

Métodos anticonceptivos

Guía práctica para
profesionales de la salud

Actualización 2023

Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Guía práctica para profesionales
de la salud

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Valeria Isla

Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud

Serie: Actualización profesional

Edición 2023

La actualización de la presente Guía estuvo a cargo del Equipo de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Coordinación general: Stella Maris Sappa (DNSSR).

Coordinación de edición: Luciana Azcárate (DNSSR).

Actualización de contenidos: Valeria Isla (DNSSR), Sonia Ariza (DNSSR), Luciana Azcárate (DNSSR), Stella Maris Sappa (DNSSR), María Sol Wasyluk Fedyszak (DNSSR).

Revisión de contenidos: Consejo Asesor de la DNSSR, Lía Arribas (Asociación Médica Argentina de Anticoncepción- AMADA), Marisa Labovsky (AMADA), Silvia Oizerovich (AMADA) y Federico Bordón (Federación Argentina de Medicina General- FAMG), Luz Díaz (FAMG), Viviana Mazur (FAMG), Fabián Portnoy (FAMG).

Actualización y revisión de contenidos

específicos: Constanza Leone (DNSSR), Marina Lini (DNSSR), Camila Lynn (DNSSR), Carolina Rebón (DNSSR), José Barletta (DRVIHYT), Mercedes Nadal (DRVIHYT), Julia Recchi (DRVIHYT).

Diseño: Walter Oxley (DNSSR).

Corrección: Andrea Franco (DNSSR).

Edición 2019:

La actualización de la presente Guía estuvo a cargo del Equipo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR), dependiente de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA), con la colaboración de la Dra. Belén Provenzano Castro.

Actualización de contenidos: Luciana Azcárate (DSSR), Marina Lini Chien (DSSR), Ofelia Musacchio (DSSR), Silvia Oizerovich (DSSR), Gabriela Perrotta (DSSR), Stella Maris Sappa (DSSR) y Belén Provenzano Castro.

Revisión de contenidos: Lía Arribas (AMADA), Silvia Bonsergent (AMADA), Carlota López Kauffman (AMADA), Gabriela Kosoy (AMADA), Marisa Labovsky (AMADA), María Laura Lovisoló (AMADA), Alejandra Martínez (AMADA), María Elisa Moltoni (AMADA), Mariela Orti (AMADA), Silvina Pradier (AMADA) y Analía Tablado (AMADA).

Actualización y revisión de contenidos

específicos: José Barletta (DSETS), Damián Brat (DSSR), Romina Castellani (DSSR), Leonel Crudo (DSSyR), Rubi Fagioli (DSSR), Diego García (DSSR), Constanza Leone (DSSR), Nicolás Linares (DSETS), Sergio Martínez (DSETS), Fernanda Salomé Varino Pérez (DSSR) y Julia Recchi (DSETS).

Coordinación general y edición: Luciana Azcárate (DSSR) y Ofelia Musacchio (DSSR).

Diseño: Walter Oxley (DSSR).

Corrección: Luciana Azcárate (DSSR), Tali Miculitzki (DSSR) e Isis Pereyra (DSSR).

Edición 2014:

La publicación 2014 fue elaborada por la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR) del Ministerio de Salud de la Nación.

Elaboración de contenidos médicos: Belén Provenzano (PNSSPR), Silvia Chera (PNSSPR) y AMADA.

Edición: Eva Amorín (PNSSPR)

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.

Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

Bernardo de Irigoyen 296- Piso 2 y 3.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Código postal 1072.
Correo electrónico:
saludsexual@msal.gov.ar

Línea 0800 Salud Sexual:
0800 222 3444

Índice general

Capítulo 1	Consejería en salud sexual y salud reproductiva	17
1.1.	La importancia de la consejería en salud sexual y salud reproductiva	19
1.2.	¿Qué es la consejería en salud sexual y salud reproductiva?.....	20
1.2.1.	Principios de la consejería	20
1.2.1.1.	Perspectiva de derechos.....	20
1.2.1.2.	Enfoques de género y diversidad.....	21
1.2.1.3.	La discapacidad desde el modelo social.....	22
1.3.	Tipos de consejería.....	23
1.4.	Algunas claves para la comunicación durante el encuentro de consejeras	24
1.5.	Capacitación de los equipos de salud.....	25
1.6.	Oportunidad para el testeo de infección por VIH, sífilis y otras ITS	26
1.6.1.	Transmisión de sífilis.....	27
1.6.2.	Diagnóstico de sífilis.....	27
1.6.3.	Transmisión de VIH	27
1.6.4.	El testeo de VIH.....	28
1.6.4.1.	Test a personas embarazadas y a sus parejas	28
1.6.4.2.	Resultados posibles y período ventana	28
1.6.5.	Asesoramiento pre y post test: nociones básicas para su implementación.....	29
1.6.5.1.	Asesoramiento antes de realizar el test de VIH, sífilis y otras ITS	29
1.6.5.2.	Asesoramiento al momento de la devolución del resultado del test de VIH	30
Capítulo 2	Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud	31
2.1.	Los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR)	32
2.2.	Derechos en el marco de la atención y el acceso a la anticoncepción.....	33
2.3.	El derecho a la anticoncepción	34
2.4.	Consentimiento informado.....	37
2.4.1.	Consentimiento informado de niñas/es/os y adolescentes	37
2.4.2.	Reglas sobre la capacidad para emitir el consentimiento informado de NNNA.....	38
2.5.	Las personas con discapacidad en su relación con el sistema de salud y y acceso a la anticoncepción de personas con discapacidad	39
2.5.1.	Presunción de la capacidad	40
2.5.2.	Condiciones para el acceso a la anticoncepción de las personas con discapacidad	40
2.5.2.1.	Accesibilidad.....	40
2.5.2.2.	Ajustes razonables.....	41
2.5.2.3.	Medidas de apoyo.....	41

