencia para la/el profesional, inmediatamente se debe apartar y derivar a la usuaria o usuario al ámbito que puede evacuar la consulta en forma adecuada.

17.3. PERSONAS MENORES DE EDAD

El ordenamiento jurídico argentino, principalmente a partir de la reforma Constitucional del año 1994, incorporó a través del art. 75, inc. 22 de la Carta Magna la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. En el año 2005 se sancionó la ley nacional 26.061 de *Protección integral de niños, niñas y adolescentes.*

En concordancia con la *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño,* se entiende por interés superior del niño, el ser beneficiarios, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención de la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evaluación de sus facultades.

> *La Convención reconoce que niños, niñas y adolescentes son sujetos de derecho. Esto quiere decir que tienen autonomía progresiva para tomar sus propias decisiones y ejercer los derechos sexuales y reproductivos.*

Con esa normativa como orientación, en la ley 25.673 se contempla a la población de menores de edad como beneficiaria de los derechos sexuales y reproductivos en similares condiciones que las personas adultas.

La ley 25.673 establece que:

- *A partir de los 14 años las personas pueden acceder solas/os a la consulta y se les debe proveer del método anticonceptivo que elijan:* anticonceptivos orales, para la lactancia, inyectables, DIU, anticoncepción de emergencia y preservativos. No hace falta consentimiento ni autorización de los padres para estas prácticas. A partir de los 18 años también tiene derecho a acceder a la ligadura o vasectomía.

- *Para adolescentes de 13 años y menos se procurará en la asistencia de los padres u otro adulto de referencia.* La ley establece el acceso sin restricciones a la información sobre métodos anticonceptivos y el derecho a que se les prescriban preferentemente métodos de barrera, en particular el preservativo. En caso de considerarse necesario también es posible la prescripción de otros métodos autorizados por el ANMAT (anticonceptivos orales, para la lactancia, inyectables, DIU, anticoncepción

de emergencia y preservativos). Según el Código Civil, los menores de 14 años tienen discernimiento, y esta es la regla utilizada por los médicos pediatras y generalistas en la atención médica.

Las personas adolescentes tienen derecho a que se respete su intimidad. La información sobre su salud y sobre su vida sexual y reproductiva que confían al profesional debe mantenerse en reserva. Debe ser considerada confidencial y amparada por el secreto médico.

RECOMENDACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

El Ministerio de Salud de la Nación recomienda dos criterios a los hospitales y centros de salud para atender niños, niñas y adolescentes:

- No perder la oportunidad de atender a chicos y chicas menores de 14 años, cuando acuden a solicitar información, asesoramiento y métodos anticonceptivos.
- Si un/a adolescente tiene autonomía suficiente y se reconoce sujeto con derecho a la información y al acceso a la atención a tal punto de asistir a un hospital o centro de salud sin compañía de una persona adulta, tiene también capacidad suficiente para comprender lo que pasa.

17.4. ABORTO NO PUNIBLE (ANP): OBLIGACIONES PROFESIONALES

El 13 de marzo de 2012, en los autos "F., A. L. s/ medida autosatisfactiva", la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó un fallo ejemplar y fundamental para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la Argentina. En el fallo la Corte dictaminó la forma en que debe aplicarse el *artículo 86, incisos 1 y 2 del Código Penal;* es decir, los términos legales para garantizar el acceso al aborto no punible en la Argentina.

> *En términos generales se deriva del fallo que el artículo 86 del Código Penal de la Nación debe ser aplicado como una normativa de reconocimiento de derechos de las mujeres: del derecho de acceder a los abortos no punibles.*

Esta es la aplicación del artículo 86 que debe regir, dado que de acuerdo a los tratados de derechos humanos de jerarquía constitucional, se ponen en juego el derecho humano a la privacidad, a la intimidad, a la integridad personal, y a la igualdad de todas las mujeres. Deben aplicarse, entonces, todas las obligaciones y responsabilidades de los Estados Nacional y Provinciales en materia del derecho a la salud, a la educación y a la prevención.

17.4.1. Causales de ANP

La Corte Suprema estableció que los Abortos No Punibles se aplican según las situaciones previstas por el artículo 86, incisos 1 y 2 del Código Penal de la Nación (CPN), norma que regula los casos en los que se autoriza el aborto **eximiendo de pena al médico y a la mujer que lo llevan adelante.** De acuerdo a este artículo, y en concordancia con las normas nacionales e internacionales de derechos humanos, **el profesional de la salud y la mujer no incurren en delito de aborto** en las siguientes situaciones:

• En casos de **peligro para la vida** de la mujer, y no pueda ser evitado por otros medios (artículo 86, inciso 1º, Código Penal de la Nación).

• En los casos de **peligro para la salud** de la mujer, y no pueda ser evitado por otros medios (artículo 86, inciso 1º, Código Penal de la Nación).

• Cuando el embarazo sea producto de una **violación** (artículo 86, inciso 2º, Código Penal de la Nación).

