



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

ZIKA - Anticoncepción moderna, con énfasis en poblaciones vulnerables

Lima Perú

26 -28 Junio de 2017

Dr Rodolfo Gomez Ponce de Leon

Asesor Regional de Salud Sexual y Reproductiva

CLAP SMR OPS OMS

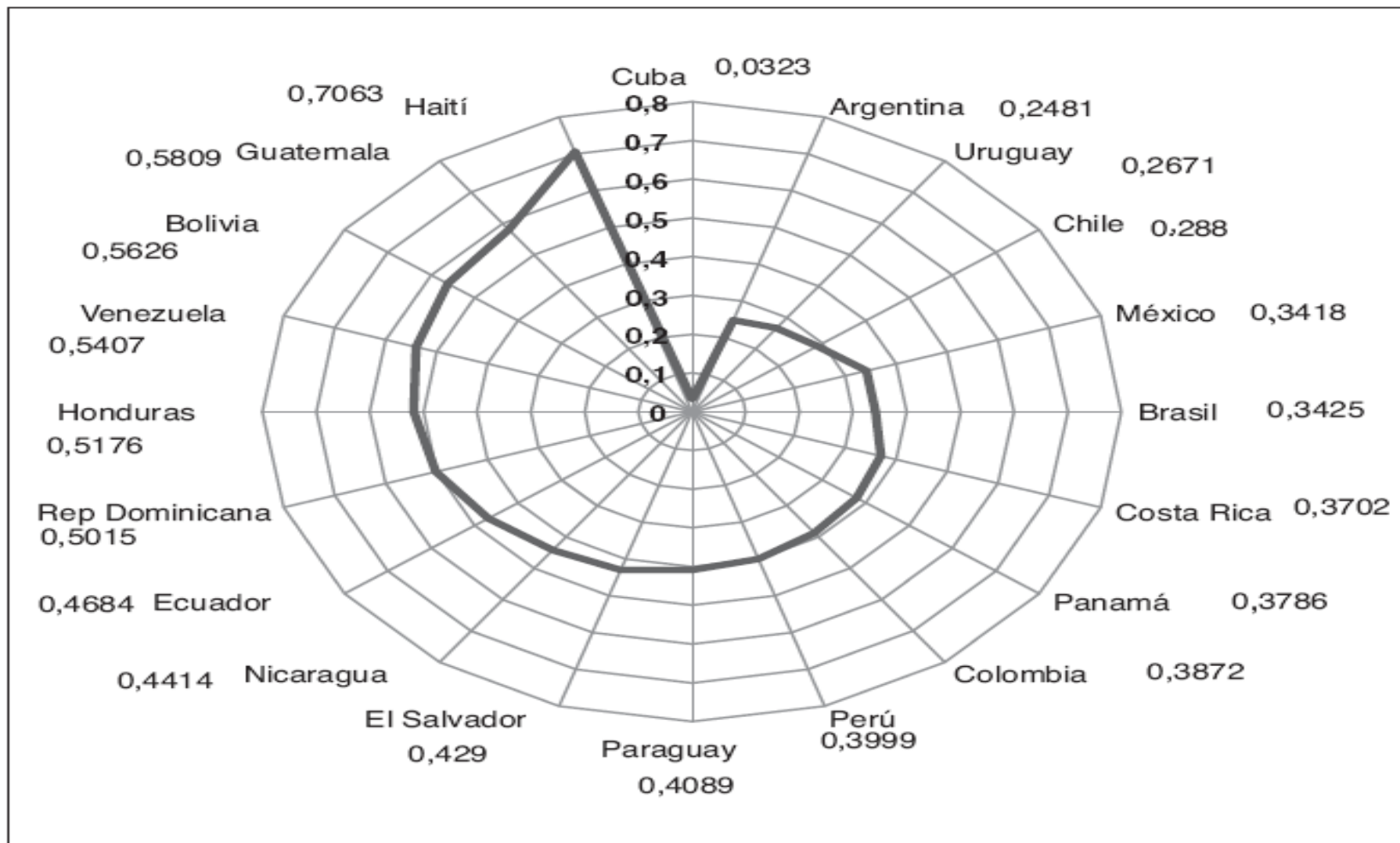
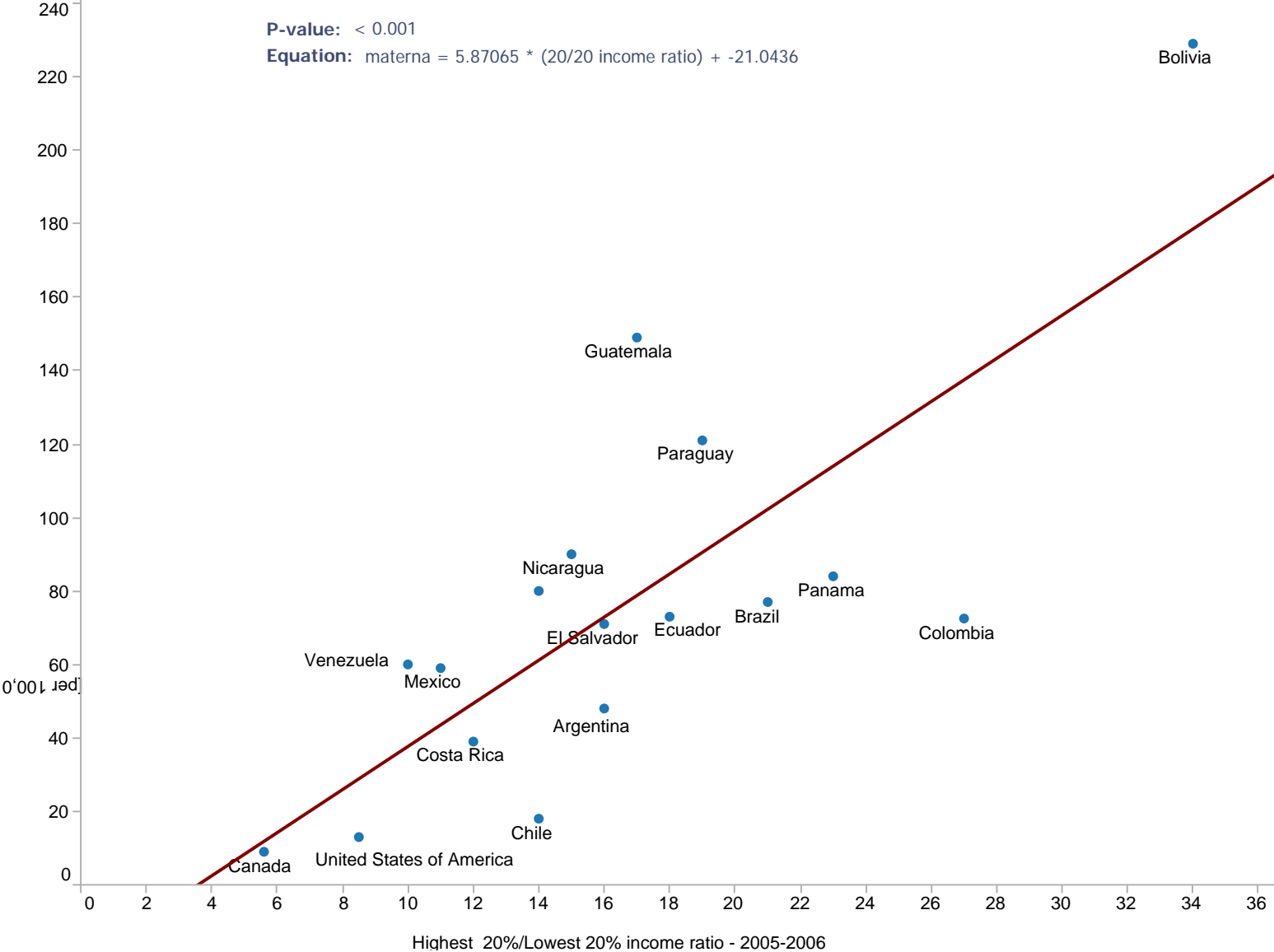


Figura 1. Índice de inequidades en salud (INIQUIS) en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2005-2010

Fuente: elaboración propia. PIB: producto interior bruto; OMS: Organización Mundial de la Salud (Estadísticas Sanitarias Mundiales, año 2011); BM: Banco Mundial (Indicadores de Salud, 2010); CEPAL: Comisión Económica para Países de América Latina y el Caribe. Cardona D, et al. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). Gac Sanit. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.007>

Maternal Mortality ratio [per 1,000 lb] and the highest 20%/ lowest 20% income ratio, estimated 2006

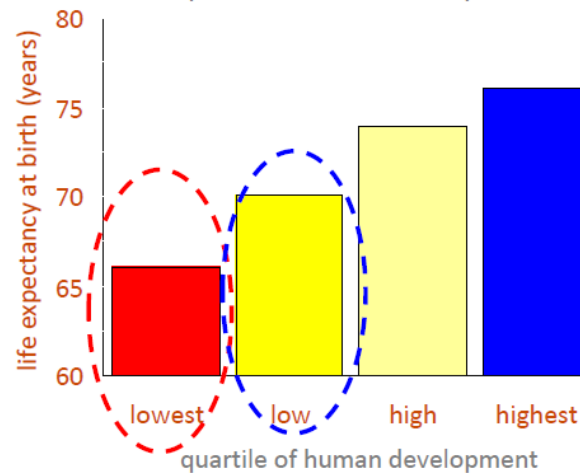
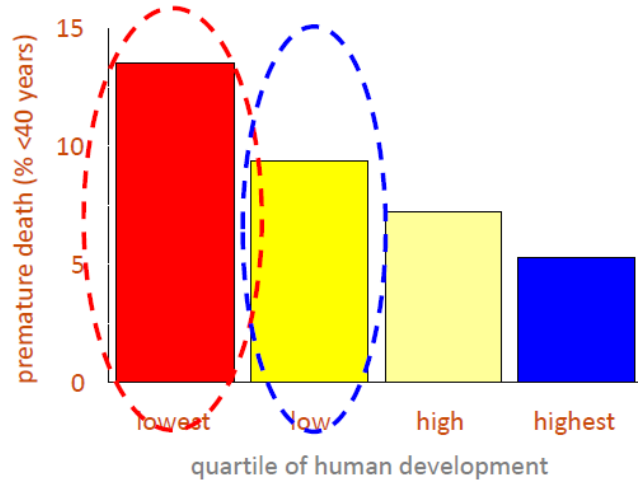
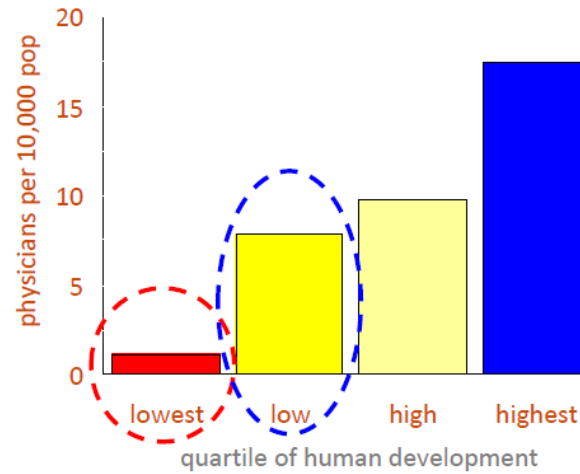


Fuente: PAHO Regional Health Observatory

Diversidad étnica y exclusión social: el caso de Panamá

Human Development quartile, 2002		province	Panama HDI
lowest	wIDH = 0.385	Ngöbe Bugle	0.363
		Emberá Wounaan	0.392
		Kuna-Yala	0.448
low	wIDH = 0.594	Darién	0.504
		Veraguas	0.600
		Bocas del Toro	0.619
high	wIDH = 0.679	Coclé	0.650
		Herrera	0.690
		Chiriquí	0.692
highest	wIDH = 0.755	Los Santos	0.710
		Colón	0.715
		Panamá	0.764

wIDH = weighted Panama's Human Development Index 2002





Fuente : Diniz, Debora. Zika in Brazil: women and children at the center of the epidemic Brasília :LetrasLivres, 2017.

Título de la presentación

Desigualdades sociales en salud materna e infantil *dentro* de los países

SERIE SOBRE EQUIDAD EN SALUD Y DESARROLLO SOSTENIBLE /
SERIES ON EQUITY IN HEALTH AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT

Investigación original / Original research



Pan American Journal
of Public Health

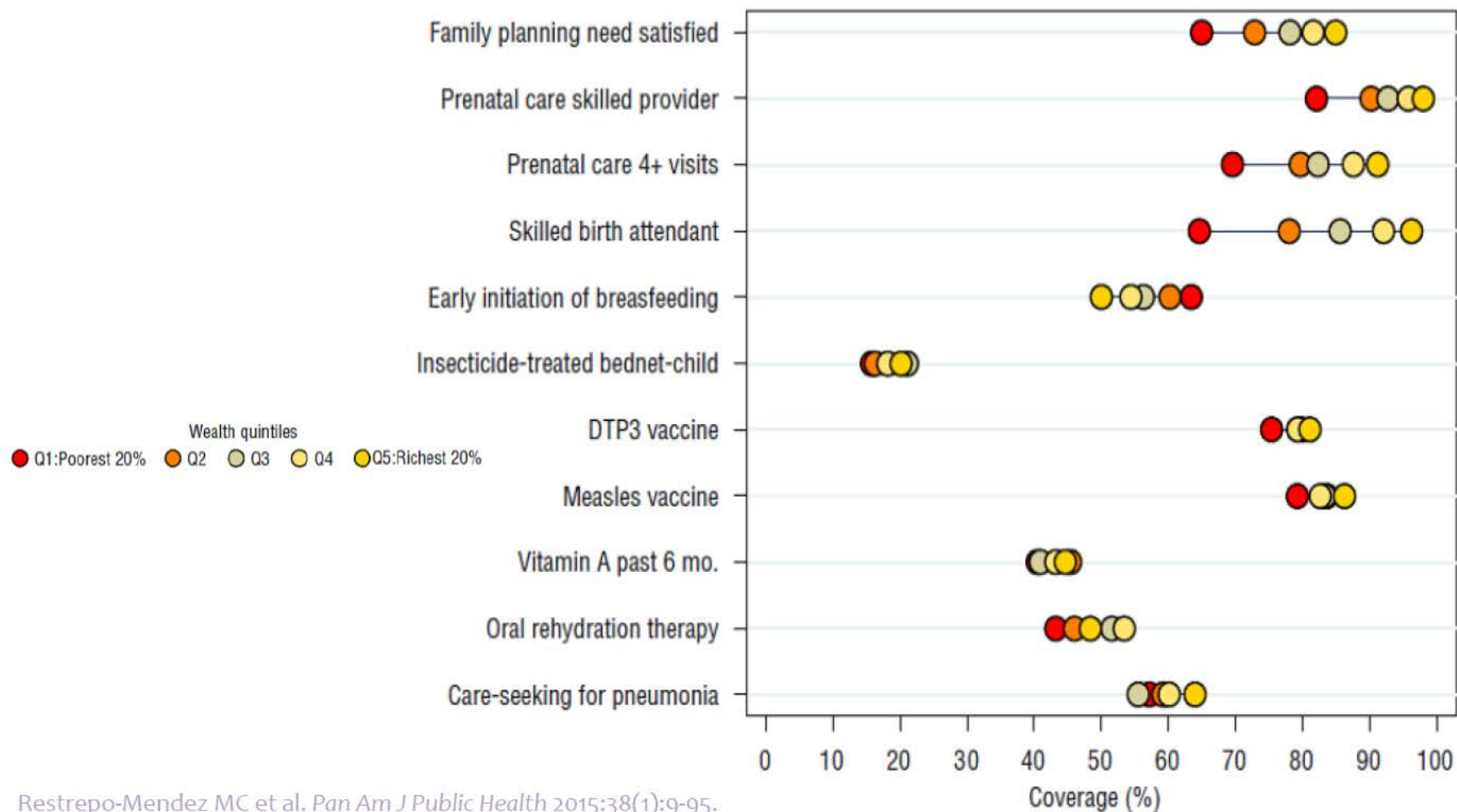
Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda

*María Clara Restrepo-Méndez,¹ Aluísio J. D. Barros,¹ Jennifer Requejo,²
Pablo Durán,³ Luis Andrés de Francisco Serpa,² Giovanny V.A. França,¹
Fernando C. Wehrmeister,¹ and Cesar G. Victora¹*

Suggested citation

Restrepo-Méndez MC, Barros AJD, Requejo J, Durán P, Serpa LAF, França GVA, et al. Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(1):9-16.