Capítulo 3 Anatomía y fisiología de los órganos genitales	43
3.1. Sistema vulva-vagina-utero-ovarios	45
3.1.1. Anatomía	45
3.1.2. Salud menstrual.....	46
3.1.2.1. Ciclo menstrual.....	47
3.1.2.2. Fisiología del ciclo menstrual.....	47
3.1.3. Ovulación.....	48
3.1.4. Algunos términos a tener en cuenta.....	49
3.1.4.1. Alteraciones en el sangrado uterino.....	49
3.1.4.2. Sangrado uterino con el uso de métodos anticonceptivos hormonales.....	50
3.1.4.3. Productos de gestión menstrual.....	50
3.2. Sistema pene-conductos espermáticos-testículos	51
3.2.1. Anatomía	51
3.2.2. Fisiología.....	51
3.2.2.1. Espermatogénesis.....	51
3.2.3. Conductos espermáticos y glándulas seminales	52
3.2.4. Esperma y semen.....	53
3.2.5. Fecundación	53
Capítulo 4 Métodos anticonceptivos (MAC) Generalidades	55
4.1. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?	57
4.1.1. Doble protección.....	57
4.2. Historia de los MAC	58
4.3. Clasificación de los MAC	59
4.3.1. Anticonceptivos de barrera	59
4.3.2. Anticonceptivos hormonales.....	59
4.3.3. Métodos intrauterinos.....	60
4.3.4. Anticoncepción quirúrgica.....	60
4.3.5. Anticonceptivos químicos.....	60
4.3.6. Método de la lactancia amenorrea (MELA).....	60
4.3.7. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF).....	60
4.4. Información necesaria para elegir los MAC	60
4.5. Derechos para el acceso a MAC: Responsabilidades de los equipos de salud	61
4.6. Prácticas previas recomendadas para el uso de los MAC	63
4.6.1. Prácticas y nivel de recomendación	63
4.6.2. ¿Cómo descartar un embarazo?.....	64

Capítulo 5 Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos.....	71
5.1. Criterios médicos de elegibilidad según la OMS	73
5.2. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona	74
5.2.1. Categorías para la anticoncepción quirúrgica	75
5.3. Situación de las personas con discapacidad	75
5.4. Inicio y continuación del uso de métodos	76
Capítulo 6 Métodos de barrera	83
Introducción.....	85
6.1. Preservativo peneano.....	86
Puntos relevantes a tener en cuenta en la consejería sobre el uso del preservativo:.....	87
6.1.1. Mecanismo de acción.....	88
6.1.2. Eficacia anticonceptiva.....	88
6.1.3. Recuperación de la fertilidad.....	88
6.1.4. Protección contra las ITS/VIH	88
6.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método	89
6.1.6. Administración del método	89
6.1.6.1. Cómo utilizar el preservativo.....	89
6.1.6.2. Uso de lubricante.....	90
6.1.6.3. Dificultades en el uso del preservativo.....	91
6.1.7. ¿Cómo proceder en caso de rotura o uso inadecuado?.....	92
6.1.7.1. Profilaxis posexposición para VIH (PEP)	92
6.1.8. Efectos secundarios	94
6.2. Preservativo vaginal.....	95
6.2.1. Mecanismo de acción.....	96
6.2.2. Eficacia anticonceptiva.....	96
6.2.3. Recuperación de la fertilidad.....	96
6.2.4. Protección contra las ITS/VIH	96
6.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método.....	96
6.2.6. Administración del método	96
6.2.6.1. Cómo utilizar el preservativo vaginal.....	96
6.2.6.2. Dificultades en el uso del preservativo vaginal	98
6.3. Diafragma vaginal.....	99
6.3.1. Mecanismo de acción	100
6.3.2. Eficacia anticonceptiva.....	100
6.3.3. Recuperación de la fertilidad.....	100
6.3.4. Protección contra las ITS/VIH	100
6.3.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método	100

6.3.6. Administración del método	101
6.3.6.1. Cómo utilizar el diafragma.....	101
6.3.7. Efectos secundarios	101
6.4. Campo de látex	102
6.4.1. Mecanismo de acción.....	103
6.4.2. Presentación.....	103
6.4.3. Protección contra el VIH y otras ITS	103
6.4.4. Quién puede y quién no puede utilizar este método.....	103
6.4.5. Cómo utilizar el campo de látex	103
6.4.6. Efectos secundarios	103
Capítulo 7 Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)	105
7.1. Características	107
7.1.1. Mecanismo de acción.....	107
7.1.2. Eficacia anticonceptiva.....	108
7.1.3. Recuperación de la fertilidad.....	108
7.1.4. Protección contra el VIH y otras ITS	108
7.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método.....	109
7.2. Situaciones en las que se recomienda el uso de AHE.....	109
7.3. Uso reiterado de AHE	110
7.4. Administración de AHE	110
7.4.1. Alternativas para lograr AHE	110
7.4.2. Importancia de tomar la AHE en el momento oportuno	112
7.4.3. Efectos secundarios	112
7.5. Oportunidad para informar sobre AHE.....	112
7.6. Posibilidad de disponer del método: accesibilidad.....	113
7.7. Consejería en la urgencia anticonceptiva	113
Capítulo 8 Métodos hormonales combinados.....	115
Introducción.....	117
8.1. Anticonceptivos combinados orales (ACO).....	118
8.1.1. Mecanismo de acción	119
8.1.2. Eficacia anticonceptiva.....	120
8.1.3. Recuperación de la fertilidad.....	120
8.1.4. Protección contra el VIH y otras ITS	120
8.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método.....	120
8.1.6. Administración del método	122
8.1.6.1. Modo de toma de los ACO.....	123
8.1.6.2. Inicio de la toma.....	124