• Cuando el embarazo sea producto del **atentado al pudor sobre mujer idiota o demente** (artículo 86, inciso 2º, Código Penal de la Nación). En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

17.4.2. Procedimiento para constatar el ANP

La práctica de un ANP se realizará previa constatación por parte de un solo médico de la existencia de alguna de las causales de no punibilidad previstas en el artículo 86 del Código Penal de la Nación (CPN):

- *Para la constatación de los casos de peligro para la salud o la vida de la mujer* (artículo 86, inciso 1 del CPN), el médico tratante deberá fundar su diagnóstico.

- *Para la constatación de los casos de violación o de atentado al pudor cometido sobre mujer idiota o demente* (artículo 86, inciso 2do. del CPN), el médico tratante solo podrá solicitar una declaración jurada de la mujer o, en su caso, de su representante legal.

Para la constatación de todas las causales de no punibilidad previstas en el artículo 86 del CPN, deberá interpretarse la expresión "médico tratante" como referida a los médicos con título habilitante según lo previsto en las leyes que regulan el ejercicio de la medicina en las distintas jurisdicciones del país que reciban a la mujer que solicita un ANP.

> *Otros de los elementos relevantes de la sentencia de la Corte Suprema es que dictaminó que los abortos no punibles no deben judicializarse; esto es, no es necesario requierir autorización judicial ni de ninguna otra instancia para la práctica de la intervención.*

La *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles* elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación es el procedimiento a seguir en los casos de Abortos No Punibles, y las Provincias pueden aplicarla directamente, adherir formalmente o utilizar sus propios Protocolos en tanto estén en consonancia con la Guía Técnica nacional.

Esta Guía está disponible para su descarga en la página web del Ministerio de Salud de la Nación:
http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf

17.5. DERECHOS DEL PACIENTE

La ley nacional 26.529 de los *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*, sancionada en el año 2009, establece en su artículo 2 que "constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate", los siguientes, que se transcriben en forma textual:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.
El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

c) Intimidad. Toda actividad médico – asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo, y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley Nº 25.326 de Protección de Datos Personales.

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.

e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley Nº 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

17.6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El *consentimiento informado* es la manifestación libre y voluntaria de una persona que solicita y consiente someterse a determinada práctica una vez que recibió información clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida.

En tanto es un simple acto lícito, que constituye un ejercicio de la propia libertad, indelegable, no se requiere el consentimiento o autorización de un tercero, como marido o concubino. Debe quedar asentado en la historia clínica el tipo de información brindada a la mujer o adolescente, y la constancia de que pudo comprender dicha información. Asimismo, debe existir la debida constancia del consentimiento para efectuar, por ejemplo, la interrupción del embarazo suscripto por la mujer y por el/la médica tratante.

En el caso de la mujer con enfermedad o discapacidad mental, se debe seguir el mismo procedimiento con su representante legal.

17.7. VIOLENCIA CONTRA LA LIBERTAD REPRODUCTIVA

La ley nacional 26.485 de *Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales*, sancionada en 2009, establece una herramienta concreta para garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos en los servicios de salud. Se trata de un mecanismo de participación ciudadana en la exigibilidad de sus derechos sexuales y reproductivos.

Una de las novedades importantes de la Ley 26.485 es que establece un mecanismo de denuncia y sanción cuando se cometen actos de violencia contra las mujeres.

Una de las modalidades de violencia contra las mujeres previstas en la Ley 26.485 es la **violencia contra la libertad reproductiva** (artículo 6, inciso d).

La ley define violencia contra la libertad reproductiva aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos. La negativa a proveer anticonceptivos configura un acto típico de violencia contra la salud reproductiva.

Si una/un agente de salud se niega a la provisión de anticonceptivos por cualquier razón, sin formal y previa objeción de conciencia, puede ser denunciado ante cualquier juez/jueza por violencia contra la salud reproductiva, y verse sometido al procedimiento que la ley prevé.

17.7.1. La denuncia

El artículo 21 establece que cuando exista un acto de violencia contra la mujer, se podrá efectuar una denuncia ante cualquier juez/jueza de cualquier fuero o ante el Ministerio Público, en forma oral o escrita. En el artículo 28 establece que *"El/la juez/a interviniente fijará una audiencia, la que deberá tomar personalmente bajo pena de nulidad, dentro de CUARENTA Y OCHO (48)…".*

En esta audiencia, el/la juez/a escuchará a las partes por separado bajo pena de nulidad, y ordenará las medidas que estime pertinentes. El/la denunciado/a estará obligado a comparecer bajo apercibimiento de ser llevado ante el juzgado con auxilio de la fuerza pública.

17.7.2. Las sanciones

El artículo 32 establece las sanciones por violencia contra la mujer, que incluyen: 1) Advertencia o llamado de atención por el acto cometido y 2) Comunicación de los hechos de violencia al organismo, institución, sindicato, asociación profesional o lugar de trabajo del agresor. Cuando el incumplimiento configure desobediencia u otro delito, el juez deberá poner el hecho en conocimiento del/la juez/a con competencia en materia penal.