Mean coverage levels of various reproductive, maternal, neonatal, and child health interventions according to wealth quintiles in recent surveys of 11 countries in Latin America and the Caribbean, 2001–2012



National composite coverage index, stratified by wealth quintiles, for 11 countries in Latin America and the Caribbean, by year(s)

Wealth quintiles
 ● Q1:Poorest 20% ● Q2 ● Q3 ● Q4 ● Q5:Richest 20%

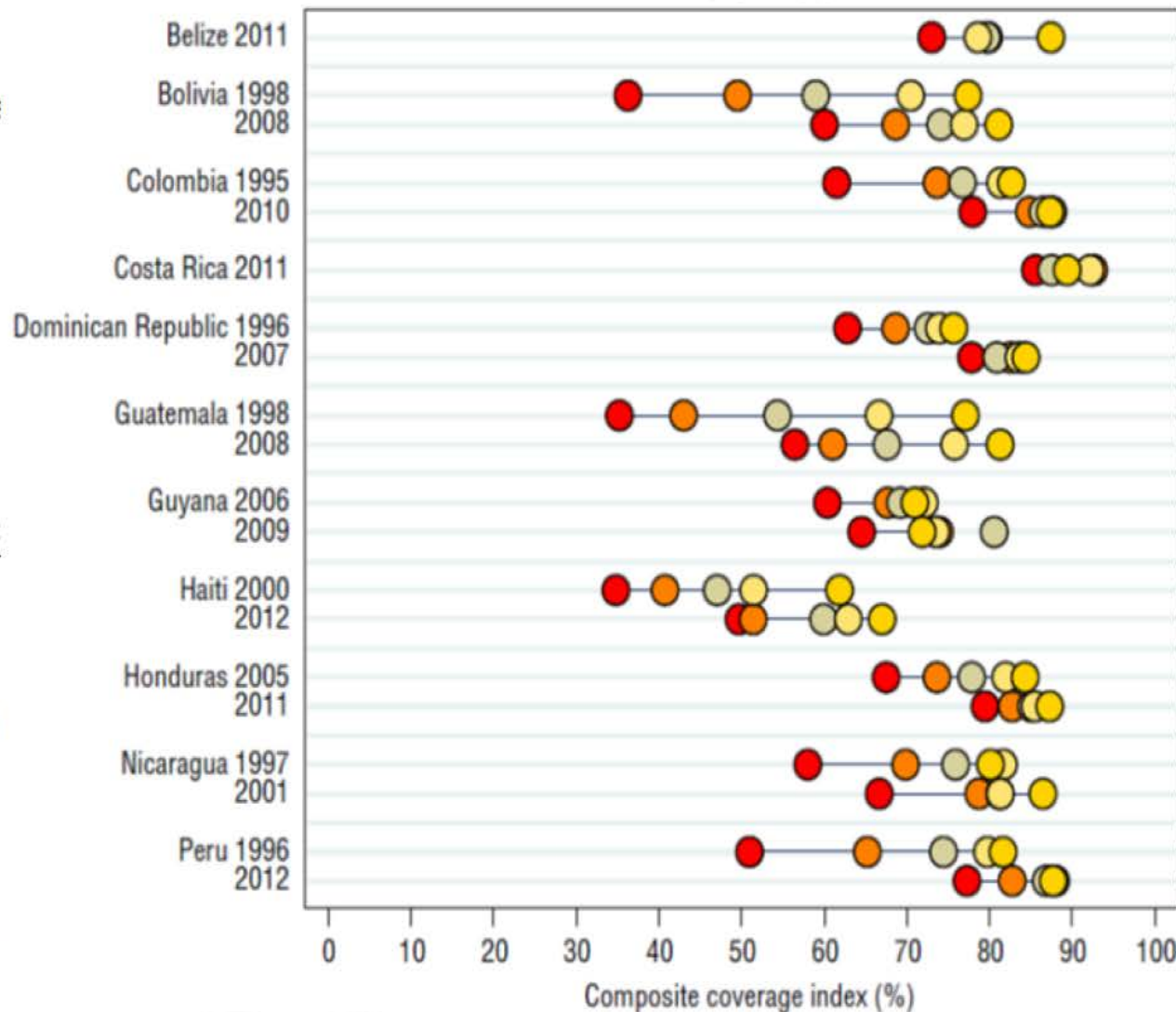
CCI = weighted average of 8 interventions

equal weights to 4 stages in the continuum of care

- family planning
- maternal and newborn care
- immunization
- case management of sick children

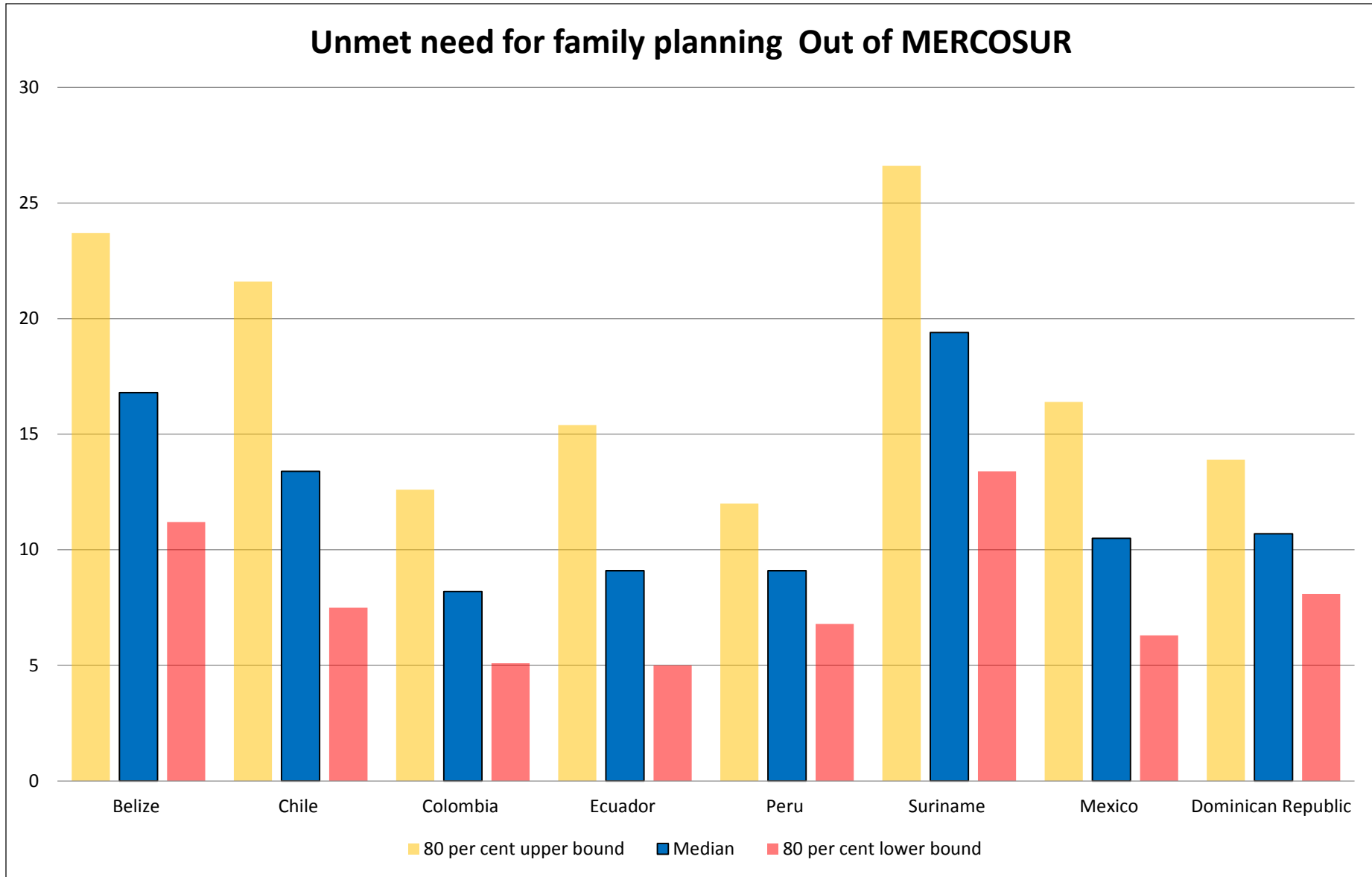
$$\frac{1}{4} \left(\text{FPS} + \frac{\text{SBA} + \text{ANCS}}{2} + \frac{2\text{DPT3} + \text{MSL} + \text{BC}}{4} + \frac{\text{ORT} + \text{CPNM}}{2} \right)$$

family planning needs satisfied (FPS), skilled birth attendant (SBA), ante-natal care with a skilled provider (ANC), three doses of diphtheria-pertussis-tetanus vaccine (DPT3), measles vaccination (MLS), tuberculosis vaccination (BCG), oral rehydration therapy among children with diarrhea (ORT), and pneumonia care seeking (CPNM)



Estimates of contraceptive prevalence (any method and modern methods), unmet need for family planning and percentage of demand that is satisfied with modern methods among married or in-union women aged 15 to 49, 2015

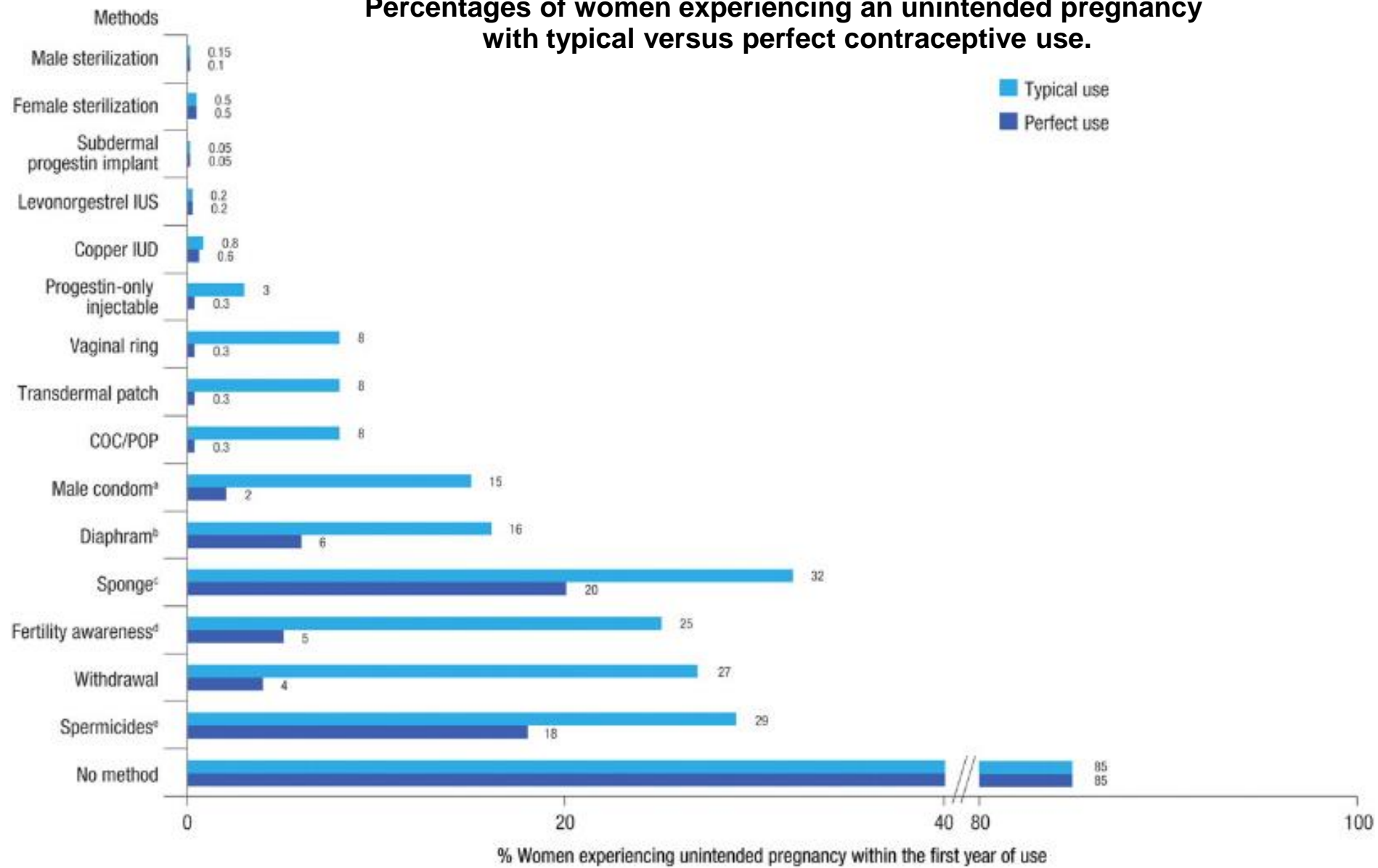
	Contraceptive prevalence (all methods)			Contraceptive prevalence (modern methods)			Unmet need for family planning			Demand for family planning satisfied with modern methods		
	Median	80 per cent lower bound	80 per cent upper bound	Median	80 per cent lower bound	80 per cent upper bound	Median	80 per cent lower bound	80 per cent upper bound	Median	80 per cent lower bound	80 per cent upper bound
Mercosur Countries												
Argentina	61.6	51.8	70.4	57.9	48.4	66.7	15.3	9.7	22.6	75.2	65.3	83.3
Bolivia	62.5	51.9	71.9	40.4	29.6	51.2	18	11.9	25.3	50.4	37.6	62.3
Brazil	79	70.4	85.6	75.2	66.6	82.1	7.7	4.4	12.7	86.8	79.9	91.7
Paraguay	77.4	68.5	84.3	68	58	76.2	6.4	3.6	10.9	81.4	72	88.1
Uruguay	77	66.5	84.6	73.8	63.2	81.9	7.6	3.9	13.6	87.3	78.9	92.7
Venezuela	70	57.3	80.3	63.8	51.3	74.9	12	6.3	20.3	77.8	65.7	87.1
Out of Mercosur Countries												
Belize	58.1	48.3	67.4	53.5	43.8	62.7	16.8	11.2	23.7	71.2	61.1	79.8
Chile	65.1	52.5	75.8	61.6	49.3	72.4	13.4	7.5	21.6	78.4	66.4	87.2
Colombia	78.2	70.8	84.3	71.7	63.5	78.3	8.2	5.1	12.6	83	75.7	88.2
Ecuador	72.6	61.6	81.5	61.2	49.4	71.5	9.1	5	15.4	75.1	62.9	84.1
Peru	73.5	68.1	78.3	52.4	45.5	59	9.1	6.8	12	63.5	55.5	70.6
Suriname	51.8	42.4	61.2	50.8	41.5	60	19.4	13.4	26.6	71.1	61.1	80
Mexico	72.6	63.4	80.4	67.4	58	75.5	10.5	6.3	16.4	81	72.4	87.5
Dominican Republic	71.8	66.3	76.7	68.6	63.3	73.5	10.7	8.1	13.9	83.1	78.8	86.7



Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015



Percentages of women experiencing an unintended pregnancy with typical versus perfect contraceptive use.