8.1.6.3. Anticoncepción inmediata posaborto	125
8.1.6.4. Cambio de método	125
8.1.6.5. Olvido de la toma	125
8.1.6.6. Qué hacer frente a vómitos y diarrea	127
8.1.6.7. Cómo modificar la fecha de sangrado con los ACO	127
8.1.6.8. Seguimiento	128
8.1.6.9. Cómo suspender el método	128
8.1.7. Efectos secundarios	128
8.2. Anticonceptivos combinados inyectables (ACI)	130
8.2.1. Mecanismo de acción	131
8.2.2. Eficacia anticonceptiva	131
8.2.3. Recuperación de la fertilidad	131
8.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS	132
8.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método	132
8.2.6. Administración del método	132
8.2.6.1. Modo de administración de los ACI	132
8.2.6.2. Inicio de la aplicación	133
8.2.6.3. Cambio de método	133
8.2.6.4. Retraso en la aplicación	133
8.2.6.5. Seguimiento	134
8.2.6.6. Cómo suspender el método	135
8.2.7. Efectos secundarios	135
8.3. Parches transdérmicos	136
8.3.1. Modo de administración	137
8.3.2. Ventajas	137
8.3.3. Desventajas	137
8.4. Anillos vaginales	138
8.4.1. Modo de administración	139
8.4.2. Ventajas	139
8.4.3. Desventajas	139
Capítulo 9 Métodos hormonales solo de progestágenos	141
Introducción	143
9.1. Anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOPS) no anovulatorios (Minipíldora de levonorgestrel o linestrenol) y anovulatorios (Desogestrel)	145
9.1.1. Mecanismo de acción	146
9.1.2. Eficacia anticonceptiva	146
9.1.3. Recuperación de la fertilidad	147
9.1.4. Protección contra las ITS/VIH	147

9.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método.....	147
9.1.6. Administración del método	148
9.1.6.1. Modo de tomar los AOPS (anticonceptivos orales de progestágeno solo)	149
9.1.6.2. Inicio de la toma.....	149
9.1.6.3. Cambio de método	150
9.1.6.4. Olvido de la toma.....	150
9.1.6.5. Seguimiento.....	151
9.1.6.6. Cómo suspender el método.....	152
9.1.7. Efectos secundarios	152
9.2. Inyectable trimestral: acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD).....	153
9.2.1. Mecanismo de acción.....	154
9.2.2. Eficacia anticonceptiva.....	154
9.2.3. Recuperación de la fertilidad	154
9.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS	154
9.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método.....	154
9.2.6. Administración del método	155
9.2.6.1. Modo de administración	156
9.2.6.2. Inicio de la aplicación	156
9.2.6.3. Cambio de método	157
9.2.6.4. Retraso en la aplicación	158
9.2.6.5. Seguimiento.....	158
9.2.6.6. Cómo suspender el método.....	158
9.2.7. Efectos secundarios	158
9.3. Implantes subdérmicos	160
9.3.1. Mecanismo de acción.....	161
9.3.2. Eficacia anticonceptiva.....	161
9.3.3. Recuperación de la fertilidad.....	161
9.3.4. Protección contra las ITS/VIH	161
9.3.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método.....	161
9.3.6. Administración del método	162
9.3.6.1. Requisitos previos para la colocación.....	162
9.3.6.2. Momento de la inserción de los implantes subdérmicos.....	164
9.3.6.3. Inserción de los implantes subdérmicos	165
9.3.6.4. Eventos relacionados con la inserción de implantes	167
9.3.6.5. Control posinserción. Seguimiento	168
9.3.6.6. Cómo suspender el método. Extracción de implantes.....	168
9.3.6.7. Reinserción	170
9.3.7. Efectos secundarios	170
9.3.7.1. Complicaciones.....	171

Capítulo 10 Dispositivos intrauterinos.....	173
Introducción.....	175
10.1. Dispositivo intrauterino (DIU) con cobre.....	176
10.1.1. Mecanismo de acción.....	178
10.1.2. Eficacia anticonceptiva.....	179
10.1.3. Uso de DIU de cobre en anticoncepción de emergencia.....	179
10.1.4. Recuperación de la fertilidad.....	179
10.1.5. Protección contra el VIH y otras ITS.....	180
10.1.6. Quién puede y quién no puede utilizar este método.....	180
10.1.7. Administración del método.....	182
10.1.7.1. Momento de inserción.....	182
10.1.7.2. Requisitos previos a la inserción del DIU.....	183
10.1.7.3. Colocación del DIU.....	185
10.1.7.4. Eventos relacionados con la inserción del DIU.....	186
10.1.7.5. Recomendaciones poscolocación.....	186
10.1.7.6. Control posinserción. Seguimiento.....	187
10.1.7.7. Cómo suspender el método: extracción del DIU.....	187
10.1.7.8. Recambio del DIU.....	192
10.1.8. Reemplazo de DIU por otro método anticonceptivo.....	193
10.1.9. Efectos secundarios.....	193
10.1.10. Conducta ante interurrencias infecciosas y no infecciosas.....	194
10.1.11. Colocación del DIU posevento obstétrico.....	196
10.2. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-Lng).....	197
10.2.1. Mecanismo de acción.....	198
10.2.2. Eficacia anticonceptiva.....	198
10.2.3. Recuperación de la fertilidad.....	199
10.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS.....	199
10.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método.....	199
10.2.6. Administración del método.....	200
10.2.6.1. Momento de la inserción.....	200
10.2.6.2. Requisitos previos a la inserción del DIU-Lng.....	200
10.2.6.3. Colocación del DIU-Lng.....	201
10.2.6.4. Eventos relacionados con la inserción.....	202
10.2.6.5. Recomendaciones poscolocación.....	202
10.2.6.6. Control posinserción. Seguimiento.....	202
10.2.6.7. Cómo suspender el método: extracción del DIU-Lng.....	202
10.2.6.8. Reinserción del DIU-Lng.....	202
10.2.7. Efectos secundarios.....	202
10.2.8. Conducta ante interurrencias infecciosas y no infecciosas.....	203