A su vez, el artículo 35 establece que la parte damnificada podrá reclamar la reparación civil por los daños y perjuicios.

Estos procedimientos frente a un impedimento de acceso son de orden nacional. Las provincias deben adherirse al mismo o establecer sus propios procedimientos en concordancia con esta Ley.

Esta novedad de la Ley 26.485 otorga a las mujeres una herramienta de exigibilidad de sus derechos sexuales y reproductivos, y puede actuar para prevenir las extendidas limitaciones a lo largo del país en el acceso a anticonceptivos de todo tipo.

17.8. ACCIÓN PROFESIONAL EN CASOS DE VIOLACIONES SEXUALES

La ley 26.485 define como violencia sexual "cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres". En este tipo de violencia, en muchas ocasiones están contenidas la violencia física y la psicológica por el tipo de daños que produce.

El *Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales,* elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación es el instrumento que los servicios de salud deben aplicar en casos de violencia sexual. Las provincias pueden aplicar directamente este Protocolo, pueden adherir a él formalmente, o pueden aplicar sus propios protocolos en tanto estén en consonancia con el Protocolo nacional.

Forma parte de las obligaciones profesionales ante situaciones de violencia sexual realizar: tratamiento de las lesiones, proveer anticoncepción hormonal de emergencia, profilaxis de VIH/Sida y de otras infecciones de transmisión sexual, atención psicológica y asesoramiento para denunciar. En caso de ya haberse producido el embarazo, debe garantizarse el acceso al aborto no punible, en caso de ser solicitado por la usuaria.

PUEDEN SOLICITARSE EJEMPLARES DEL PROTOCOLO AL PNSSyPR:

Teléfonos: (+54 11) 4342 3470 - 3484 - 3375
Línea 0800 Salud Sexual: 0800 222 3444
Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar
materialessaludsexual@gmail.com
Web: www.msal.gov.ar/saludsexual

17.9. VIOLENCIA OBSTÉTRICA: VIOLENCIA PROFESIONAL E INSTITUCIONAL

La nueva Ley 26.485 de *Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres* contempla taxativamente a la violencia obstétrica como una violencia contra las mujeres que debe prevenirse y erradicarse.

La ley define como **violencia obstétrica** aquella *"que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929"* de los Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.

En esta definición quedan contemplados dos procesos:

- Atención del preparto, parto y post parto
- Atención del post aborto

Para ello, la ley 26.485 establece diversas herramientas, algunas de carácter judicial y otras del ámbito del Poder Ejecutivo.

En este sentido, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable implementó a partir del año 2010 la Línea 0800 222 3444 de información sobre derechos sexuales y reproductivos, que brinda información y recibe denuncias sobre violencia obstétrica, tanto de usuarias y usuarios como de profesionales y personal no médico preocupados por situaciones de vulneración de derechos en las instituciones donde se desempeñan.

Ante cada denuncia por violencia obstétrica, el PNSSyPR inicia un procedimiento formal junto al programa provincial de salud sexual correspondiente a fin de remover las barreras que impiden el cumplimiento efectivo de los derechos de las mujeres en estos casos.

En el caso de la **atención pre parto, parto y post parto**, las situaciones de violencia más frecuentemente denunciadas son: insultos, no respeto del derecho a contar con la compañía de una persona de confianza durante el parto, omitir la medicación apropiada, cesáreas innecesarias o medicación en exceso.

En el caso de la **atención post aborto**, el Ministerio de Salud de la Nación, mediante resolución 989 del 9 de agosto de 2005 aprobó la *Guía para el mejoramiento de la atención*

post aborto, que contempla el uso de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y la consejería con entrega de método anticonceptivo que sea elegido en forma consensuada con la mujer.

> *La información sobre si el aborto fue provocado o espontáneo no es de relevancia para la atención médica. Condicionar la atención a que la mujer responda esta pregunta se configura como violencia obstétrica y constituye una violación a los derechos humanos.*

17.10. EL DERECHO LEGAL A LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA

El 28 de agosto de 2006 el Poder Ejecutivo Nacional promulgó la Ley 26.130 denominada *Régimen para las Intervenciones de Anticoncepción Quirúrgica.* El artículo 1 establece que "toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía en los servicios del sistema de salud."

Esto trajo como consecuencia un cambio en relación a la ley anterior, la 17.132 (art. 20, inciso 18) y, por ende, en el paradigma médico: La decisión de realizar una anticoncepción quirúrgica **ya no es una atribución médica** ni depende sólo del criterio médico, **es un derecho** de las usuarias y usuarios.

La ley 26.130 establece que "queda prohibido a los profesionales que ejerzan la medicina (…) practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado del/ la paciente capaz y mayor de edad o una autorización judicial cuando se tratase de personas declaradas judicialmente incapaces."