P.D. Blumenthal et al. Hum. Reprod. Update 2011;17:121-137

Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception

P.D. Blumenthal^{1,*}, A. Voedisch¹, and K. Gemzell-Danielsson²

¹Department of Obstetrics & Gynecology, Stanford University, 300 Pasteur Drive, HH-333, Stanford, CA 94305-5317, USA ²Department of Women's and Children's Health, Division of Obstetrics and Gynecology, Karolinska Institutet, WHO-Centre, C1:05, Karolinska University Hospital, SE-171 76 Stockholm, Sweden

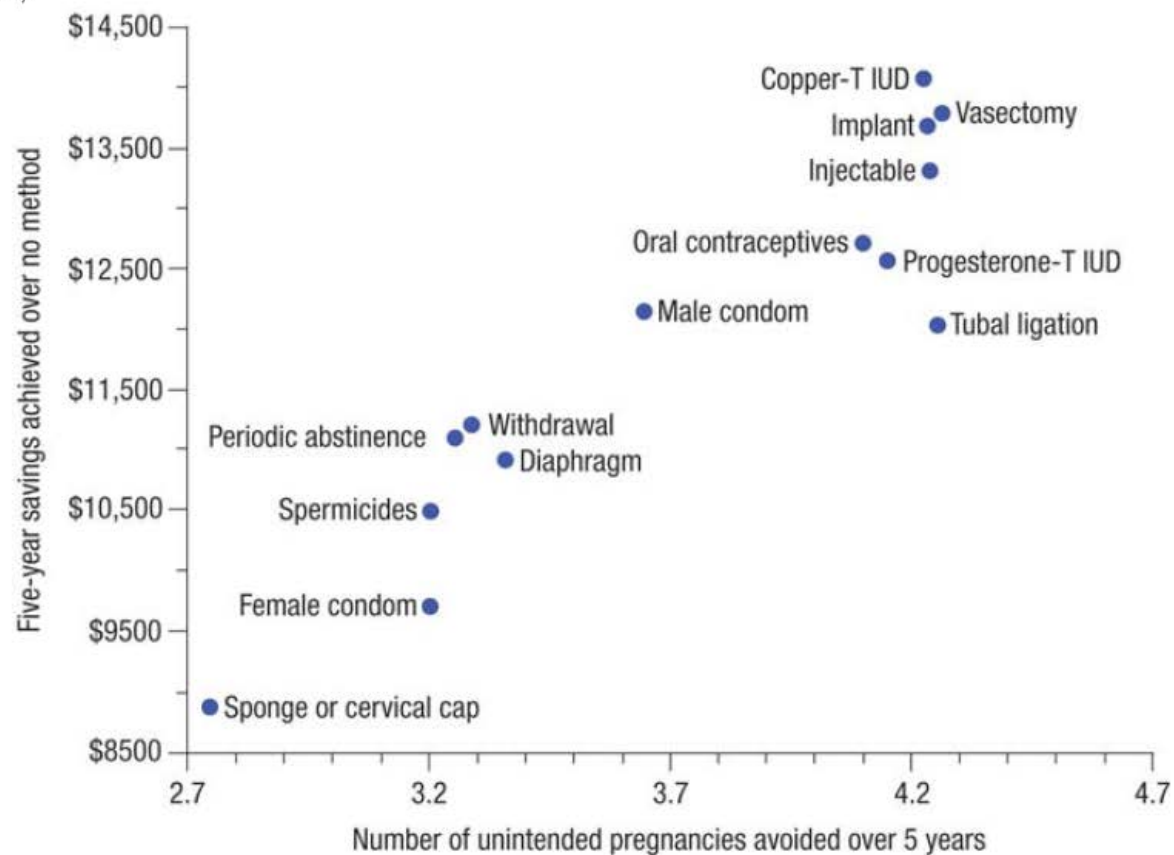


Figure 4 Cost savings and pregnancies avoided over 5 years for contraceptive methods versus no method (Trussell *et al.*, 1995). Reprinted with permission from Trussell *et al.* (1995), American Public Health Association.

Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception

P.D. Blumenthal^{1,*}, A. Voedisch¹, and K. Gemzell-Danielsson²

¹Department of Obstetrics & Gynecology, Stanford University, 300 Pasteur Drive, HH-333, Stanford, CA 94305-5317, USA ²Department of Women's and Children's Health, Division of Obstetrics and Gynecology, Karolinska Institutet, WHO-Centre, C1:05, Karolinska University Hospital, SE-171 76 Stockholm, Sweden

Table IV Summary of the benefits and limitations of LARC methods (National Collaborating Centre for Women's Health, 2005).

	Copper IUD ^a	Levonorgestrel IUS	Progestin-only injectable contraception	Subdermal progestin implant
Mechanisms of action	Non-hormonal method Prevents fertilization	Hormonal method Prevents fertilization	Hormonal method Inhibits ovulation Prevents fertilization	Hormonal method Inhibits ovulation Prevents fertilization
Contraceptive effectiveness	Failure: <20 in 1000 women over 5 years (IUDs with ≥ 380 mm ² copper)	Failure: <10 in 1000 women over 5 years	Failure: <4 in 1000 women over 2 years Failure rate is lower with DMPA than with NET-EN	Failure: <1 in 1000 women over 3 years
Licensed duration	5–10 years	5 years	12-week dose interval (DMPA) 8-week dose interval (NET-EN)	3 years [Implanon (package insert)] 5 years (Jadelle) 4 years (Sino-Implant II)
Expulsion	Expulsion: <1 in 20 women over 5 years	Expulsion: <1 in 20 women over 5 years		
Discontinuation rates (1 year)	8–26%	16–24%	41–77%	20–25%
Most common reasons for discontinuation	Vaginal bleeding and pain	Altered bleeding pattern (e.g. amenorrhoea) and pain	Altered bleeding pattern (e.g. persistent bleeding)	Irregular bleeding
Adverse effects	Heavy/longer menstrual periods Dysmenorrhoea	Irregular bleeding and spotting common in first 6 months Oligo/amenorrhoea likely by 1 year Acne may occur but unlikely to cause discontinuation	Oligo/amenorrhoea likely (more common over time; not harmful) Weight gain may occur (2–3 kg over 1 year)	Irregular bleeding patterns can occur throughout use Acne may occur
Return to fertility on discontinuation	No delay	No delay	Delay in return to fertility of ≤ 1 year	No delay

^aIUDs with >380 mm² copper and banded copper on arms.

DMPA, medroxyprogesterone acetate; IUD, intrauterine device; IUS, intrauterine system; LARC, long-acting reversible contraceptive; NET-EN, norethisterone enanthate.

Counseling Tools



Menú de las Opciones Anticonceptivas



DIU Hormonal

Se inserta en el útero por un proveedor de servicios médicos. A pesar de que tiene una duración de 5 años, se le puede retirar antes de ese tiempo. No hay nada que hacer antes del sexo. Generalmente, los periodos son más ligeros y menos dolorosos. No protege contra las ETS.

DIU de Cobre

Se inserta en el útero por un proveedor de servicios médicos. A pesar de que tiene una duración de 12 años, se le puede retirar antes de ese tiempo. No hay nada que hacer antes del sexo. No protege contra las ETS.

Implante

Se inserta en el brazo por un proveedor de servicios médicos. A pesar de que tiene una duración de 3 años, se le puede retirar antes de ese tiempo. Los periodos son más ligeros y menos dolorosos. No hay nada que hacer antes del sexo. El implante no protege contra las ETS.

Inyección Anticonceptiva

La inyección es dada por un profesional de servicios médicos cada 3 meses. Generalmente, los periodos son más ligeros y menos dolorosos. No hay nada que hacer antes del sexo. No protege contra las ETS.

Pastilla Anticonceptiva

La pastilla se debe tomar aproximadamente al mismo tiempo cada día. No hay nada que hacer antes del sexo. Los periodos podrían ser más ligeros y menos dolorosos. La pastilla no protege contra las ETS.

Parche

Lo se aplica a la piel 1 vez por semana durante 3 semanas, y luego se quita por 1 semana para tener un periodo. Generalmente, los periodos son más ligeros y menos dolorosos. No protege contra las ETS.

Anillo Vaginal

Se inserta el anillo vaginal en la vagina por 3 semanas. Luego, se quita por 1 semana para tener un periodo. Generalmente, los periodos son más ligeros y menos dolorosos. No protege contra las ETS.

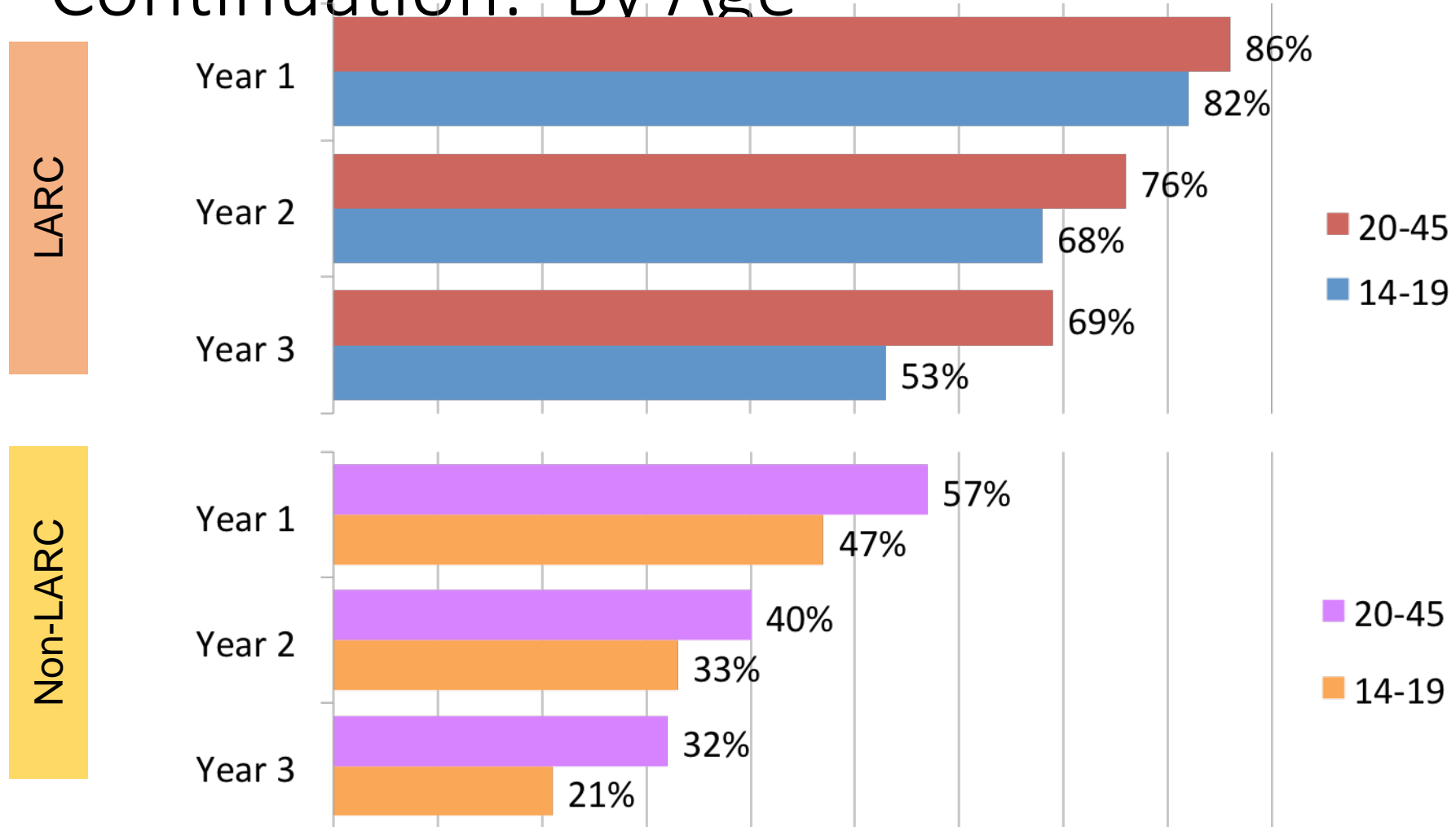
Condomes

El condón masculino se pone en el pene antes del sexo. Debe usarse cada vez que tenga relaciones sexuales para prevenir protección contra el embarazo y las ETS.