Capítulo 11 Anticoncepción quirúrgica.....	205
11.1. Anticoncepción Quirúrgica (AQ). Generalidades.....	207
11.1.1. Requisitos para acceder a la AQ.....	207
11.1.2. Derechos de las personas con discapacidad.....	208
11.1.3. Persona con capacidad restringida por sentencia judicial.....	208
11.1.4. Consejería.....	208
11.1.5. Recomendaciones para el equipo de salud que realiza la consejería.....	209
11.1.6. Momento de la consejería.....	209
11.1.7. Consentimiento informado.....	210
11.2. Ligadura tubaria (LT).....	211
11.2.1. Mecanismo de acción.....	212
11.2.2. Eficacia anticonceptiva.....	212
11.2.3. Recuperación de la fertilidad.....	212
11.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS.....	212
11.2.5. Quién puede y quién no puede usar el método.....	212
11.2.6. Procedimiento quirúrgico.....	215
11.2.6.1. Antes del procedimiento (prequirúrgico).....	215
11.2.6.2. Momento para realizar la LT.....	215
11.2.6.3. Vía de abordaje.....	216
11.2.6.4. Técnica quirúrgica.....	216
11.2.7. Posoperatorio.....	216
11.2.8. Complicaciones de la ligadura tubaria.....	216
11.3. Vasectomía.....	217
11.3.1. Mecanismo de acción.....	218
11.3.2. Eficacia anticonceptiva.....	218
11.3.3. Recuperación de la fertilidad.....	218
11.3.4. Protección contra el VIH y otras ITS.....	219
11.3.5. Quién puede y quién no puede usar el método.....	219
11.3.6. Procedimiento quirúrgico.....	220
11.3.6.1. Momento para realizar la vasectomía.....	220
11.3.6.2. Técnicas quirúrgicas.....	220
11.3.7. Cuidados posoperatorios.....	220
11.3.8. Complicaciones y riesgos.....	220

Capítulo 12 Métodos químicos	221
12.1. Características de los métodos químicos	223
12.1.1. Mecanismo de acción	223
12.1.2. Eficacia.....	223
12.1.3. Recuperación de la fertilidad	223
12.1.4. Protección contra las infecciones de transmisión sexual.....	224
12.2. Quién puede y quién no puede utilizar este método.....	224
12.3. Administración del método.....	224
12.4. Efectos secundarios.....	225
Capítulo 13 Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)	227
13.1. Características.....	229
13.1.1. Clasificación	230
13.1.2. Eficacia.....	230
13.1.3. Retorno de la fertilidad luego de interrumpir su uso	230
13.1.4. Protección contra el VIH y otras ITS.....	230
13.1.5. Efectos secundarios.....	230
13.2. Métodos del calendario	232
13.3. Método de la temperatura basal	232
13.3.1. Desventajas.....	233
13.4. Método del moco cervical o método de billings	233
13.5. Método sintotérmico.....	233
Capítulo 14 Anticoncepción en la adolescencia	235
Introducción.....	237
14.1. Anticoncepción en la adolescencia.....	238
14.1.1. Consejería en la adolescencia.....	240
14.1.2. ¿Qué métodos anticonceptivos se pueden utilizar durante la adolescencia?.....	242
14.1.2.1. Preservativo peneano y vaginal.....	242
14.1.2.2. Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración.....	243
14.1.2.3. Métodos anticonceptivos reversibles de corta duración.....	244
14.1.2.4. Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).....	246
14.1.2.5. Método de lactancia amenorrea (MELA)	247
14.1.2.6. Anticoncepción quirúrgica.....	247
14.1.2.7. Otros métodos anticonceptivos de menor efectividad	247

Capítulo 15 Anticoncepción en la perimenopausia	249
15.1. Anticoncepción en la perimenopausia.....	250
15.1.1. Consejería en la perimenopausia.....	251
15.1.2. ¿Qué métodos anticonceptivos se pueden utilizar durante la perimenopausia?	251
15.1.2.1. Métodos de barrera: preservativo peneano y vaginal.....	252
15.1.2.2. Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).....	252
15.1.2.3. Anticonceptivos hormonales combinados (AHC) (orales, inyectables, parches, anillos vaginales).....	252
15.1.2.4. Anticonceptivos hormonales solo de progestágeno (orales, inyectable, implantes y DIU-Lng)	253
15.1.2.5. Dispositivos intrauterinos.....	254
15.1.2.6. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)	255
15.1.2.7. Anticoncepción quirúrgica.....	255
15.1.3. ¿Cuándo debe discontinuarse el método anticonceptivo?	255
Capítulo 16 Anticoncepción posevento obstétrico	257
Introducción.....	259
16.1. Anticoncepción en el puerperio y la lactancia.....	260
16.1.1. Consejería en el parto, puerperio y lactancia.....	261
16.1.2. ¿Qué métodos anticonceptivos pueden usarse durante el puerperio?.....	263
16.1.2.1. Métodos anticonceptivos que pueden usarse en la lactancia.....	265
16.2. Anticoncepción posaborto	273
16.2.1. Consejería en el posaborto.....	274
16.2.2. Pautas para el comienzo de la anticoncepción posaborto	275
Capítulo 17 Anticoncepción en personas con VIH y sus parejas	277
Introducción.....	279
17.1. Métodos anticonceptivos y VIH.....	280
17.2. Recomendaciones según la situación vital de la persona con VIH	283
17.3. Recomendaciones para parejas serodiscordantes	283
Abreviaturas / Bibliografía	285