Por otro lado, una anticoncepción quirúrgica sin cumplir con la ley nacional 26.130 puede producir además responsabilidad civil por daños y perjuicios contra la institución médica.

Antes, el peligro para la salud frente a la posibilidad de nuevas cesáreas, constituía un criterio médico para una ligadura de trompas. A partir de la sanción de la ley 26.130, este tipo de criterios médicos pasaron a segundo plano. El/la profesional debe cumplir con los requisitos de la ley, que convirtió a la anticoncepción quirúrgica en un derecho de las personas.

REQUISITOS PARA REALIZAR AQ:

- Que exista una solicitud de la persona al servicio de salud.
- Que la persona sea mayor de edad (mayor de 18 años).
- Que la persona reciba información adecuada respecto de la naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar, otros métodos anticonceptivos alternativos a la intervención quirúrgica y las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias.
- Que la persona suscriba un consentimiento informado.

Es importante aclarar que:

- No se requiere intervención judicial.
- No se requiere que la persona tenga hijos.
- No se requiere autorización de ninguna otra persona (como la pareja).

- Debe ser una práctica quirúrgica completamente gratuita tanto en el sistema público como en obras sociales y prepagas. Está incorporado en el Plan Médico Obligatorio (PMO) de las obras sociales y pre pagas.

Es conveniente recordar que los arrepentimientos según los textos publicados internacionalmente se reducen a alrededor del 4% de los casos y que, a su vez, el 50% de ellos se revirtió. El porcentaje de arrepentimientos se mantiene bajo si se cuenta con adecuadas consejerías.

La ley 26.130 posee carácter federal. Esto significa que todas las autoridades provinciales están obligadas a cumplirla, y no pueden invocar normativa provincial para no hacerlo. El incumplimiento de los requisitos establecidos por la Ley 26.130 constituye una grave infracción, que puede comprometer la responsabilidad individual del profesional médico, la responsabilidad de la institución médica, y la responsabilidad del Estado Nacional.

NORMATIVAS PROVINCIALES

Hay algunas diferencias entre las legislaciones en cada provincia en temas de derechos sexuales y reproductivos. Por eso es importante aclarar:

- Las leyes nacionales son siempre superiores a las provinciales.
- Las provincias deben armonizar su legislación con la legislación nacional.
- Cuando la ley nacional dice algo diferente a la ley provincial el principio ordenador es que siempre debe aplicarse la legislación más beneficiosa para la persona.
- Rige el principio de progresividad de derechos (puede modificarse la ley para bien y nunca para mal), en función de que el derecho a la salud - y sus derivaciones - tiene jerarquía constitucional y su obligatoriedad es exigible en todo el territorio del país.

Glosario
Bibliografía

Glosario

A.

AAS: Acido Acetilsalicílico
ACI: Anticonceptivo Combinado Inyectable
ACO: Anticonceptivo Combinado Oral
ACV: Accidente Cerebrovascular
AHC: Anticonceptivo Hormonal Combinado
AHE: Anticoncepción Hormonal de Emergencia
AINE: Antiinflamatorio No Esteroide
AMADA: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción
AMPD: Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito
ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
AOSP: Anticonceptivo Oral Sólo de Progestágenos
AQ: Anticoncepción Quirúrgica
ARV: Antirretrovirales
ASP: Anticonceptivos Sólo de Progestágenos

C.

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud
CPN: Código Penal de la Nación
Cu: Cobre

D.

DDSS: Derechos Sexuales
DDRR: Derechos Reproductivos
DBT: Diabetes
DIU: Dispositivo Intrauterino

E.

EE: Etinilestradiol
EPI: Enfermedad Pélvica Inflamatoria
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

F.

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FSH: Hormona Folículo Estimulante

G.

GnRH: Factor Liberador de Gonadotrofinas

H.

HPV: Human Papilbmavirus
HTA: Hipertensión Arterial

I.

ICEC: Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia
IM: Infarto de Miocardio
IMAP: Improving Management of Mildly Abnormal Pap Smears
IP: Inhibidores de proteasa
IPPF: International Planned Parenthood Federation
ITGS: Infección del Tracto Genital Superior
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

L.

LES: Lupus Eritematoso Sistémico
LH: Hormona Luteneizante
LNG: Levonorgestrel
LT: Ligadura de Trompas

M.

MAC: Métodos Anticonceptivos
MBCF: Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer
MELA: Método de la Lactancia y Amenorrea

N.

NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical

O.

OCI: Orificio Cervical Interno
OMS: Organización Mundial de la Salud

P.

PAP: Papanicolaou
PEPS: Primero que Expira, Primero que Sale
PNSSyPR: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
PPE: Profilaxis Post Exposición

S.

SIU: Sistema Intrauterino de Liberación de Levonorgestrel

T.

TBC: Tuberculosis
TEV: Tromboembolismo Venoso
TGS: Tracto Genital Superior
TVP: Tromboembolismo Venoso Profundo

U.

UDI: Usuaria/o de Drogas Endovenosas
UNFPA: United Nations Population Fund - Fondo de Población de las Naciones Unidas

V.