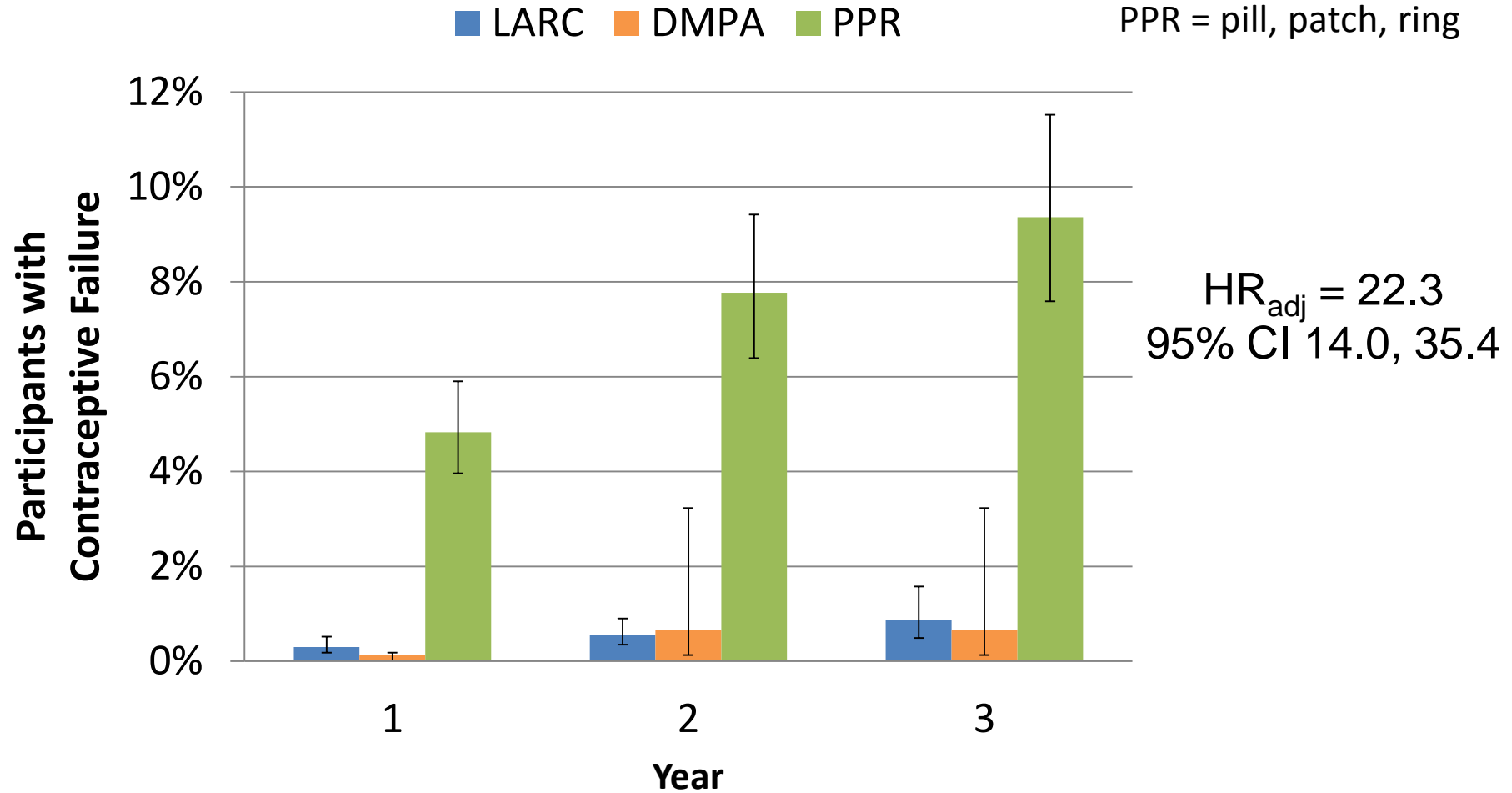
Anticonceptivos de Emergencia

Pueden ayudar a prevenir el embarazo después del sexo sin protección o un fallo anticonceptivo. Viene en forma de una pastilla o el DIU de cobre. La pastilla de emergencia se puede tomar hasta 5 días después de sexo sin protección y el DIU de cobre se puede insertar hasta 5 días después de sexo sin protección. El anticonceptivo de emergencia no reemplaza el uso constante de anticonceptivos. No protegen contra las ETS.

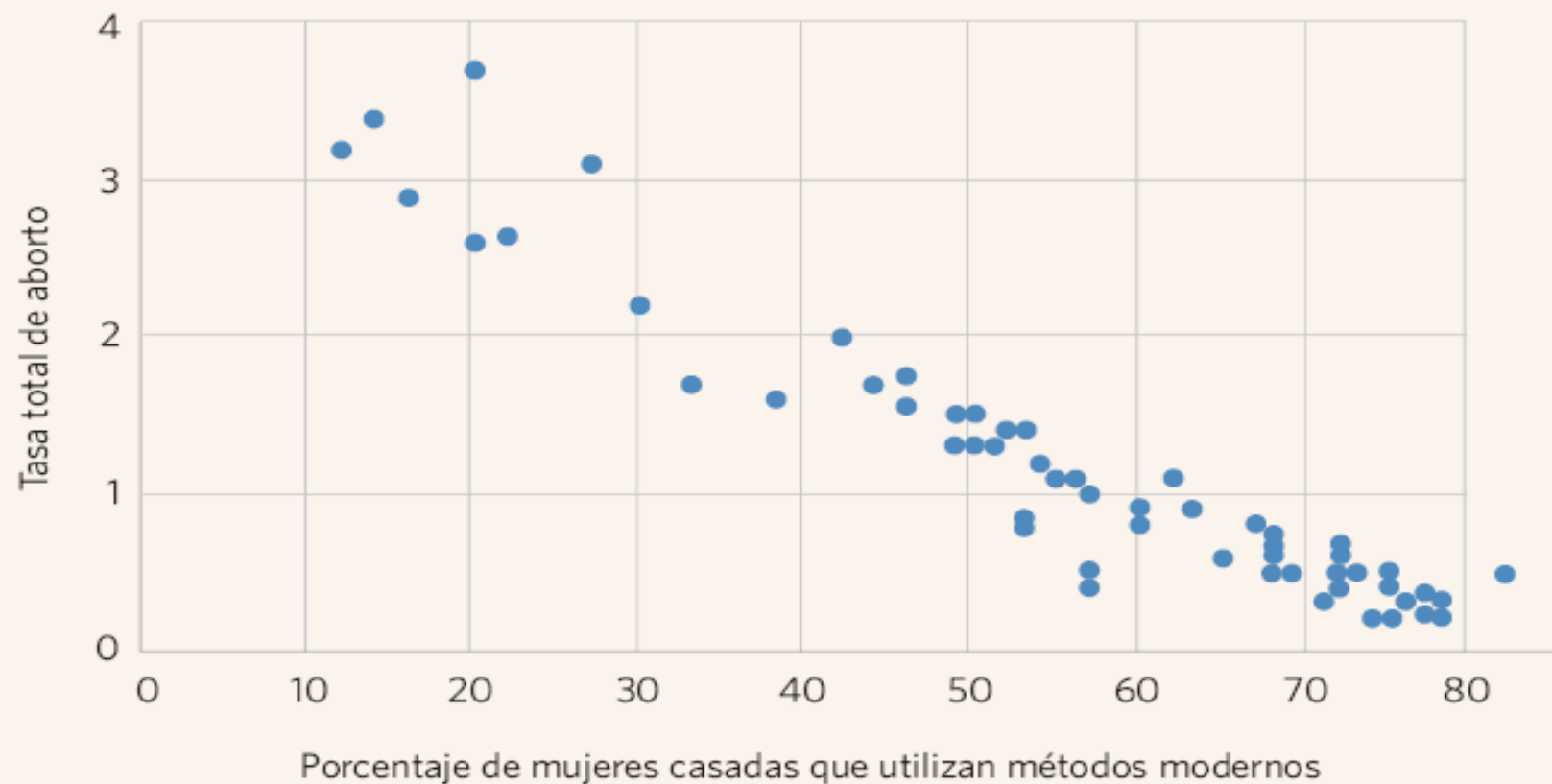
1, 2 & 3-Year Continuation: By Age



Unintended Pregnancy by Contraceptive Method



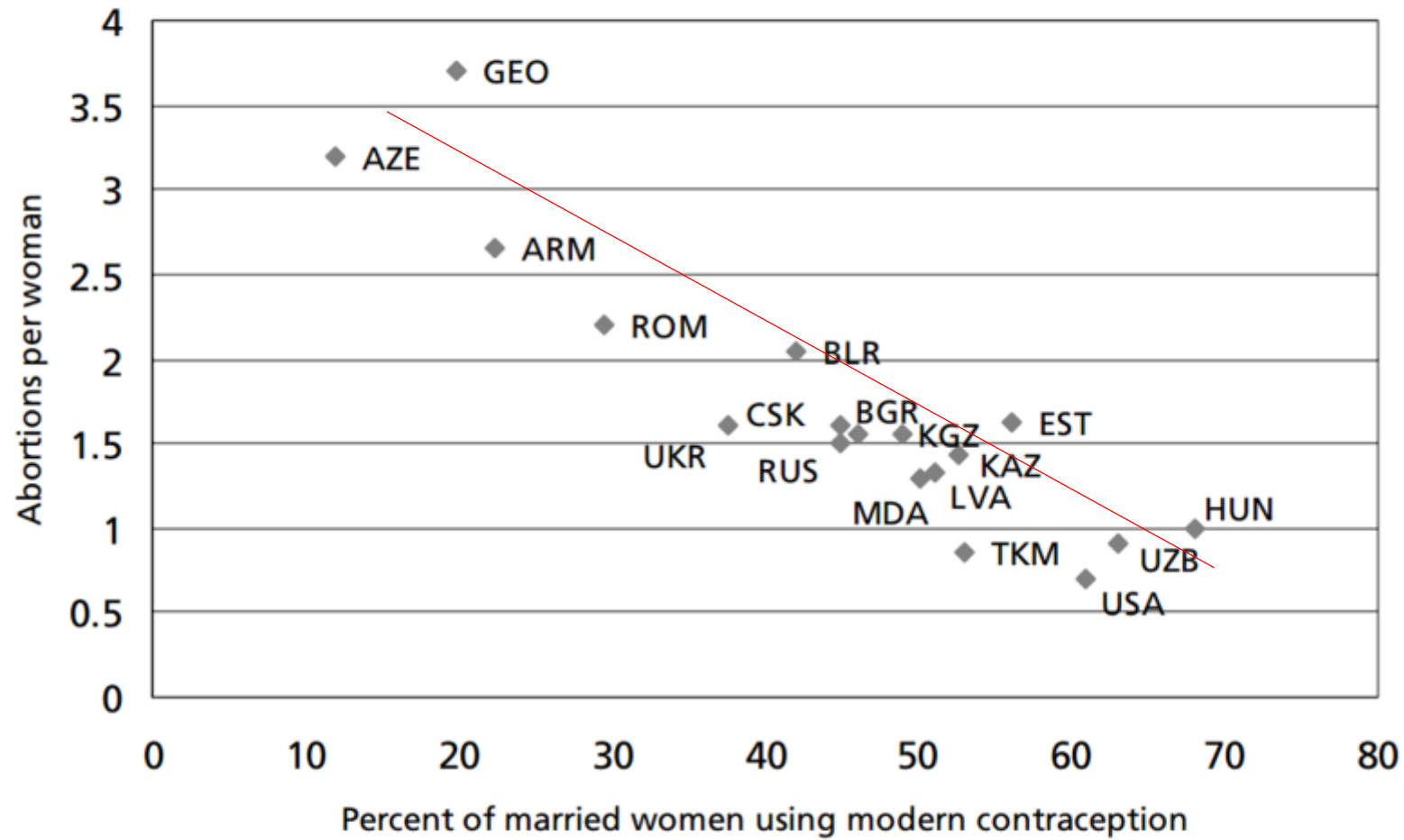
TASAS TOTALES DE ABORTO Y DE PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS EN 59 PAÍSES



Fuente: Westoff, 2005.



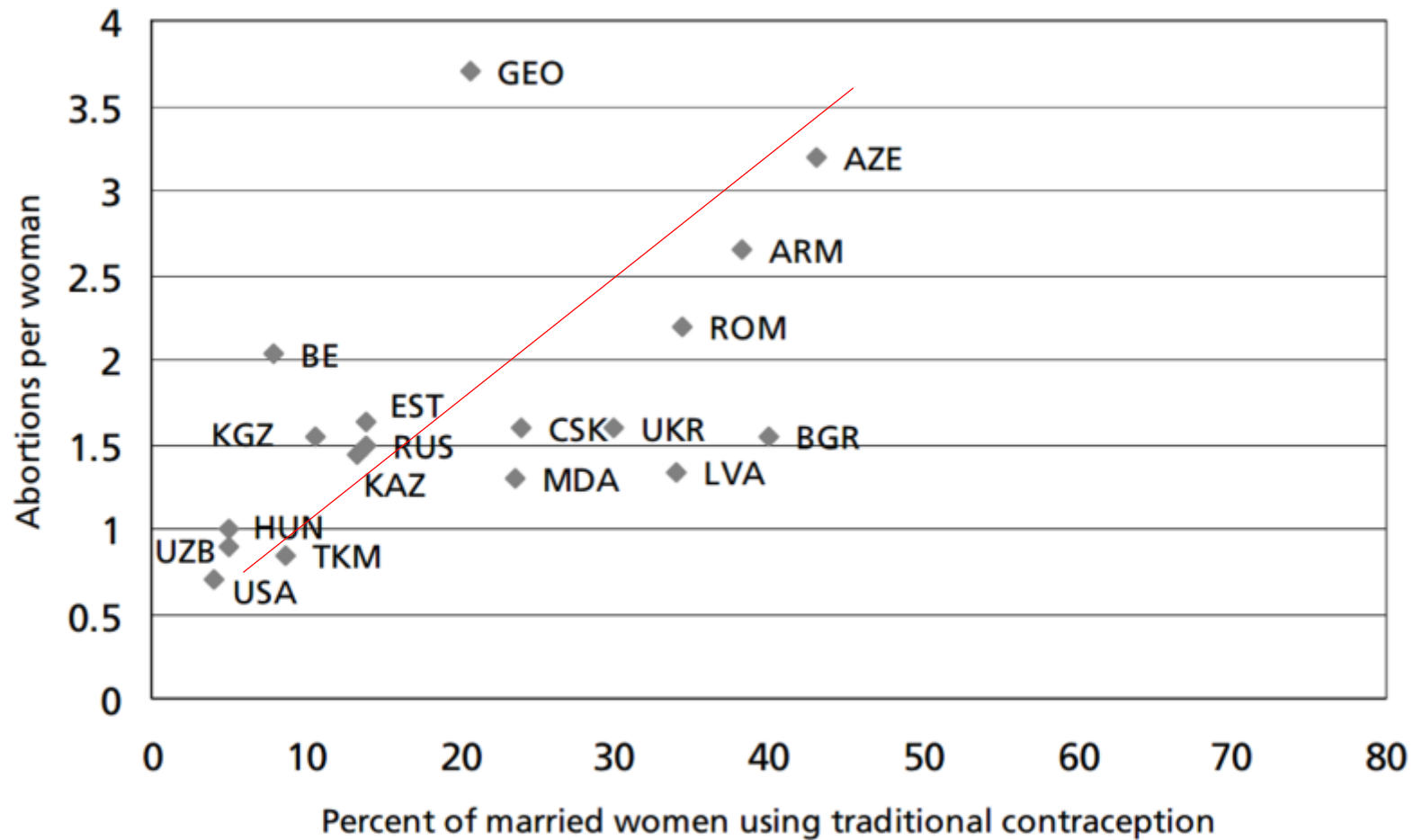
Total abortion rate and the prevalence of modern contraceptive methods in 18 countries



ARM = Armenia AZE = Azerbaijan BLR = Belarus BGR = Bulgaria CSK = Czechoslovakia
EST = Estonia GEO = Georgia HUN = Hungary KAZ = Kazakhstan KGZ = Kyrgyz Rep.
LVA = Latvia MDA = Moldova ROM = Romania RUS = Russia TKM = Turkmenistan
UKR = Ukraine USA = United States UZB = Uzbekistan