Cuadros

Cuadro 4.1. Clasificación de métodos hormonales	60
Cuadro 4.2. Eficacia anticonceptiva de los MAC. Uso habitual, uso correcto y continuidad en el uso.....	62
Cuadro 4.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de MAC.....	64
Cuadro 4.4. Comparativo: características de los métodos de la canasta de insumos de la DNSSR	66
Cuadro 4.5. Reemplazo de un MAC por otro.....	68
Cuadro 5.1. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona.....	74
Cuadro 5.2. Uso de las categorías para la práctica cotidiana	75
Cuadro 5.3. Resumen: Criterios de elegibilidad de la OMS 2015 para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos	77
Cuadro 6.1. Materiales biológicos y tipos de exposición con posibilidad de transmisión de VIH	93
Cuadro 7.1. Método Yuzpe	110
Cuadro 8.1. Conducta ante el olvido de la toma de 2 comprimidos o más.....	126
Cuadro 8.2. Beneficios de los ACO para la salud	129
Cuadro 8.3. Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS 2015	140
Cuadro 9.1. Anticonceptivos solo de progestágeno orales	146
Cuadro 9.2. Inicio de toma de AOPS según situación de la persona usuaria	149
Cuadro 9.3. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales solo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS 2015	172
Cuadro 10.1. Dispositivos intrauterinos: ventajas y desventajas de su uso.....	180
Cuadro 10.2. Cuándo comenzar o insertar el DIU (DIU-Cu / DIU-Lng).....	183
Cuadro 10.3. Colocación del DIU con técnica De Empuje para DIU T de Cobre	188
Cuadro 11.1. 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 2015	213
Cuadro 11.2. 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 2015	219
Cuadro 14.1. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso del DIU	244
Cuadro 16.1. Resumen de los métodos que pueden utilizarse durante el puerperio y momento de inicio	264
Cuadro 16.2. Características del MELA.....	267
Cuadro 16.3. Criterios de elegibilidad de la OMS, 2015. Anticonceptivos posparto	272
Cuadro 17.1. Interacciones de relevancia entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales. Conducta recomendada	281
Cuadro 17.1. Continuación	282

Figuras

Figura 3.1. Genitales externos del sistema vulva-vagina-útero-ovarios	46
Figura 3.2. Genitales internos del sistema vulva-vagina-útero-ovarios	46
Figura 3.3. Ciclo menstrual	48
Figura 3.4. Sistema pene-conductos espermáticos-testículos	51
Figura 6.1. Pasos en la utilización de preservativos peneanos	90
Figura 6.2. Colocación del preservativo vaginal	97
Figura 8.1. Forma de administración de los ACO de 21 comprimidos	124
Figura 10.1. Diferentes modelos de DIU	177
Figura 10.2. DIU inserto en la cavidad uterina	178
Figura 10.3. DIU T Cu 380	178
Figura 10.4. DIU tipo Multiload	186
Figura 11.1. Ligadura tubaria	212
Figura 11.2. Vasectomía	218
Figura 13.1. Fisiología del ciclo menstrual	231

Capítulo 1

Consejería en salud sexual y salud reproductiva

Puntos clave

- ✓ La consejería es una estrategia de trabajo que tiene como objetivo brindar información, orientar y acompañar a las personas para la toma de decisiones autónoma sobre su salud sexual y reproductiva.
- ✓ Los equipos deben cumplir con el principio de transparencia activa.
- ✓ La anticoncepción y los métodos anticonceptivos forman parte de los temas a abordar en la consejería.
- ✓ Si la persona elige un MAC es importante garantizar su colocación o entrega sin demoras ni dilaciones.
- ✓ Si quien consulta es una persona con discapacidad es central ofrecer medidas de apoyo y realizar los ajustes razonables para que ejerza sus derechos con autonomía.



1.1. La importancia de la consejería en salud sexual y salud reproductiva¹

El abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva sitúa al equipo de salud frente a personas que en la mayoría de los casos no acuden por una enfermedad, sino para *tomar decisiones* sobre aspectos íntimos y complejos de la propia vida vinculados con la sexualidad.

Cuando la persona consulta pueden ponerse en juego sus relaciones sentimentales y familiares, su proyecto de vida y el grado de autonomía que puede tener para disponer de su cuerpo en el marco de las relaciones desiguales entre los géneros, entre otros diversos aspectos de su vida.

Esto implica, para el equipo de salud, tomar en cuenta no solo 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.

En la situación de las personas con discapacidad (PCD), es fundamental tener en cuenta la implementación de ajustes razonables², así como el ofrecimiento de apoyos³, para garantizar que puedan, al igual que el resto de las personas, tomar decisiones informadas y autónomas.

En este sentido, el modelo de consejerías en salud sexual y salud reproductiva es un espacio de atención con criterio de clínica ampliada: *una atención centrada en las personas reales*, donde el problema de salud es parte de su existencia. La atención de la salud sexual y la salud reproductiva incluye al problema, al *contexto* y al propio sujeto.

1. Este capítulo fue actualizado en base al documento de trabajo "Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación" (DSSR, 2018).

2. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) define a los "ajustes razonables" como las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (Art. 2). (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud).

3. Se hace referencia a la presencia y acompañamiento de personas que puedan facilitar la comprensión para la toma de decisiones. Estas personas pueden ser o no familiares, pueden ser personas de confianza de la persona usuaria o puede generarse un sistema de apoyo desde el equipo de salud, por ejemplo convocando a organizaciones u otros organismos. Es necesario que su presencia sea requerida y aceptada por la persona con discapacidad. En algunas situaciones estas personas pueden estar designadas por sentencia judicial. Nunca las personas de apoyo pueden reemplazar en la voluntad a las personas con discapacidad; su rol es solo facilitar la toma de decisiones por parte de la persona con discapacidad.