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
VE: Valerato de Estradiol
VHB: Virus Hepatitis B
VHC: Virus Hepatitis C
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH: Virus de Papiloma Humano

Bibliografía

Por título

Anticoncepción del siglo XXI. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA). Buenos Aires: Ed. Ascune Hnos., 2005: 230-261.

Anticoncepción Hormonal de Emergencia. Guía de procedimientos para los profesionales de la salud. PNSSyPR, MSAL, 2007.
Disponible en: www.msal.gov.ar/saludsexual (link Materiales, Guías y Cuadernillos).

Avances en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y reproductiva. SAEGRE. 1º edición Buenos Aires, Editorial ASCUNE, 2012.

Boletín sobre el VIH-Sida en la Argentina. Año XI, Nº 25. Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación, agosto 2008.

Cambiemos las preguntas. Campaña Nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud. Centro latinoamericano en sexualidad y derechos humanos, 2006. Disponible en: www.clam.org.br/pdf/cambiemos.pdf

Cambio de los criterios de elegibilidad en el post parto. Declaración de la OMS sobre el uso de anticonceptivos hormonales combinados durante el período posparto. (Adaptación Lía Arribas). Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA).
Disponible en: http://www.amada.org.ar/novedades.php

Capacitación sobre acceso al diagnóstico de VIH y sífilis. Material de trabajo. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011.

Consejerías en salud sexual y reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. PNSSyPR, Ministerio de Salud de la Nación, 2010.
Disponible en: www.msal.gov.ar/saludsexual/consejeria_salud_sexual.asp

Consenso sobre anticoncepción de emergencia. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA).
Disponible en: http://www.amada.org.ar/PDF/anticoncepcion_hormonal_emergencia.pdf

Consenso sobre Dispositivos Intrauterinos. Sociedades participantes: Asociación Medica Argentina de Anticoncepción (AMADA), Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Centro de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA). Revista AMADA Vol. 2 Nº 1, agosto 2006: 5-25.
http://www.amada.org.ar/PDF/consenso_dispositivos_intrauterinos.pdf.

Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Guías de Prácticas Esenciales OMS. Ginebra: Biblioteca OMS, 2007.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4ª edición, Organización Mundial de la Salud, 2009.
Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243563886_spa.pdf

Declaración del IMAP sobre prevención del Cáncer Cervical y posible Función de la Vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH). Boletín Médico de IPPF, sep. 2007, tomo 41, No 3.

Department of Reproductive Health and Research: Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010.

Diagnóstico y Terapéutica en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva - SAEGRE. Buenos Aires: Ed. Journal, 2006.

Diversidad sexual: Conceptos para pensar y trabajar en salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011.

Faculty of Sexual & Reproductive Health Clinical Guidelines. Royal College of Obstetrics & Gynaecologists.

Guía de atención integral de las mujeres con infección por VIH. Ministerio de Salud de la Nación-UNFPA, 2009. Disponible en: www.msal.gov.ar/sida

Guía de Atención Post Aborto. Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación, MSAL, 2005.

Guía para el uso de métodos anticonceptivos. El libro de la Salud Sexual, Reproductiva y la Procreación Responsable en la Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2003: 65-170.

Guía Técnica para la atención integral de los Abortos No Punibles. PNSSyPR, MSAL, 2010.

Guía para la atención integral de las mujeres con infección por VIH, capítulo "Opciones anticonceptivas para personas con VIH". Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/sida/

Guías completas de los Criterios de elegibilidad de la OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.19_spa.pdf

Hoja informativa sobre la seguridad de la AHE de LNG. Organización Mundial de la Salud, abril 2010. Disponible en: http://www.emergencycontraception.org/PDF/WHO_RHR_HRP_10.06_spa.pdf

Mecanismo de acción ¿De qué modo las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel previenen el embarazo? Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia (ICEC) y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Disponible en Web Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia: http://www.emergencycontraception.org/

Mecanismo de acción AHE de LNG. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), 2011.
Disponible en: www.amada.org.ar/downloads/MOA_FINAL_2011.pdf

Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras. Instructivo para la distribución de insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. PNSSyPR, MSAL, 2010. Disponible en: www.msal.gov.ar/saludsexual (link Materiales, Guías y Cuadernillos).

Opciones anticonceptivas para personas con VIH. Guía para la atención integral de las mujeres con infección por VIH. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2011. Disponible en http://www.msal.gov.ar/sida/

Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores. Organización Mundial de la Salud, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2007.

Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: www.msal.gov.ar/saludsexual (link Materiales, Guías y Cuadernillos).

Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes. Coordinación Sida, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2004.

Selected practice recommendations for contraceptive use OMS. 2da edición 2004 y actualización 2008. Estados Unidos: 1999.

U.S Medical .Elegibility Criteria for Contraceptive Use. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2009.

UK Medical Elegibility criteria for Contraceptive Use. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2006.