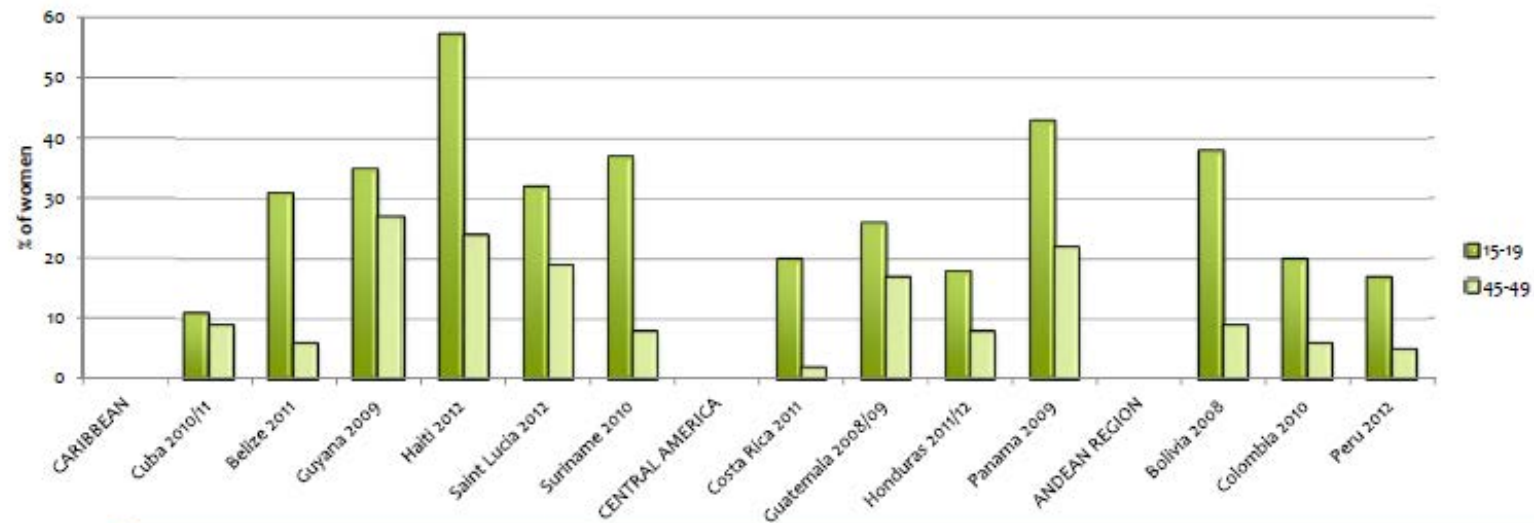
Total abortion rate and the prevalence of traditional contraceptive methods in 18 countries



ARM = Armenia AZE = Azerbaijan BLR = Belarus BGR = Bulgaria CSK = Czechoslovakia
EST = Estonia GEO = Georgia HUN = Hungary KAZ = Kazakhstan KGZ = Kyrgyz Rep.
LVA = Latvia MDA = Moldova ROM = Romania RUS = Russia TKM = Turkmenistan
UKR = Ukraine USA = United States UZB = Uzbekistan

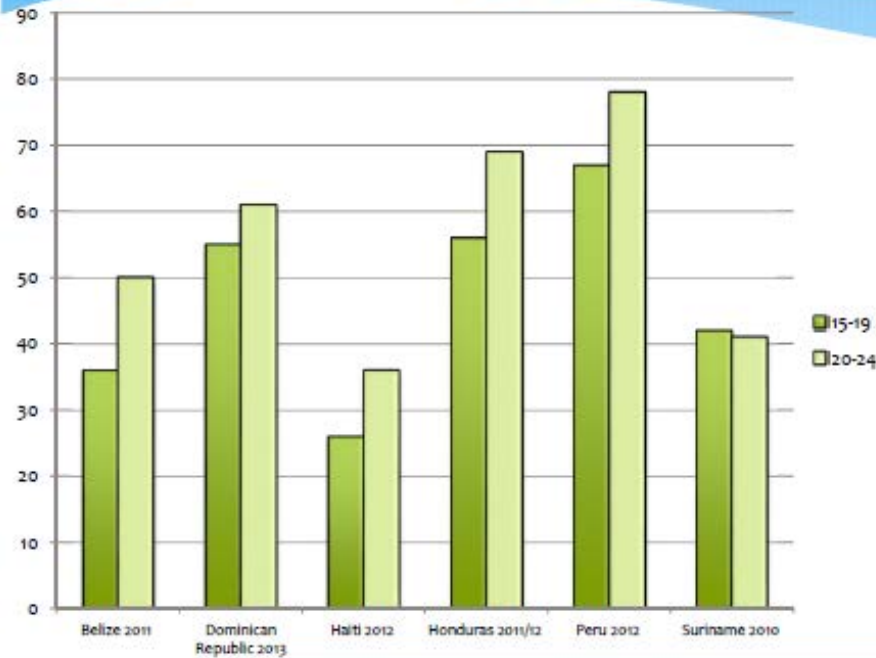
Adolescentes

UNMET CONTRACEPTIVE NEED

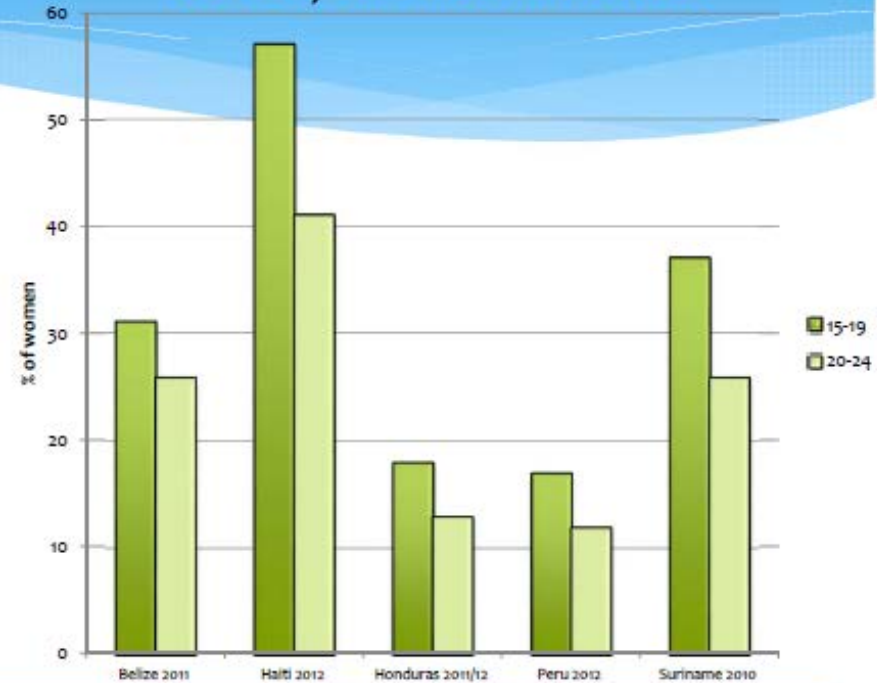


Source: Pan American Health Organization. 2014 Update: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization and UNICEF; 2014.

CONTRACEPTIVE USE AMONG 15-19 AND 20-24 YEAR OLDS, 2010 ONWARDS



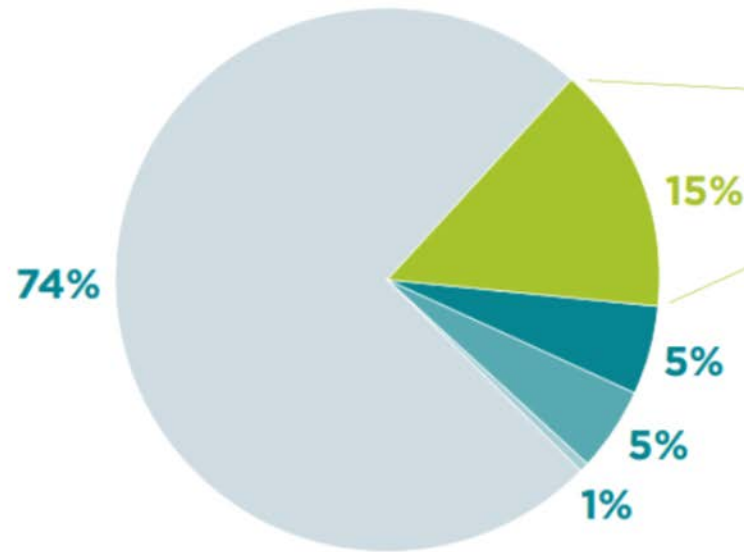
UNMET CONTRACEPTIVE NEED AMONG 15-19 AND 20-24 YEAR OLDS, 2010 ONWARDS



Source: Pan American Health Organization. 2014 Update: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization and UNICEF; 2014.

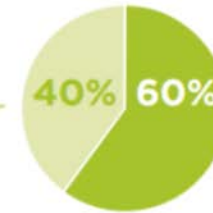
In developing regions, 38 million adolescent women need contraceptives to avoid an unintended pregnancy...

...but more than half are not using an effective method.



252 million women aged 15-19, 2016

- Married/sexually active; want to postpone birth at least two years
- Pregnant/postpartum from intended pregnancy
- Want a child soon
- Infecund
- Unmarried and not sexually active



38 million women who need contraception

- Not using modern contraceptives
- Using modern contraceptives



Key Points

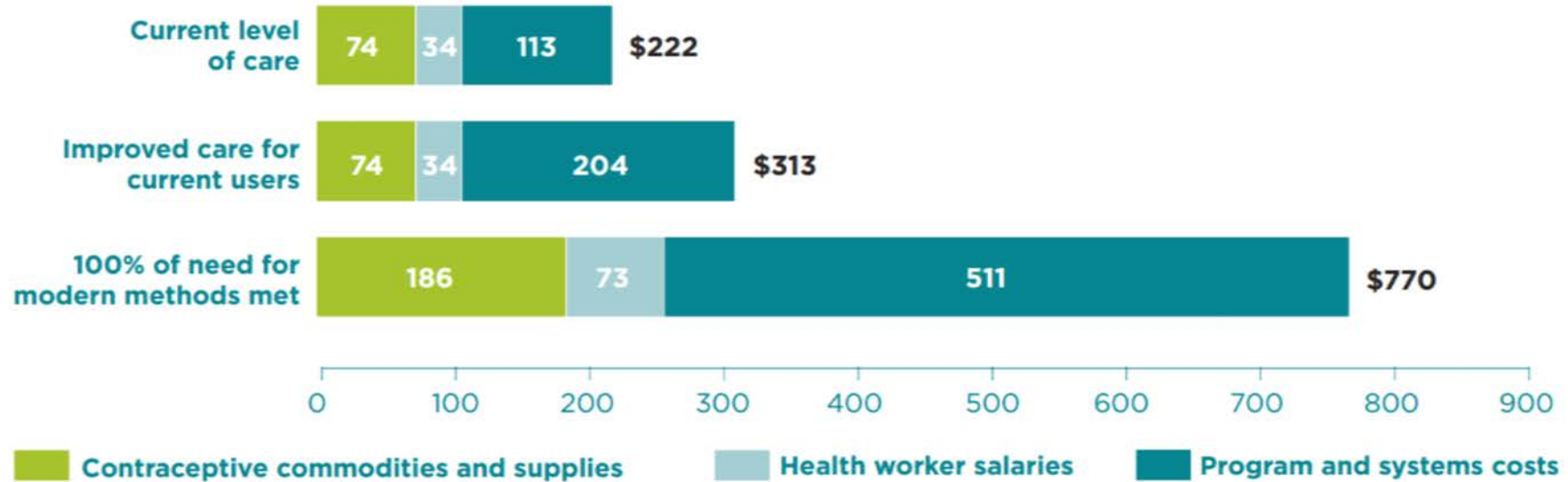
- Preventing unintended pregnancy is essential to improving adolescents' sexual and reproductive health and their social and economic well-being.
- About half of pregnancies among adolescent women aged 15-19 living in developing regions are unintended, and more than half of these end in abortion, often under unsafe conditions.
- Of the 252 million adolescent women aged 15-19 living in developing regions in 2016, an estimated 38 million are sexually active and do not want a child in the next two years.
- About 19 million of these adolescents use a modern contraceptive method, while 23 million have an unmet need for modern contraception and are at elevated risk of unintended pregnancy.
- Improving services for current contraceptive users and expanding them to serve those with unmet need will cost an estimated \$770 million annually, or \$548 million more than current costs.
- For an average cost of \$21 per user annually, these improvements go well beyond providing contraceptive information and supplies. They include increased training and supervision of health care workers, investments in upgraded facilities and supply systems, and information and communication efforts to ensure that adolescents have access to a range of methods and support in choosing a method and using it effectively.
- Meeting the unmet need for modern contraception of women aged 15-19 would reduce unintended pregnancies among this age group by 6.0 million annually. That would mean averting 2.1 million unplanned births, 3.2 million abortions and 3,000 maternal deaths.
- The dramatic reduction in unintended pregnancies would spare women and their families the adverse consequences of early childbearing, raise savings in maternal and child health care, and boost young women's education and economic prospects.

FIGURE 3

COSTS OF ADOLESCENT CONTRACEPTIVE SERVICES

Meeting all adolescent women's needs for modern contraceptives will cost \$548 million more per year than the current level of services.

Costs in 2016 U.S. dollars (in millions)



**ADDING IT UP:
Costs and Benefits of
Meeting the Contraceptive
Needs of Adolescents**



Jacqueline E. Dorn, Vanessa Wood, Alexandra Benisek and Lori S. Ashford

Key Points

- Preventing unintended pregnancy is essential to improving adolescents' sexual and reproductive health and their social and economic well-being.
- About half of pregnancies among adolescent women aged 15-19 living in developing regions are unintended, and more than half of these end in abortion, often under unsafe conditions.
- Of the 252 million adolescent women aged 15-19 living in developing regions in 2016, an estimated 38 million are sexually active and do not want a child in the next two years.
- About 16 million of these adolescents use a modern contraceptive method, while 23 million have an unmet need for modern contraception and are thus at elevated risk of unintended pregnancy.
- Improving services for current contraceptive users and expanding them to serve those with unmet need will cost an estimated \$770 million annually, or \$548 million more than current costs.
- For an average cost of \$2 per user annually, these improvements go well beyond providing contraceptive information and supplies. They include increased training and supervision of health care workers, investments in upgraded facilities and supply systems, and information and communication efforts to ensure that adolescents have access to a range of methods and support in choosing a method and using it effectively.
- Meeting the current need for modern contraception of women aged 15-19 would reduce unintended pregnancies among the age group by 6.6 million annually. That would mean averting 2.7 million unplanned births, 3.2 million abortions and 3,600 maternal deaths.
- The dramatic reduction in unintended pregnancies would spare women and their families the adverse consequences of early childbearing, reap savings in maternal and child health care, and boost young women's education and economic prospects.

Fuente : https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf

BENEFITS OF MEETING ALL CONTRACEPTIVE NEEDS

Annual benefits resulting from adolescents' use of modern contraceptive use in developing regions, according to contraceptive use scenario

Measure	Current use of modern methods	Fulfillment of all unmet need for modern methods	Total (100% of need met)
No. of modern contraceptive users (in 000s)	15,000	23,000	38,000
No. of unintended pregnancies averted (in 000s)	5,400	6,000	11,400
Unplanned births	1,900	2,000	3,900
Safe abortions	600	800	1,400
Unsafe abortions	2,200	2,400	4,600
Miscarriages*	700	700	1,400
No. of deaths averted	3,000	5,600	8,600

*Includes stillbirths. NOTES: Estimates are for women aged 15–19 in 2016. All measures except maternal deaths averted are in 1,000s. Numbers may not add up to totals because of rounding. SOURCE: reference 10.