1.2. ¿Qué es la consejería en salud sexual y salud reproductiva?

La consejería es un espacio de encuentro entre integrantes del equipo de salud y personas usuarias, que tiene como objetivo principal fortalecer su autonomía para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera informada.

Este modelo de atención parte del saber que tienen las personas sobre sí mismas y sobre las temáticas de la consulta, habilitando la posibilidad de trabajar a partir de los propios recursos de cuidado de los que siempre disponen, en mayor o menor medida. En este sentido, entonces, en el encuentro de las consejerías se habilita una construcción conjunta de saberes –entre el equipo de salud y las personas consultantes– sobre temas relacionados con la salud en torno a la sexualidad y a la reproducción como parte integral de las personas y, por ello, con sus características de singularidad.

Dentro de estos espacios hay diversos **contenidos temáticos** a ser abordados, entre ellos:

- Anticoncepción.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Recursos de cuidado para el ejercicio de una sexualidad libre y plena.
- Reflexiones en torno a las relaciones de género y posibilidades de elegir.
- Negociación del uso de preservativos como estrategia preventiva.
- Ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR).
- Interrupción del embarazo (IVE/ILE).
- Situaciones de vulnerabilidad de las personas en relación a sus vínculos.
- Salud menstrual y productos de gestión menstrual.

Acompañar, brindar información oportuna, accesible, adecuada y actualizada científicamente y contribuir con la construcción de autonomía de la persona usuaria, requiere del desarrollo de competencias por parte del equipo de salud. Es por eso que los espacios de capacitación individual y colectiva son componentes indispensables del espacio de consejería.

1.2.1. Principios de la consejería

El modelo de trabajo de Consejería implica tener en cuenta la realidad de las personas como sujetos de derechos, e insertas en un contexto cultural y social. Está orientado por la perspectiva de derechos, el enfoque de género y la perspectiva de diversidad. En estas perspectivas deben estar incluidas las PCD desde el modelo social de la discapacidad.

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. Asimismo, es su responsabilidad brindar información completa y adecuada para que las personas usuarias de los servicios de salud puedan dar su consentimiento informado ante las prácticas.

- 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.

Respecto de los derechos sexuales, en la consejería se debe tener en cuenta, por ejemplo, respetar el nombre elegido por cada persona, formular preguntas amplias que no presupongan la heterosexualidad, así como 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 reproductivos⁴ son definidos como la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no tener hijas/es/os, el momento para hacerlo, la cantidad, con quién y el espaciamiento entre sus nacimientos.

Para el cumplimiento de los derechos reproductivos, en la consejería debe brindarse información suficiente, accesible y en términos comprensibles. En caso de que la persona decida usar un método anticonceptivo (MAC), brindar gratis el que mejor se adapte a sus posibilidades de salud y preferencias.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son reconocidos como derechos humanos básicos y, por lo tanto, inalienables, integrales e indivisibles.

Los DSDR son inherentes a todas las personas con y sin discapacidad, sin distinción de edad, género, clase, etnia, nacionalidad, orientación sexual o religión. Están directamente relacionados con el derecho a la salud, a la calidad de vida y a la libertad, con los que están directamente relacionados.

Las PCD tienen los mismos derechos que las demás personas. En la consejería es central fortalecer su autonomía, puesto que se trata de un grupo muy vulnerado respecto del ejercicio de sus derechos sexuales y también de sus derechos reproductivos.

Las/es/os niñas/es/os y adolescentes (NNNA) también gozan de estos derechos y deben poder ejercerlos.

Finalmente, es importante destacar que en ningún caso la nacionalidad de las personas se puede convertir en una barrera de acceso a la provisión de insumos. Los MAC deben proveerse a las personas migrantes sin restricción alguna. 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.

1.2.1.2. Enfoques de género y diversidad

Los enfoques de género y de diversidad implican reconocer que el ejercicio de los derechos (entre ellos los sexuales y los reproductivos) no es igual para todas las personas, porque existen condiciones de desigualdad social, relaciones de poder, prejuicios y mandatos sociales que limitan su ejercicio. Estas perspectivas permiten que podamos visualizar la sexualidad con la complejidad que la caracteriza y nos permite orientar nuestro rol en pos de garantizar a todas las personas el pleno disfrute de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tomando cada situación particular.

El enfoque de género tiene en cuenta las desigualdades existentes producto de construcciones sociales que atribuyen determinados roles y características a las personas según el sexo y el género, asignados al nacer. La perspectiva de la diversidad sexual y corporal implica tener en cuenta que la variabilidad de orientaciones sexuales, identidades de género, así como de las corporalidades mismas, son parte inherente de la condición humana.

La perspectiva de la diversidad corporal nos desafía a pensar más allá de modelos binarios y unívocos, a cuestionar y desarmar la pretendida existencia de "cuerpos normales" sobre la que se basan muchos procesos de discriminación y estigmatización social que también se reproducen en el ámbito de la salud.

Suele denominarse "intersex"⁵ a las personas cuya corporalidad (principalmente los genitales, pero también puede ser a nivel de las hormonas sexuales y/o de los cromosomas) varía respecto de los parámetros culturales o establecidos por normativas de sociedades científicas de corporalidad femenina o masculina.

4. El término derechos reproductivos ha suscitado críticas desde el feminismo, debido a que, por un lado, hace énfasis en un determinismo reproductivo de las personas, y por el otro invisibiliza cuestiones relacionadas a la no reproducción. Es por eso que se ha comenzado a utilizar el término derechos (no) reproductivos para incluir aspectos relacionados tanto con la anticoncepción como con el aborto.

5. ATENCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS TRANS, TRAVESTIS Y NO BINARIAS Guía para equipos de salud. Actualización 2020. Dirección de Géneros y Diversidad. Ministerio de Salud. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

Los colectivos de personas intersex han denunciado la realización de cirugías de modificación genital a bebés y niñas/es/os con trágicas consecuencias físicas y emocionales, y han exigido su suspensión hasta el momento en el que puedan dar su consentimiento informado, en el caso de desear algún tipo de intervención.

Estos enfoques tienen por objetivo **tomar en cuenta las desigualdades naturalizadas** que dejan en situación de mayor vulnerabilidad a mujeres, lesbianas, gays, travestis, personas trans, intersex, personas con discapacidad, adolescentes, entre otras. Tomar en cuenta esas desigualdades es necesario **para poder favorecer el pleno ejercicio de la autonomía de todas las personas.**

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, personas adolescentes, personas con identidades disidentes, con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexualidad dominante y/o corporalidades no hegemónicas.

Los enfoques que niegan o no incorporan la diversidad de género afectan gravemente a las mujeres y personas adolescentes, sometiéndolas a situaciones de violencia que dificultan su autonomía y posibilidades de autodeterminación, especialmente en relación con sus cuerpos.

En esta Guía se aborda la diversidad corporal en cuanto a la no patologización de los cuerpos basados en el peso. Sin embargo, se han conservado en diversos cuadros y partes del texto donde se hace referencia a "obesidad" como factor de riesgo, según figura en publicaciones como los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS, 2015.

Afectan también a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales disidentes. En este sentido, el pensamiento binario (varón/mujer) y la heterosexualidad obligatoria restringen fuertemente el ejercicio de los derechos más básicos de personas travestis, trans, gays, lesbianas, y otras identidades de género.

Los varones también se ven afectados 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 de prescindencia en relación a su propio cuidado y al cuidado de otras personas.

Incorporar el enfoque de género y de diversidad en el equipo de salud permite estar alerta sobre la necesidad de, por ejemplo, conversar con las mujeres sobre el grado de autonomía que tendrán para usar el método anticonceptivo requerido, si podrán acordarlo con la pareja sexual o deberán ocultar su uso, si tienen posibilidades de decidir cuándo tener relaciones sexuales o si viven una situación de coerción o violencia sexual. El enfoque de género y diversidad permite, además, **no presumir la heterosexualidad o la identidad de género de las personas** habilitando consultas sobre prácticas sexuales diversas.

1.2.1.3. La discapacidad desde el modelo social

La perspectiva del modelo social de la discapacidad implica hacer foco en las condiciones de exclusión y desigualdad que la sociedad instala y reproduce, que impiden que las personas con discapacidad puedan desarrollarse en todo su potencial y ejercer sus derechos en igualdad de condiciones.

Incorporar esta perspectiva insta a que la discapacidad sea entendida como una construcción social, resultado de las interacciones entre una persona y un entorno no concebido para ella.

Sin embargo, existen otros modos de comprender, situar y vincularse con las personas con discapacidad que aún persisten en miradas estigmatizantes, tutelares, patologizantes y capacitistas, que es necesario cuestionar y modificar. Estos otros modelos, pueden ser definidos como de "prescindencia", donde se entiende la discapacidad como un castigo, como una condición que hace que la persona con discapacidad no tenga nada para aportar a la sociedad; y como modelos "médico rehabilitadores", en los cuales se define la discapacidad como una carencia/deficiencia de la persona que se debe rehabilitar para su inserción social.

El modelo social de la discapacidad, que es necesario que los equipos de salud incorporen en las consejerías, surge como consecuencia de la lucha de los movimientos de las PCD en denuncia de situaciones de discriminación y por el reconocimiento a sus derechos. Este modelo, está plasmado en la Convención Internacional sobre Derechos de Personas con Discapacidad que tiene rango constitucional en nuestro país.

El modelo social atenúa fuertemente los componentes médicos/ biológicos de la discapacidad y resalta los sociales. De esta manera, reconoce que las PCD son parte activa del desarrollo de sociedades que deben modificarse para albergar a todas las diversidades. Entre otras cosas, interpela a los equipos de salud, a revisar la accesibilidad de las prácticas e instituciones, a realizar ajustes e implementar apoyos.

Incluir esta perspectiva en la consejería en salud sexual y reproductiva permite reconocer que las personas con discapacidad, como todas las personas, pueden llevar una vida sexual activa y tienen derecho a recibir asesoramiento en uso de MAC y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Estereotipos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad

Una de las principales barreras al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las PCD tiene que ver con la existencia de una serie de estereotipos sobre su sexualidad. Muchas veces se considera a las PCD como asexuadas o anidadas. Por el contrario, en ocasiones se les atribuye un comportamiento sexual irrefrenable. También se suele suponer que siempre son objetos de abuso o que son incapaces de consentir una relación sexual.

Y es común que a partir de estos estereotipos se considere a las PCD como incapaces de tener y/o criar hijas/es/os.

A pesar de estos estereotipos, **las PCD son titulares de derechos**, al igual que las demás personas, **tienen la capacidad jurídica para tomar sus propias decisiones y ejercer todos los derechos sexuales y los derechos reproductivos**. Por lo tanto, para el ejercicio de esos derechos requieren información en forma accesible, atravesar por procesos de aprendizaje, contar con sistemas de apoyos y que en los efectores de salud se realicen los ajustes razonables que requieran.

1.3. Tipos de consejería

La reflexión acerca de la salud sexual y la salud reproductiva puede propiciarse tanto en espacios individuales como en encuentros grupales e incluso mediante acciones comunicacionales en el ámbito institucional o comunitario.⁶

Las consejerías son espacios privados y confidenciales que pueden adoptar diferentes formas y ocurrir en diversas situaciones de atención. El ordenador de este encuentro y su particularidad, es que está centrado en la necesidad de la/s persona/s. Se identifican **dos modalidades:**

- la *consejería* propiamente dicha;
- la *oportunidad en la asistencia*.