Ligadura Tubaria. Documento Científico. PNSSyPR. Ministerio de Salud de Nación, 2009.
www.msal.gov.ar/saludsexual http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php

Por autor

Belzer, M.; Sancez, K.; Olson, J. and Jacobs, A.J. Advance Supply of Emergency contraception: a randomized trial in adolescent mothers. *The Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology,* 2005; 18:347-354.

Castellsagué, X., Díaz, M., Vaccarella, S., et al. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. *The Lancet Oncology,* 2011; 12: 1023-1031.

Ellertson, C., Ambardekar, S., Hedley, A., Coyaji, K., Trussell, J. and Blanchard, K. Emergency contraception: Randomized comparison of advance provision and information only. *Obstetrics & Gynecology,* 2001; 98: 570-575.

Glasier, Anna and Baird, David. The effects of self-administering emergency contraception. *The New England Journal of Medicine (NEJM),* 1998; 339: 1-4.

Gold, MA., Wolford, JE., Smith, KA. and Parker, AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. *The Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology,* 2004; 17: 87-96.

Graham, A., Moore, L., Sharp, D. and Diamond, I. Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: cluster randomized controlled trial of a teacher led intervention. *The British Medical Journal (BMJ),* 2002; 324: 1179-1184.

Harper, CC., Cheong, M., Rocca, CH., Darney, PD. and Raine, TR. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstetrics & Gynecology,* 2005; 106: 483-491.

Heard, Isabelle. Data from the French Cohort Studies and Framing the French Contraceptives Guidelines. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (JAIDS),* 2005; 38, Supplement 1:29-31.

Highton, Elena y Wierzba, Sandra. *La relación médico-paciente; el consentimiento informado,* Editorial Ad Hoc, 1991: 11.

Jackson, R.A., Schwartz, E.B., Freedman, L. and Darney, P. Advance supply of emergency contraception: Effect on use and usual contraception - a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology,* 2003; 102: 8-16.

Kennedy, Kathy y col. Consensus statement: Lactational amenorrhoea method for family planning. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics,* 1996; 54 (1): 55-57.

Lo, SST., Fan, SYS., Ho, PC. and Glasier, AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized trial. *Human Reproduction,* 2004; 19: 2404-2410.

Meyer, JL., Gold, MA. and Haggerty, CL. Advance provision of emergency contraception among adolescent and young adult women: A systematic review of literature. *The Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology,* 2010, Sep. 24).

Raine, T.R., Harper, C.C. and Rocca, CH., et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs. *The Journal of American Medical Association (JAMA),* 2005; 293: 54-62.

Trussell, James. Contraceptive efficacy. *Contraceptive technology.* Hatcher R. y col., editores. 19ª ed. rev., 2007.

Trussell, James. Contraceptive failure in the United States. *Contraception,* 2004; 70 (2): 89–96.

LEGISLACIÓN

Por orden cronológico

CPN, artículo 86, incisos 1 y 2 de 1921: Causales de acceso al aborto no punible.

Decreto 650/74 durante el ejercicio de López Rega como ministro de Bienestar Social.

Decreto 3938/77 de la última Dictadura Cívico Militar: elimina actividades de control de la natalidad.

Decreto 2274/86: deroga los Decretos 650/74 y 3938/77. Elimina restricciones al acceso a la información.

Ley: 23.798: Ley Nacional de Sida. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Constitución Nacional de 1994, artículo 75°, inciso 22°: Convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer.

Constitución Nacional de 1994, artículo 75°, inciso 22°: Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Ley 23.592: Medidas contra quienes impidan el pleno ejercicio de los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Nacional. Disponible en: www.infoleg.gov.ar.

Disposición ANMAT 2337/02: Reglamento técnico Mercosur para los preservativos masculinos de látex de caucho natural. Disponible en: www.anmat.gov.ar.

Ley 25.543: Obligatoriedad de ofrecer a toda embarazada realizarse el test de VIH. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Ley 25.584: Derecho a la educación de las adolescentes madres o embarazadas. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Ley 25.673: Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Ley nacional 26.061: Protección integral de niños, niñas y adolescentes. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Ley 25.929: Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.

Resolución 989/05: Guía para el mejoramiento de la atención post aborto, Ministerio de Salud de la Nación.

Ley 26.130: Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Ley 26.150: Educación Sexual Integral. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Resolución Nº 755/06: Incorporación Cobertura total ligadura de trompas y vasectomía a los sistemas de obras sociales y prepagas.