ADDING IT UP:

Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents



Jacqueline E. Dornoch, Vanessa Yeag, Akemiola Bankole and Lori S. Ashford

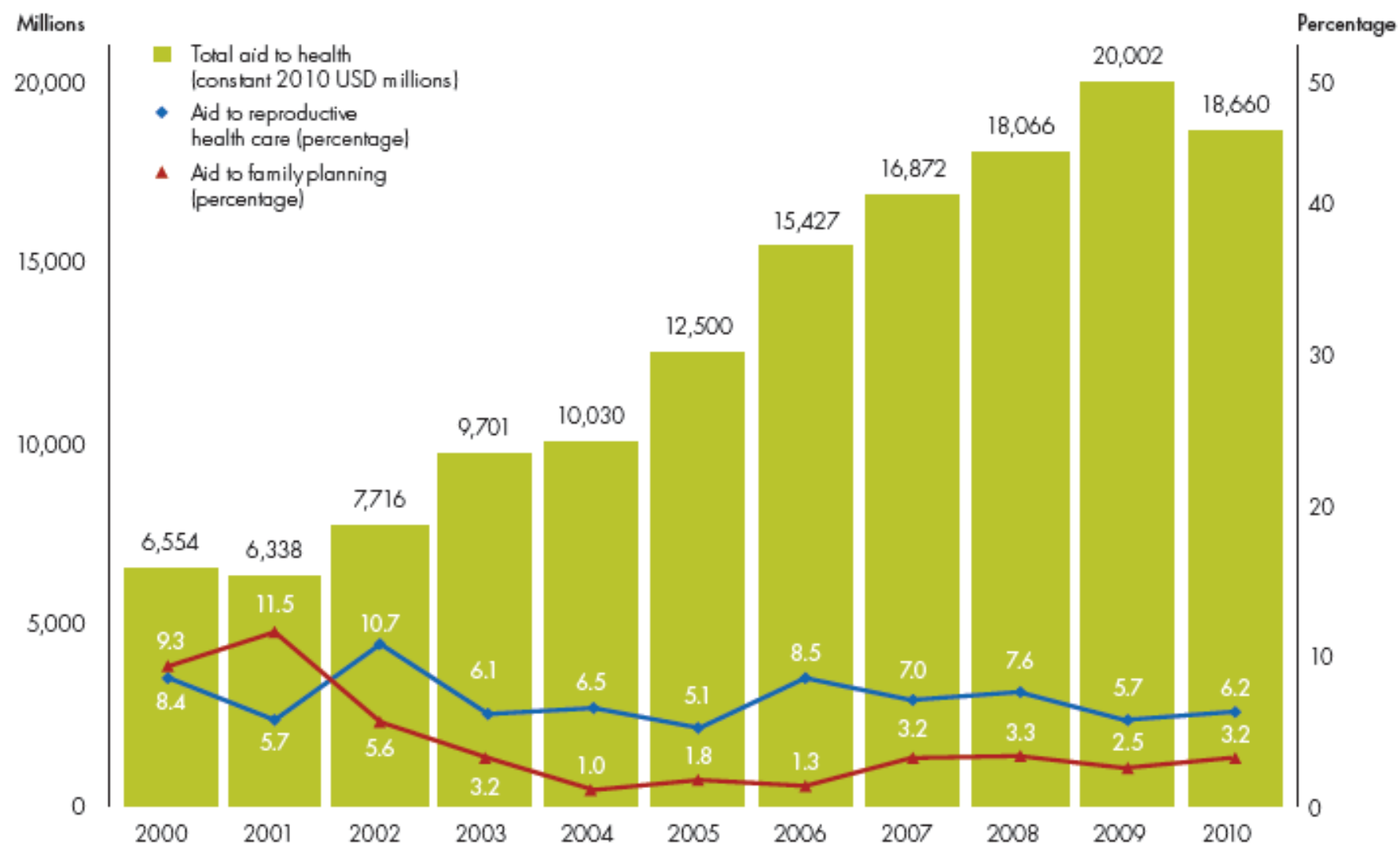
Key Points

- Preventing unintended pregnancy is essential to improving adolescent sexual and reproductive health and their social and economic well-being.
- About half of pregnancies among adolescent women aged 15–19 living in developing regions are unintended, and more than half of these end in abortion, often under unsafe conditions.
- Of the 237 million adolescent women aged 15–19 living in developing regions in 2016, an estimated 36 million are sexually active and do not want a child in the next five years.
- About 13 million of these adolescents use a modern contraceptive method, while 23 million have an unmet need for modern contraception and are thus at elevated risk of unintended pregnancy.
- Improving services for current contraceptive users and expanding them to serve those with unmet need will cost an estimated \$720 million annually, or \$546 million more than current costs.
- For an average cost of \$27 per user annually, these investments go well beyond providing contraceptive information and supplies. They include increased training and supervision of health care workers, investments in upgraded facilities and supply systems, and information and communication efforts to ensure that adolescents have access to a range of methods and support in choosing a method and using it effectively.
- Meeting the unmet need for modern contraception of women aged 15–19 would reduce unintended pregnancies among this age group by 8.6 million annually. That would mean averting 2.1 million unintended births, 3.2 million abortions and 3,600 maternal deaths.
- The dramatic reduction in unintended pregnancies would spare women and their families the adverse consequences of early childbearing, reap savings in maternal and child health care, and boost young women's education and economic prospects.

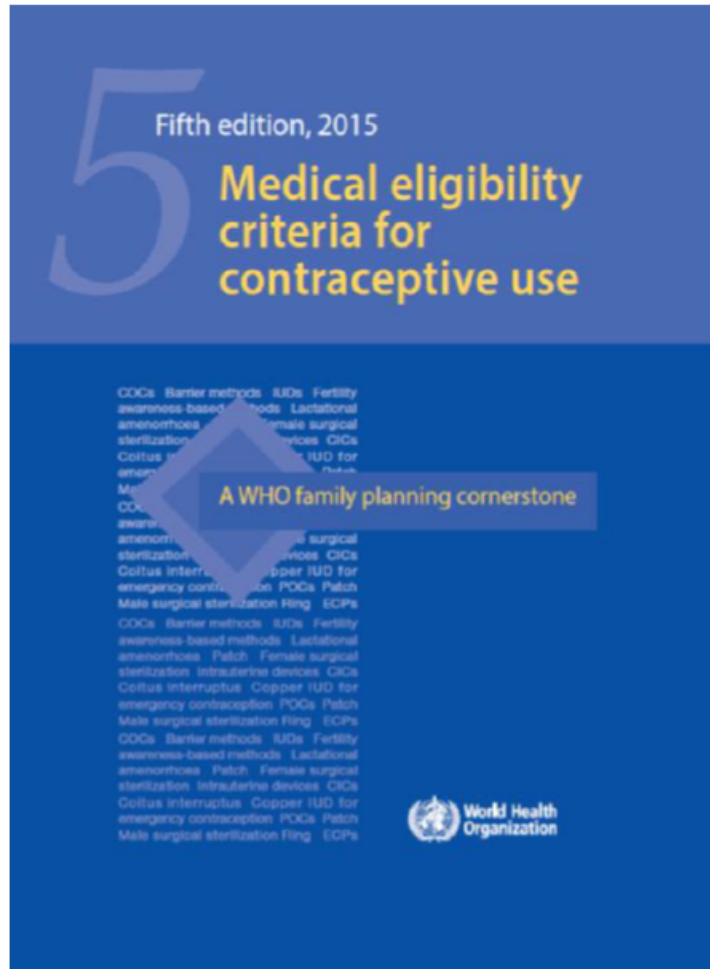
Fuente : https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf

Aid to reproductive health care and family planning remains low

Official development assistance to health, total (constant 2010 US\$ millions) and proportion going to reproductive health care and family planning, 2000-2010 (Percentage)



Medical eligibility criteria for contraceptive use (MEC)



Purpose: Who can safely use contraceptive methods?

- ❑ Offers ≈ 2000 recommendations for 25 methods
- ❑ Conditions represent either:
 - A physiological status (e.g. parity, breastfeeding),
 - A group with special needs (adolescents, perimenopausal women)
 - A health problem (e.g. headache, irregular bleeding)
 - A known pre-existing medical condition (e.g. hypertension, STI, diabetes)

1996, 2000, 2004, 2009, 2015

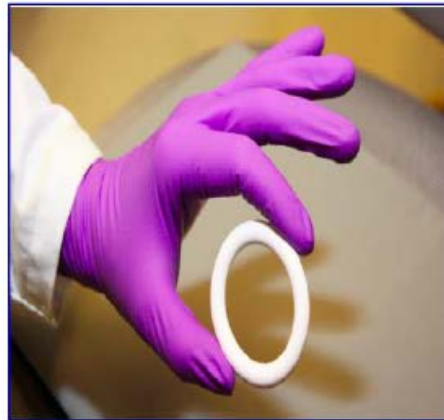
Nuevos métodos



AMPD subcutánea



Sino-implant II
(implante de LNG)



Anillo vaginal de progesterona



Acetato de ulipristal

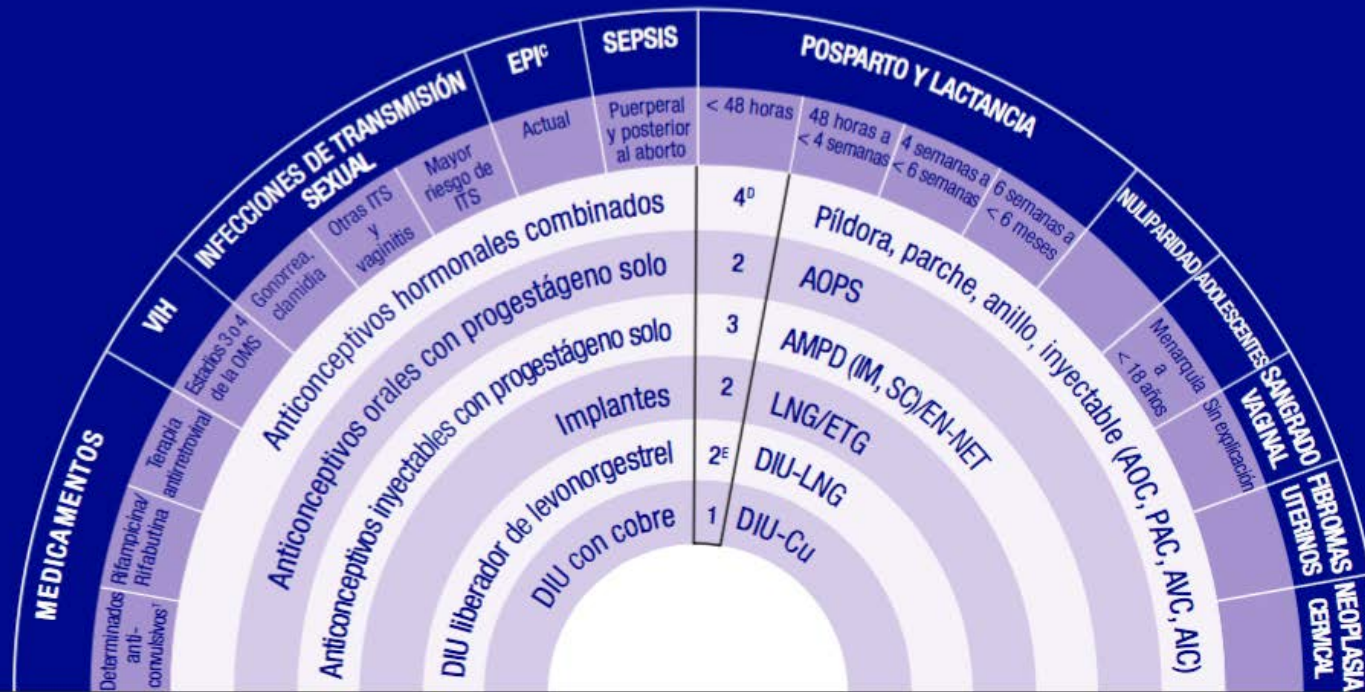


Organización
Mundial de la Salud

OMS



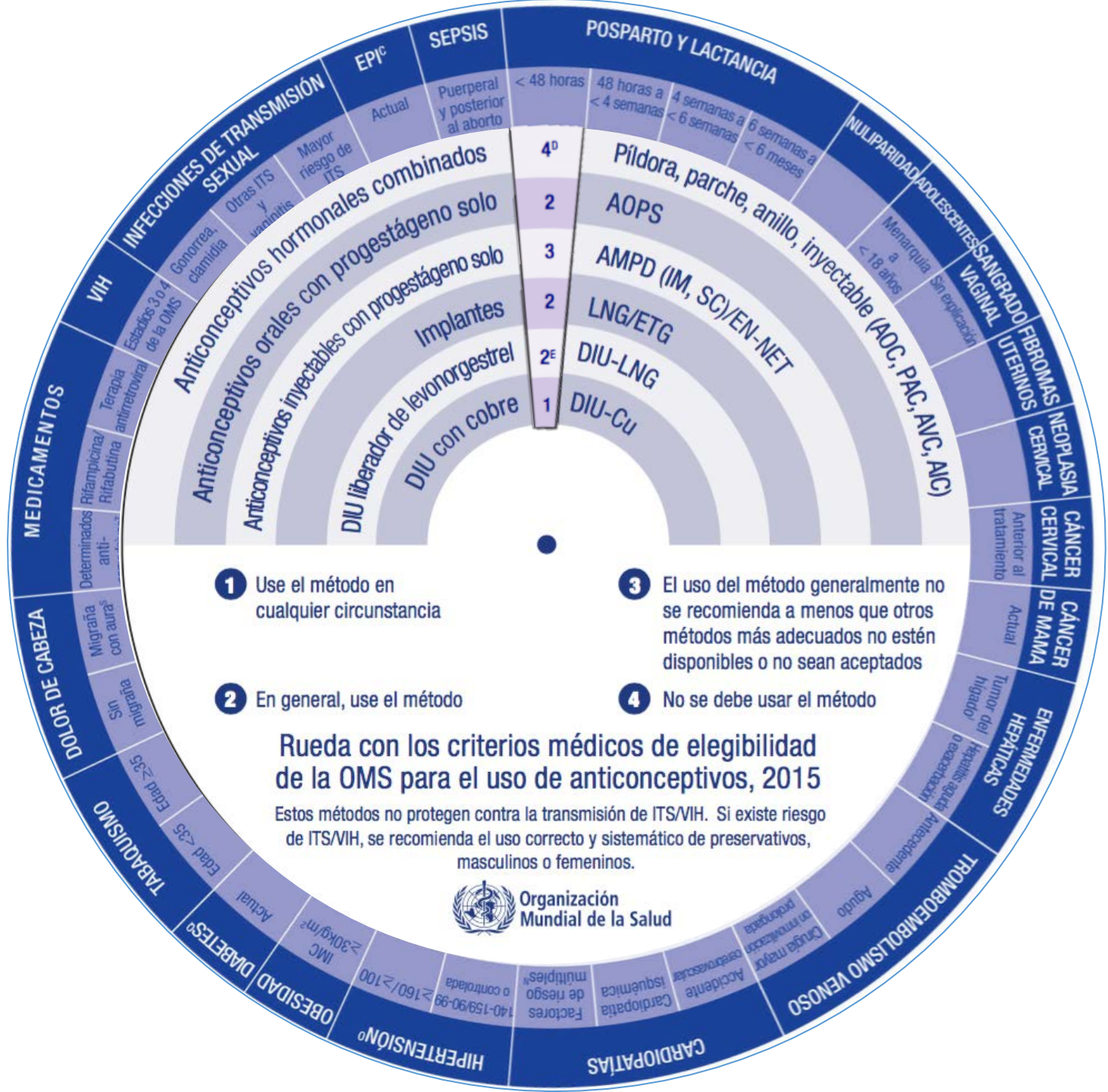
RUEDA CON LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS 2015



Cómo usar esta rueda

La rueda hace coincidir los métodos anticonceptivos, que se muestran en la rueda interna, con las características o condiciones médicas específicas que se muestran en el borde externo. Los números que se muestran en el espacio de visualización indican si la mujer que tiene esta característica o condición médica conocida puede comenzar a utilizar el método anticonceptivo:

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia	SÍ (Use 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	NO (No use el método)
4	No se debe usar el método	



- A** Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, puede seguir utilizándose durante el tratamiento.
- B** Si hay mucha probabilidad de exposición a gonorrea o clamidia = 3.
- C** Si hubo una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) anterior, todos los métodos = 1, incluido el DIU.
- D** Si es < 3 semanas, no está amamantando y no hay otros riesgos de TEV = 3.
- E** Si no está amamantando = 1.
- F** Si es de 3 a < 6 semanas, no está amamantando y no hay otros factores de riesgo de TEV = 2; con otros factores de riesgo de TEV = 3.