Ley 26.485: Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Ley 26.529: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Disponible en: www.infoleg.gov.ar
Corte Suprema de Justicia, 13/03/2012: dictaminó la forma en que debe aplicarse el artículo 86, incisos 1 y 2 del Código Penal para hacer efectivos los abortos no punibles. Disponible en: www.infoleg.gov.ar

Anexo

1. Anticonceptivos Hormonales Combinados (AHC)

1.1 Anticonceptivos Combinados Orales (ACO)

1.1.1. Anticonceptivos Combinados Orales (ACO) Monofásicos

Tabla 1: ACO con Etinilestradiol 0,015 y 0,02 mg

Progestágeno / Estrógeno	Levonorgestrel 0,1 mg	Gestodeno 0,06 mg	Gestodeno 0,075 mg	Desorgestrel 0,15 mg	Drospirenona 3 mg	
EE* 0,015 mg		24 + 4				
		Alelí (Bernabó)				
		Minesse (Wyeth)				
		Mirelle (BSP**)				
		Secret 28 (Elea)				
		Venisse (Bagó)				
EE* 0,02 mg	21 comp.		21 Comp.	21 Comp.	24 + 4	21 + 7
	April (Gador)		Biofem (Biotenk)	Mercilon (Organón)	Damsella (Gador)	Diva (Elea)
	Femexin (Elea)		Cuidafem (Bernabó)		Diva Total (Elea)	Isis Mini (Investi)
	Miranova (BSP**)		Femiane (BSP**)		Isis Mini 24 (Investi)	Isis Mini Fe (Investi)
	Norfem (Bagó)		Ginelea MD (Elea)		Jade MD (Craveri)	Kala MD (Bernabó)
	Norgestrel minor (Biotenk)		Harmonet (Wyeth)		Kala MD 24 (Bernabó)	Máxima MD (Bagó)
	21 + 7		21 +7		Kir 28 (Raffo)	21 comp.
	April 28 (Gador)		Ginelea MD 28 (Elea)		Máxima MD 24 (Bagó)	Kirumelle (Raffo)
	Elektra (Craveri)		Livianne (Bagó)		Yaz (BSP**)	Yasminelle (BSP**)
	Femexin 28 (Elea)					

21+7: 21 comprimidos activos + 7 comprimidos placebo
24+4: 24 comprimidos activos + 4 comprimidos placebo
EE*: etinilestradiol
BSP**: Bayer Schering Pharma
Se presenta el listado de productos por orden alfabético.

Tabla 2: ACO con Etinilestradiol 0,03 y 0,035 y 0.05 mg

Estrógeno \ Progestágeno	Levonorgestrel 0,15mg	Levonorgestrel 0,25 mg	Gestodeno 0,075 mg	Desorgestrel 0,15 mg	Norgestimato 0,250 mg	Ciproterona 2 mg	Drospirenona 3 mg	Dienogest 2mg
EE 0,03 mg	21 Comp.		21 Comp.	21 Comp.			21 + 7	21 comp.
	ACO Ministerio Salud de Nación		Gynovin (BSP**)	Marvelon (Organón)			Damsel (Gador)	Florence (Elea)
	Afrodita (Duncan)						Divina (Elea)	Dienopil (Bagó)
	Evelea MD 21 (Elea)						Isis (Investi) 28 ó 56 comp	
	Microgynon (BSP**)						Isis Fe (Investi)	
	Microvlar (BSP**)						Jade (Craveri)	
	Nordette (Wyeth)						Kala (Bernabó)	
	Norgestrel Plus (Biotenk)						Kirum (Raffo)	
	84 Activos + 7 placebo						Máxima (Bagó)	
	Anubis (Investi)						Umma (Biotenk)	
							Yasmín (Bayer*)	
EE 0,035 mg					21 Comp.	21 Comp.		
					Cilest (Janssen)	Avancel (Bagó)		
						Diane 35 (BSP**)		
						Mileva 35 (Elea)		
						Zinnia (Bernabó)		
EE 0,05 mg		Neogynon (BSP**)						

21+7: 21 comprimidos activos + 7 comprimidos placebo
24+4: 24 comprimidos activos + 4 comprimidos placebo
EE*: etinilestradiol
BSP**: Bayer Schering Pharma
Se presenta el listado de productos por orden alfabético.

1. Anticonceptivos Hormonales Combinados (AHC)

1.1 Anticonceptivos Combinados Orales (ACO)

1.1.2. Anticonceptivos Combinados Orales (ACO) Trifásicos

Estrógeno	Progestágeno	Nombre Comercial
Etinilestradiol 0.030 mg	Gestodeno 0,050 mg	GINELEA T (Elea) x 21 comp
Etinilestradiol 0,040 mg	Gestodeno 0,070 mg	
Etinilestradio 0,030 mg	Gestodeno 0,010 mg	
Etinilestradiol 0,035 mg	Norgestimato 0,0180 mg	TRIDETTE (Gador) x 21 comp
Etinilestradiol 0,035 mg	Norgestimato 0, 215 mg	
Etinilestradiol 0,035 mg	Norgestimato 0,250 mg	
Etinilestradiol 0,030 mg	Levonorgestrel 0.060 mg	TRIDESTAN N (Gador) x 21 comp
Etinilestradiol 0,040 mg	Levonorgestrel 0.075 mg	
Etinilestradiol 0,030 mg	Levonorgestrel 0.125 mg	
Etinilestradiol 0,030 mg	Levonorgestrel 0.05 mg	TRIQUILAR (BSP) x 21 comp
Etinilestradiol 0,040 mg	Levonorgestrel 0.075 mg	
Etinilestradiol 0,030 mg	Levonorgestrel 0.125 mg	