G Si es ≥ 6 semanas y no está amamantando = 1.

H Si la distorsión de la cavidad uterina no permite la inserción = 4.

I Se refiere a adenoma hepatocelular (benigno) o a carcinoma/hepatoma (maligno).

J Si hay adenoma, AIC = 3; si hay carcinoma/hepatoma, AIC = 3/4.

K AIC = 3

L Si está en terapia anticoagulante = 2.

M Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, considere cambiar por un método no hormonal.

N Factores de riesgo: edad avanzada, tabaquismo, diabetes, hipertensión, obesidad y dislipemias conocidas.

O Si no se puede medir la presión arterial y no hay historia de hipertensión, se pueden usar todos los métodos. Puede estar elevada la presión arterial sistólica o diastólica.

P Si tiene <18 años y es obesa, AMPD/EN-NET = 2.

Q Para dependientes de insulina y no dependientes de insulina. Si tiene diabetes con complicaciones o diabetes >20 años de duración, AOC/PAC/AVC, AIC = 3/4; AMPD, EN-NET = 3.

R Si < 15 cigarrillos al día, AIC = 2. Si ≥ 15 cigarrillos al día, AOC/PAC/AVC = 4.

S El aura presenta síntomas neurológicos focales, como luces titilantes. Si no tiene aura y tiene < 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC = 2, AOPS = 1. Si no tiene aura y tiene ≥ 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC = 3, AOPS = 1.

T Barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato y lamotrigina.

U Si toma barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona o topiramato, AIC = 2.

V Si toma lamotrigina = 1.

W AMPD = 1
EN-NET = 2.

X AIC = 2.

Y Si está en terapia antirretroviral con EFV, NVP, ATV/r, LPV/r, DRV/r, RTV; AOC/PAC/AVC, AIC, AOPS, EN-NET, implantes = 2; AMPD = 1. Para todos los ITIAN, ETR, RPV, RAL, cada método = 1. Consulte los nombres completos de los medicamentos en la contracubierta.

Z Para estadios 3 o 4 de la OMS (enfermedad clínica por VIH grave o avanzada), DIU = 3.

Condiciones que son categoría 1 y 2 para todos los métodos (use el método)

Condiciones del aparato reproductor: enfermedad benigna en la mama o nódulo sin diagnóstico • tumores benignos en los ovarios, incluidos los quistes • dismenorrea • endometriosis • historia de diabetes gestacional • historia de presión arterial alta durante el embarazo • historia de cirugía en la pelvis, incluida la cesárea • sangrado menstrual irregular, abundante o prolongado (explicado) • embarazo ectópico previo • enfermedad pélvica inflamatoria previa • posterior a un aborto (sin sepsis) • posparto ≥ 6 meses

Condiciones médicas: depresión • epilepsia • VIH sin síntomas o enfermedad clínicamente leve (estadio 1 o 2 de la OMS) • anemia ferropénica, anemia drepanocítica y talasemia • malaria • cirrosis leve • esquistosomiasis (esquistosoma) • trastornos venosos superficiales, incluidas las várices • trastornos tiroideos • tuberculosis (no pélvica) • valvulopatía cardíaca no complicada • hepatitis viral (portadora o crónica)

Otros: adolescentes • historia familiar de cáncer de mama • historia familiar de tromboembolismo venoso (TEV) • alto riesgo de VIH • cirugía sin inmovilización prolongada • tratamiento con antibióticos (excepto rifampicina/rifabutina)

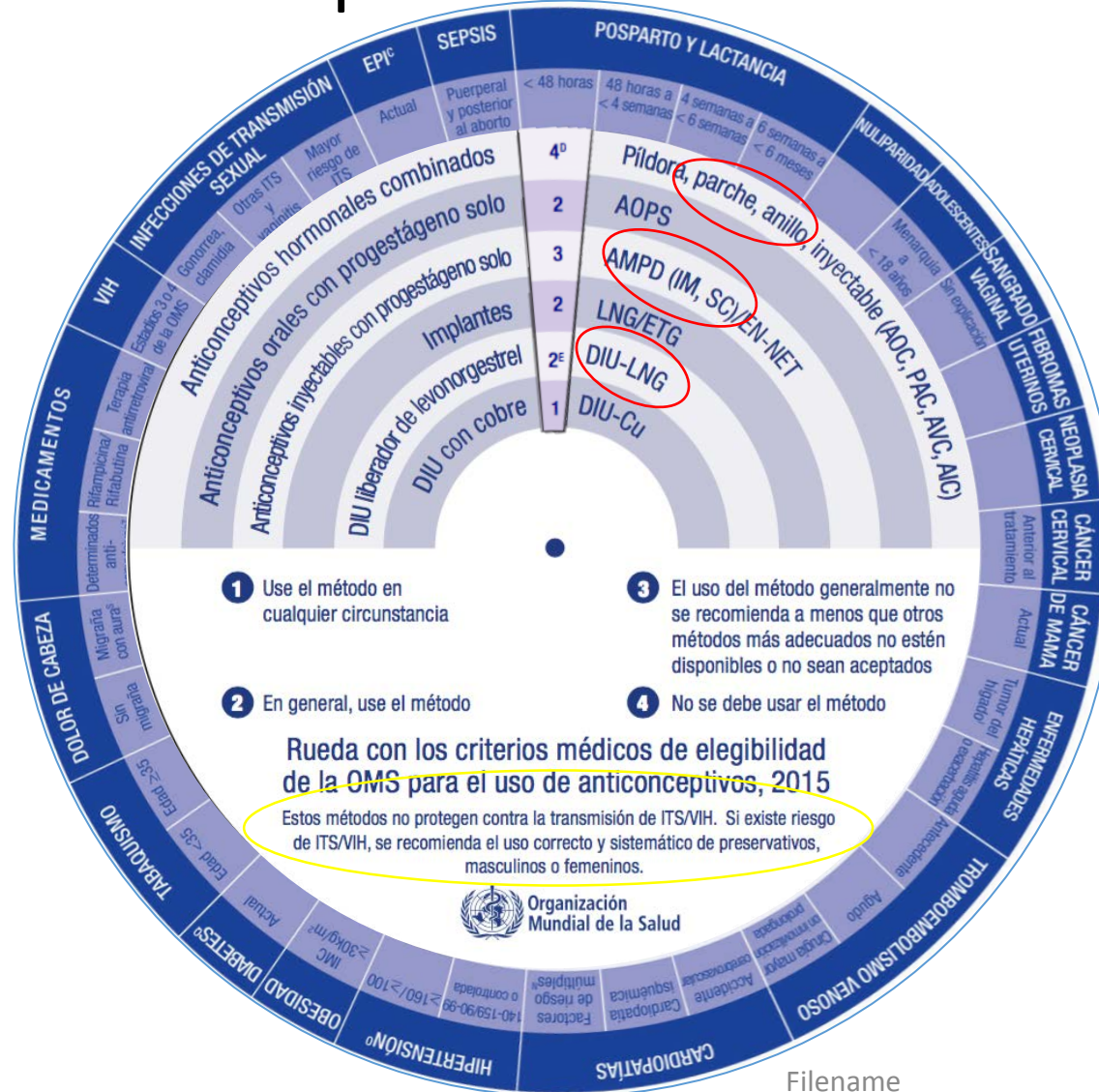
Con pocas excepciones, todas las mujeres pueden usar de forma segura la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales, que incluyen el método de amenorrea por lactancia; para ver la lista completa de recomendaciones, consulte el documento entero.

"Combinado" se refiere a la combinación de etinilestradiol y un progestágeno.

AIC: anticonceptivo inyectable combinado **AMPD (IM, SC):** acetato de medroxiprogesterona de depósito, intramuscular o subcutáneo **AOC:** anticonceptivo oral combinado **AOPS:** anticonceptivo oral con progestágeno solo **AVC:** anillo vaginal combinado **DIU-Cu:** dispositivo intrauterino con cobre

DIU-LNG: dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel **EN-NET:** enantato de noretisterona **ETG:** etonogestrel **LNG:** levonorgestrel **PAC:** parche anticonceptivo combinado

Cambios Importantes



1. Nuevos métodos
 - DIU-LNG
 - Parche, anillo
 - AMPD SC
2. Mensaje sobre la protección contra la transmisión de ITS/VIT
3. Nueva organización de las condiciones y características médicas relevantes.

Cambios Importantes

A Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, puede seguir utilizándose durante el tratamiento.

B Si hay mucha probabilidad de exposición a gonorrea o clamidia = 3.

C Si hubo una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) anterior, todos los métodos = 1, incluido el DIU.

D Si es < 3 semanas, no está amamantando y no hay otros riesgos de TEV = 3.

E Si no está amamantando = 1.

F Si es de 3 a < 6 semanas, no está amamantando y no hay otros factores de riesgo de TEV = 2; con otros factores de riesgo de TEV = 3.

G Si es ≥ 6 semanas y no está amamantando = 1.

H Si la distorsión de la cavidad uterina no permite la inserción = 4.

I Se refiere a adenoma hepatocelular (benigno) o a carcinoma/hepatoma (maligno).

J Si hay adenoma, AIC = 3; si hay carcinoma/hepatoma, AIC = 3/4.

K AIC = 3

L Si está en terapia anticoagulante = 2.

M Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, considere cambiar por un método no hormonal.

N Factores de riesgo: edad avanzada, tabaquismo, diabetes, hipertensión, obesidad y dislipemias conocidas.

O Si no se puede medir la presión arterial y no hay historia de hipertensión, se pueden usar todos los métodos. Puede estar elevada la presión arterial sistólica o diastólica.

P Si tiene <18 años y es obesa, AMPD/EN-NET = 2.

Q Para dependientes de insulina y no dependientes de insulina. Si tiene diabetes con complicaciones o diabetes >20 años de duración, AOC/PAC/AVC, AIC = 3/4; AMPD, EN-NET = 3.

R Si < 15 cigarrillos al día, AIC = 2. Si ≥ 15 cigarrillos al día, AOC/PAC/AVC = 4.

S El aura presenta síntomas neurológicos focales, como luces titilantes. Si no tiene aura y tiene < 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC = 2, AOPS = 1. Si no tiene aura y tiene ≥ 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC = 3, AOPS = 1.

T Barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato y lamotrigina.

U Si toma barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona o topiramato, AIC = 2.

V Si toma lamotrigina = 1.

W AMPD = 1
EN-NET = 2.

X AIC = 2.

Y Si está en terapia antirretroviral con EFV, NVP, ATV/r, LPV/r, DRV/r, RTV; AOC/PAC/AVC, AIC, AOPS, EN-NET, implantes = AMPD = 1. Para todos los ITIAN, ETR, RPV, RAL, cada método = 1. Consulte los nombres completos de los medicamentos en la contracubierta.

Z Para estadios 3 o 4 de la OMS (enfermedad clínica por VIH grave o avanzada), DIU = 3.

Condiciones que son categoría 1 y 2 para todos los métodos (use el método)

Condiciones del aparato reproductor: enfermedad benigna en la mama o nódulo sin diagnóstico • tumores benignos en los ovarios, incluidos los quistes • dismenorrea • endometriosis • historia de diabetes gestacional • historia de presión arterial alta durante el embarazo • historia de cirugía en la pelvis, incluida la cesárea • sangrado menstrual irregular, abundante o prolongado (explicado) • embarazo ectópico previo • enfermedad pélvica inflamatoria previa • posterior a un aborto (sin sepsis) • posparto ≥ 6 meses

Condiciones médicas: depresión • epilepsia • VIH sin síntomas o enfermedad clínicamente leve (estadio 1 o 2 de la OMS) • anemia ferropénica, anemia drepanocítica y talasemia • malaria • cirrosis leve • esquistosomiasis (esquistosoma) • trastornos venosos superficiales, incluidas las varices • trastornos tiroideos • tuberculosis (no pélvica) • valvulopatía cardíaca no complicada • hepatitis viral (portadora o crónica)

Otros: adolescentes • historia familiar de cáncer de mama • historia familiar de tromboembolismo venoso (TEV) • alto riesgo de VIH • cirugía sin inmovilización prolongada • tratamiento con antibióticos (excepto rifampicina/rifabutina)

Con pocas excepciones, todas las mujeres pueden usar de forma segura la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales, que incluyen el método de amenorrea por lactancia; para ver la lista completa de recomendaciones, consulte el documento entero.

"Combinado" se refiere a la combinación de etinilestradiol y un progestágeno.

AIC: anticonceptivo inyectable combinado **AMPD (IM, SC):** acetato de medroxiprogesterona de depósito, intramuscular o subcutáneo **AOC:** anticonceptivo oral combinado **AOPS:** anticonceptivo oral con progestágeno solo **AVC:** anillo vaginal combinado **DIU-Cu:** dispositivo intrauterino con cobre **DIU-LNG:** dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel **EN-NET:** enantato de noretisterona **ETG:** etonogestrel **LNG:** levonorgestrel **PAC:** parche anticonceptivo combinado

1. Notas acerca de las afecciones
2. Nueva organización de condiciones que son categoría 1 y 2 para todos los métodos
3. Mensaje sobre la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales
4. Nueva sección de abreviaturas

Píldoras anticonceptivas de emergencia

CONDICIÓN	AOC	LNG	AUP
Embarazo	NA	NA	NA
Lactancia materna ^a	1	1	2
Historia de embarazo ectópico	1	1	1
Obesidad ^b (IMC \geq 30 kg/m ²)	1	1	1
Historia de cardiopatía grave (cardiopatía isquémica, ataque cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos)	2	2	2
Migraña	2	2	2
Enfermedad hepática grave (incluso ictericia)	2	2	2
Inductores de la CYP3A4 ^c (por ejemplo, rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, hierba de San Juan/ <i>Hypericum perforatum</i>)	1	1	1
Uso repetido de las píldoras anticonceptivas de emergencia ^d	1	1	1
Violación	1	1	1

^a No se recomienda la lactancia materna durante una semana después de recibir AUP porque este se excreta en la leche materna. Durante este período, la leche materna debe extraerse y desecharse.