1.1.3. Anticonceptivos Combinados Orales (ACO) Con Régimen Dinámico

Estrógeno	Progestágeno	Nombre Comercial
Valerato de Estradiol 3 mg		Rubí (Gador) o Qlaira (BSP) x 28 comp.
Valerato de Estradiol 2 mg	Dienogest 2 mg	
Valerato de Estradiol 2 mg	Dienogest 3 mg	
Valerato de Estradiol 1 mg		

1.2 Anticonceptivos Combinados Inyectables (ACI)

Estrógeno	Progestágeno	Nombre Comercial
Valerato de estradiol 5 mg	Enantato de noretisterona 50 mg	ACI Ministerio de Salud
		Ginediol (Elea)
		Mesigyna (BSP)
Cipionato de Estradiol 5 mg	Acetato de Medroxiprogesterona 25 mg	ACI Ministerio de Salud
		Cyclofem (Techsphere)
Enantato de estradiol 10 mg	Acetoténido de algestona 150 mg	Atrimón (Ivax)
		Perlutal (Boeh. Ingel)

1.3 Parches transdérmicos

Estrógeno	Progestágeno	Nombre Comercial
Etinilestradiol 0,60 mg	Norelgestromina 6 mg	EVRA (Janssen Cilag) x 3

1.4 Anillos vaginales

Estrógeno	Progestágeno	Nombre Comercial
Etinilestradiol 2,7 mg	Etonogestrel 11,7 mg	NUVARING (MSD)

2. Anticonceptivos Hormonales Sólo de Progestágenos (ASP)

2.1 Anticonceptivos Orales Sólo de Progestágenos (AOSP)

Mecanismo de acción	Progestágeno	Nombre Comercial
NO anovulatorios: Exclusivos para la Lactancia- Minipíldora	Levonorgestrel 0,03 mg	Minipíldora Ministerio de Salud x 28 comp.
		Microlut (BSP**) x 35 comp.
		Norgestrel Continuo (Biotenk) x 35 comp.
	Linestrenol 0,5 mg	Exlutón (Organón) x 28 comp.
Anovulatorio	Desogestrel 0,075 mg	Camelia (Bernabó) x 28 comp.
		Carmín (Elea) x 28 comp.
		Cerazzette (Organón) x 28 comp.
		Lumilac (Bagó) x 28 comp.

2.2 Anticonceptivos Inyectable Sólo de Progestágeno

Progestágeno	Nombre Comercial
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg (AMPD)	Inyectable Trimestral del Ministerio de Salud
	Depo-Provera 150 (Pfizer)

2.3 Implante subdérmico

Progestágeno	Nombre Comercial
Etonorgestrel 68 mg	Implanon (MSD) x 1 cápsula

2.4 SIU Sistema Intrauterino

Progestágeno	Nombre Comercial
Levonorgestrel 52 mg	Mirena (BSP)

3. Anticoncepción Homonal de Emergencia (AHE)

Progestágeno	Nombre Comercial
Levonorgestrel 0,75 mg x 2 comp.	AHE Ministerio de Salud
	Norgestrel Max (Biotenk)
	Secufem 0,75 mg (Elea)
	Segurite (Raffo)
Levonorgestrel 1,5 mg x 1 comp.	AHE Ministerio de Salud
	Norgestrel Max Unidosis (Biotenk)
	Secufem 1,5 mg (Elea)
	Segurite UD (Raffo)

Serie: Actualización Profesional del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Otros títulos de esta serie

Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación (Documento de trabajo)
48 páginas. MSAL, 2010
www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf
Disponible en versión impresa

Protocolo de atención a personas víctimas de violaciones sexuales
48 páginas. MSAL, 2011
Disponible en versión impresa

Guía técnica para la atención integral a los abortos no punibles
64 páginas. MSAL, 2010
www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf
Disponible en internet y PDF

Anticoncepción quirúrgica
Folleto para profesionales. MSAL, 2011
www.msal.gov.ar/saludsexual/folletos.php
Disponible en versión impresa

Ligadura tubaria. Documento científico.
42 páginas. MSAL, 2008
www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php
Disponible en versión impresa

Anticoncepción Quirúrgica Varones. Vasectomía.
28 páginas. MSAL, 2008
www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/aqv_vasectomia.pdf
Disponible en internet y PDF

Anticoncepción Hormonal de Emergencia. Guía de Procedimientos para Profesionales de Salud
28 páginas. MSAL, 2007
www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php
Disponible en internet y PDF

Estas publicaciones pueden solicitarse a:
Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) - Ministerio de Salud de la Nación
Av. Rivadavia 875, Piso 7 Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Teléfonos: (+54 11) 4342 3470 / 3484 / 3375
saludsexual@msal.gov.ar / materialessaludsexual@gmail.com