^b La eficacia de las PAE puede ser menor en las mujeres con un IMC \geq 30 kg/m² que en las mujeres con un IMC < 25 kg/m². A pesar de esto, no existen cuestiones de seguridad.

^c Los inductores potentes del CYP3A4 pueden reducir la eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia.

^d El uso reiterado de las PAE es una indicación de que la mujer requiere más orientación sobre otras opciones de anticonceptivos. El uso reiterado o frecuente de las PAE puede ser perjudicial para las mujeres con condiciones clasificadas como categoría 2, 3 o 4 para el uso de anticoncepción hormonal.

DIU con cobre para anticoncepción de emergencia

Este método es muy eficaz para prevenir el embarazo. Puede utilizarse en el lapso de 5 días del coito sin protección como anticoncepción de emergencia. Sin embargo, cuando se pueda estimar el tiempo de la ovulación, el DIU-Cu puede introducirse más allá de los 5 días después del coito, si es necesario, siempre que la inserción no se realice después de más de 5 días desde la ovulación.

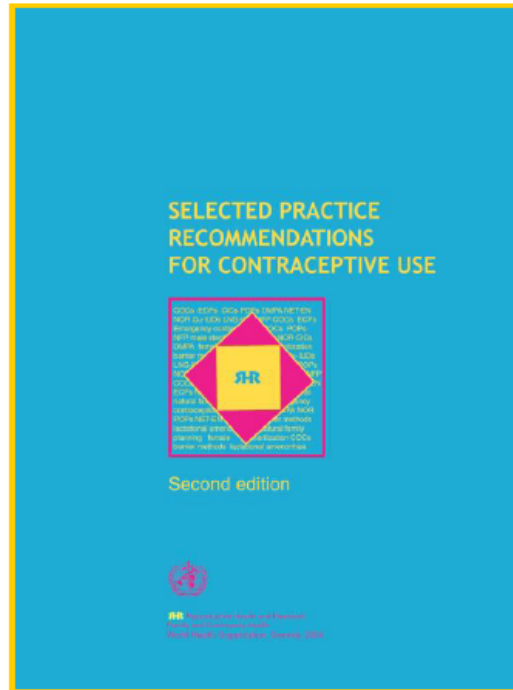
Los criterios de elegibilidad para la inserción general del DIU-Cu también se aplican para la inserción del DIU-Cu como anticoncepción de emergencia.

CONDICIÓN	DIU-Cu
Embarazo	4
Violación	
a) Alto riesgo de ITS	3
b) Bajo riesgo de ITS	1

Abreviaturas

AOC= Anticonceptivo oral combinado; AUP= Acetato de ulipristal; DIU-Cu= dispositivo intrauterino con cobre; LNG: levonorgestrel; NA= no aplica; PAE= Píldora anticonceptiva de emergencia

Selected practice recommendations for contraceptive use (SPR)



Purpose: How can contraceptive methods be provided safely ?

- ❑ Topics include:
 - initiation & continuation
 - switching methods
 - management of problems
 - dosing errors
 - exams & tests
 - follow-up
 - ruling out pregnancy

- ❑ Upcoming 3rd edition
 - 5 additional contraceptive methods
 - new guidance on initiating regular contraception after ECP use
 - ‘re-vamped’ format to facilitate use

2001, 2004, 2008 update, **2016**

Human Rights and Contraception

- ❑ Offer recommendations on how to ensure human rights are respected, protected and fulfilled
- ❑ Health data and international human rights laws and treaties were considered as part of the guidance development.
- ❑ Complements existing WHO recommendations addressing sexual and reproductive health
- ❑ Related documents:
 - Framework document
 - Quantitative indicators
 - Implementation guide



TRABAJANDO PARA REDUCIR NECESIDADES INSATISFECHAS DE ANTICONCEPCIÓN



Países que participaron:

Argentina
Bahamas
Barbados
Belice
Bolivia
Brasil
Chile
Colombia
Costa Rica
Cuba
Ecuador
El Salvador
Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua
Panamá
Perú
Paraguay
Rep. Dominicana
Suriname
Saint Lucia
Trinidad & Tobago
Turks and Caycos
Uruguay

El impacto social del **Zika** en los países de la región ha dejado en evidencia la necesidad de innovar y redoblar esfuerzos para garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva y el acceso a información y a una oferta anticonceptiva en los países de América Latina y el Caribe; la participación de a 28 países de la Región y de 13 organizaciones que prestan asistencia en las Américas en este evento creó un espacio enriquecedor para discutir esta temática.



País	Población	Insumos necesarios	Optimizar los recursos	Fortalecer logística y distribución	Comentarios/observaciones
Argentina	Mujeres en edad fértil de regiones y localidades con circulación del vector, incluyendo adolescentes y post evento obstétrico 600.000	Condones y LARCS, implantes y DIU, calculados en base a prevalencia de uso y necesidad insatisfecha	Compra centralizada en función de necesidad	Cobertura Universal de Salud (CUS) y kits de insumos en SSR de acuerdo a necesidad definidas por provincia. Distribución desde MSAL, Nación a Ministerios Provinciales.	Capacitar a responsables de cadena de distribución. Capacitación a los equipos de salud en uso de LARCS.
Bolivia	Mujeres susceptibles a Zika en edad reproductiva (14-39)	Recalcular las necesidades de MAC a nivel nacional y local en regiones vulnerables a Zika	Compras centralizadas en el MS, con garantía de adquisición para los municipios y sostenibilidad del fondo rotatorio (UNFPA)	Kits con múltiples MAC (implante, DIU de cobre y condón) entregados directamente a los establecimientos de salud mediante acuerdo con autoridades municipales; sensibilización de alcaldes y planificadores municipales para compra de anticonceptivos.	Identificada zona rural de Santa Cruz vulnerable al Zika
Brasil	Población con alta incidencia de Zika	Hay un sistema de monitoreo y logística para compra y distribución de insumos anticonceptivos.	Compra centralizada de implantes para distribución en las áreas críticas de la epidemia	Fortalecer articulación intra e intersectorial entre los tres entes federativos, con ampliación del diálogo y procesos de monitoreo y evaluación.	Ampliar los procesos de capacitación en el uso de LARC.
Caribbean Countries*	Mujeres en edad reproductiva especialmente en áreas definidas como susceptibles a la epidemia en cada país.	Cada país tiene que evaluar sus necesidades no satisfechas en términos de métodos anticonceptivos.	Conocer y sacar provecho de mecanismos internacionales de distribución.	Utilización de las redes sociales y tecnología; movilización de la comunidad; trabajadores en salud voluntarios; incrementar el acceso a los LARC.	Explorar la introducción de herramientas de toma de decisión. Mejorar las estrategias de comunicación de riesgos a nivel nacional en lo que se refiere los anticonceptivos.
Chile	Mujeres susceptibles a Zika. Embarazadas. Adolescentes. Post eventos obstétricos. Turistas	Mejorar el abastecimiento y la programación		Fortalecer uso de LARC en adolescentes y la educación en el puerperio. Utilizar a sociedades científicas para la difusión de información.	Adehar a las medidas generales de OMS. Recomendaciones a visitantes. Entregar condones a embarazadas.
Colombia	Mujeres en edad fértil en zonas con epidemia de Zika	Entrega de servicios e insumos descentralizada a través del sistema general de seguridad social en salud, con amplia gama de métodos disponibles, incluyendo LARC y post evento. Tienen calculadas las necesidades básicas insatisfechas.	Cooperación internacional del UNFPA, OPS USAID y Embajada de Suecia	Lineamientos sobre el derecho de acceder a servicios de asesoría y consulta en anticoncepción, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo; provisión efectiva de los métodos modernos de anticoncepción; monitorear las instituciones. Prestadoras de servicios de salud primarios y secundarios; garantizar anticoncepción pos evento obstétrico, con cobertura urbana y rural. Identificar necesidades y garantizar abastecimiento, insumos y logística especialmente en la aplicación de LARC.	Identificar necesidades de asesoramiento en inserción y retiro de implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos, en la red de prestación.
Cuba	Mujeres susceptibles a Zika, con prioridad a las que regresan del extranjero de zonas con reporte del virus	Sistema de registro oficial permite monitorear la disponibilidad de métodos, así como su utilización en los tres niveles de atención.	Industria nacional garantiza 20-25% de las necesidades en ACO, más compra con financiamiento del MINSAP y UNFPA.	Distribución cubierta por reportes del sistema nacional de registros médicos (partos, interrupciones voluntarias de embarazo, consulta planificación) y el consumo reportado en los tres niveles del sistema nacional de salud.	En Cuba el sistema es único y público, con presupuesto del estado.
Ecuador	Mujeres en edad fértil de la zona afectada por el terremoto que coincide con la circulación del virus de Zika	Sistema de registro y monitoreo en proceso de fortalecimiento, con certificaciones de insumos necesarios para cubrir la necesidad insatisfecha de MAC y LARC en las provincias claves, así como pruebas de Zika	Adquisición de MAC a través de una compra internacional y Subasta Inversa Corporativa. Donación de kits de SSR que incluyen anticonceptivos.	Fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de salud en estimación de necesidades de MAC a través de las preferencias de los usuarios y datos demográficos. Campaña puerta a puerta y en albergues para captación de mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas, para garantizar acceso al MAC. Entrega de "Zika Kits" de manera personalizada a mujeres embarazadas.	Priorizar la compra de LARC para las MEF para dar respuesta a la demanda de MAC en zonas de alta incidencia de Zika.
El Salvador	Mujeres en edad fértil	Tienen estimada la necesidad de LARC (DIU e implantes sub dérmicos)	A través de PRSMO	A través de la Unidad de Atención Integral a la Mujer del Ministerio de Salud se realiza la logística de distribución, capacitación y monitoreo de acciones comprendidas en el plan.	El trabajo se hará conjuntamente con FIGO que es el socio financiero, ASOCODES, PRSMO, OPS como socio técnico y el MSAL.
Guatemala	Mujeres en edad fértil en áreas prioritarias para Zika, con énfasis en adolescentes de 15 a 19 años.	Tienen estimados los insumos necesarios incluyendo pruebas de Zika y insumos de anticoncepción, con promoción de los LARC.	Convenio con UNFPA para compra de la totalidad de métodos de planificación familiar. Explorando opciones como la de COMISCA y la implementación en la subasta inversa.	Distribución se implementa directamente a los hospitales, incluir los costos de la logística en el presupuesto del programa de SR. Analizar la contratación de terceros para la distribución efectiva hasta los servicios del primer nivel. Fortalecer el sistema de información logística.	En desarrollo el seguimiento al cumplimiento de las acciones dentro del protocolo para los recién nacidos con complicaciones en línea con el programa de vectores.
Honduras	Mujeres entre 10 y 49 años de edad en la zona con mayor transmisión del virus del Zika	Estimada la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en la zona clave, incluyendo LARC.	Compra a través de UNFPA, y bajo la modalidad de compra centralizada. Fondos adicionales del gobierno japonés manejados por el UNFPA.	Reasignamiento de extermalización del proceso de abastecimiento y distribución a través de una Asociación Pública Privada. Existencia de un estrategia metodológica para la programación y monitoreo del uso de métodos de PE, implementada en todo el país, con participación de farmacias.	Herramienta consolidada de datos logísticos de PE en los niveles intermedio y central de la Secretaría de Salud.
México	Mujeres y varones en edad reproductiva residentes en zonas susceptibles. Migrantes.	Basados en la población en edad reproductiva ajustado para la epidemia.	Adquisición de métodos en el sector salud y preposición una compra consolidada con las instituciones públicas de salud.	Capacitar en cadena de suministros al personal involucrado estatal y jurisdiccional. Coordinación con los servicios de salud de los Estados.	Sensibilización y capacitación al personal de salud sobre la epidemia de Zika. Suministro de métodos destacando la importancia de los LARC.
Panamá	Comunidades con más casos de Zika	Necesaria compra de DIU, implantes, anticonceptivos inyectables, orales y condones.	Compras directas y con apoyo de UNFPA, para comprar a mejores precios.	A través de los coordinadores de SSR de las regiones claves se realiza la distribución y se monitorea semanalmente la aplicación del mismo.	
Perú	Mujeres en edad fértil. Adolescentes de 10 a 14 años. Varones en general. En regiones definidas como de riesgo para la epidemia.	Incrementar el uso de LARC en 40%. Revisar la programación de insumos para determinar la necesidad de DIU, implantes y condones.	Compra canalizada por MINSA de Perú.	Revisar la cadena de proceso de distribución logística de MAC. Identificar los nudos críticos para entrega de MAC de manera oportuna. Estimar costos según contexto y acceso geográfico para distribución de MAC a tiempo con la posibilidad de tener el kit. Conocer y fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de SSR frente a la epidemia del Zika.	Punto más crítico: mejorar los procesos de logística, distribución oportuna, cadena de suministro, con disponibilidad inmediata de MAC. Fortalecer el sistema de registro, información, monitoreo y evaluación del uso de MAC, tanto a nivel local, regional y nacional, a fin de tener reportes oportunos, consistentes y confiables.
Paraguay	Mujeres en edad fértil del Departamento Central con énfasis en mujeres susceptibles a Zika, adolescentes e post evento obstétrico.	Tenemos monitoreo y acompañamiento de los insumos.	Comprar a través del UNFPA.	Fortalecer en el conocimiento de la usaria y aumentar la canasta de oferta de MAC. Investigación operativa sobre brechas en la capacidad logística. Sistema de registros anticoncepción.	Línea de base para medir la oferta y demanda en zonas de riesgo para Zika. Estimar mujeres en edad fértil: 10 a 49 años. Se tomará en cuenta a los hombres para proyectar la demanda de condones masculinos.
Rep. Dominicana	Mujeres en edad fértil	Incrementar un 20% la disponibilidad actual de los anticonceptivos e insumos con los que cuenta el MSP.	Realizar estimación de los insumos necesarios para cubrir la demanda de la población objeto. Examinar vías alternativas de compra a través de la COMISCA.	Desconcentrando los mecanismos de distribución de los métodos. Entrega de métodos por mecanismos no clínicos, como puede ser el contacto de pares para la población adolescente (líneas comunitarias, juveniles).	Creación de la guía nacional de atención a la embarazada y RN con Zika.
Uruguay	Post eventos obstétricos para las mujeres en general especialmente para las adolescentes.	Existe un sistema de registro y monitoreo de anticoncepción. Cuenta en su canasta básica con LARC. Necesario proveer insumos anticonceptivos en el puerperio de madres adolescentes e post interrupción voluntaria del embarazo especialmente LARC.	MS provee los insumos para los centros de salud públicos.	Asegurar el stock mensual a todos los niveles. Chequear registros. Nombrar representantes locales de SSR para monitoreo.	

* Barbados, Bahamas, Belize, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Lucia, Suriname, Trinidad and Tobago, Turks and Caicos

Título de la presentación



Fuente : Diniz, Debora. Zika in Brazil: women and children at the center of the epidemic Brasília :LetrasLivres, 2017.



Muchas Gracias

Dr Rodolfo Gomez Ponce de Leon, ObGyn, MSPH , PhD
Asesor Regional de Salud Reproductiva CLAP/SMR
gomezr@paho.org
tel: +5982-4872929 int 41037
cel: +59894998621