En cuanto a la *consejería* propiamente dicha, es un espacio pensado específicamente para propiciar reflexiones, brindar información y acompañar la toma de decisiones. Como dispositivo en si mismo, el encuadre y la disponibilidad de tiempo son diferencias fundamentales con respecto a la oportunidad en la asistencia. La cita puede ser espontánea o programada, pero requiere mayor disponibilidad de tiempo, y se debe garantizar un espacio íntimo y sin interrupciones.

6. Para información sobre el abordaje de la salud sexual y reproductiva en espacios grupales, ver Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. DNSSYR, Ministerio de Salud de la Nación. 2015. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento105.pdf>

En la *oportunidad en la asistencia*, por otro lado, es posible que se cuente con menor cantidad de tiempo, pero es una ocasión válida para generar un vínculo de confianza que habilite las demandas en relación con las necesidades de las personas.

En ambas modalidades el objetivo es entablar un nexo que permita que la persona tome la palabra para expresar sus necesidades. Sin embargo, en la consejería propiamente dicha hay una demanda activa por parte de la persona, mientras que en la oportunidad en la asistencia se trata de una propuesta que hace la persona profesional, por eso es una posibilidad de consejería, nunca una imposición. Puede darse en el consultorio cuando la persona se acerca por otro motivo, en espacios de internación o en la comunidad.

1.4. Algunas claves para la comunicación durante el encuentro de consejerías

Comunicar claramente la información. Es importante brindar información en relación con opciones disponibles, avances científicos, riesgos y todo lo pertinente a la temática trabajada. No ocultar información, adaptar el lenguaje a la persona usuaria y confirmar que lo dicho sea comprendido.

Invitar a hablar hasta donde la persona desee hacerlo. Para ello, es indispensable asegurar la privacidad, la confidencialidad y el respeto por su intimidad. Invitar a la persona a que exprese lo que necesite acerca de su sexualidad sin “hurgar” sobre cuestiones que la persona no desea compartir.

Establecer una comunicación empática. Es importante escuchar lo que la persona dice, generando un clima contenedor y prestando atención también a los sentimientos y emociones en juego.

Dar lugar al silencio. En la medida en que se abra un espacio que permita momentos de silencio, es probable que las personas se animen a preguntar o a expresar lo que necesiten.

Tener en cuenta las creencias y saberes de las personas. Es indispensable recordar que los saberes previos, creencias, temores y sentimientos de la persona, en relación con su salud sexual y su salud reproductiva, son material imprescindible para la toma de decisiones.

No juzgar ni valorar opiniones o decisiones de la persona usuaria. El rol del equipo de consejería no es juzgar las conductas de la persona usuaria ni decirle lo que debe hacer, por eso es importante asumir una actitud y un tono que no resulten sancionadores, taxativos o terminantes.

Tener en cuenta las desigualdades sociales y los condicionamientos de género. Es importante generar un espacio para que estas cuestiones puedan ser conversadas, para brindar herramientas y pensar conjuntamente estrategias que favorezcan elecciones libres.

No presuponer que la persona usuaria es heterosexual. Esto produce, habitualmente, que algunas personas oculten su orientación sexual por temor o vergüenza, y no se vean habilitadas para hacer consultas sobre preocupaciones acerca de su salud sexual y su salud reproductiva.

Presumir siempre la capacidad de las personas. Todas las personas, con o sin discapacidad, son titulares de sus derechos (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud). Esto significa que siempre son ellas quienes deciden y consienten sobre las prácticas de salud sexual y salud reproductiva, más allá de que puedan estar acompañadas o necesiten un sistema de apoyo.

Ejercer el principio de transparencia activa. Implica entregar información adecuada, oportuna, en lenguaje y formato accesibles y sin sesgos discriminatorios, aunque la persona usuaria no formule preguntas expresamente.

El equipo o profesional debe acercar toda la información sobre derechos, prácticas y servicios disponibles, tomando en consideración la situación de la persona usuaria y su reacción a la información brindada para profundizar o no en ella.

1.5. Capacitación de los equipos de salud

Para realizar consejerías es necesario **desarrollar algunas competencias, que son habilidades que las personas pueden incorporar a través del aprendizaje y la experiencia**. Las reuniones de equipo son espacios que pueden facilitar estos aprendizajes y dar lugar para la reflexión crítica sobre las prácticas, desde una mirada que incorpore la complejidad en salud y el propio quehacer. Los

espacios de formación deben permitir revisar los propios prejuicios o creencias, trabajar sobre habilidades comunicacionales, desarrollar herramientas de gestión y articulación con otras áreas del sistema de salud, fortalecer el trabajo en equipo, contar con información actualizada y validada científicamente sobre distintos temas, y tener conocimiento sobre los saberes populares en relación con la salud sexual y la salud reproductiva propios de su comunidad.

Para más información sobre el dispositivo y la entrevista de consejería consultar la guía de “Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación” de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), 2018.

1.6. Oportunidad para el testeo de infección por VIH, sífilis y otras ITS*

Puntos clave

- ✓ La consulta por métodos anticonceptivos es una oportunidad para ofrecer el testeo de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- ✓ Es obligatorio ofrecerlo a personas embarazadas para prevenir la transmisión vertical.
- ✓ El VIH con los tratamientos actuales puede ser una infección crónica, y con carga viral indetectable no se transmite en las relaciones sexuales.
- ✓ El test de VIH es voluntario, gratuito y confidencial.
- ✓ Es clave incluir en la consejería la oferta de test rápido de VIH y sífilis. Cualquier persona capacitada para ello puede realizarlo.

* Elaborado en colaboración con la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis, Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, Subsecretaría de Estrategias Sanitarias, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud.

Los espacios de consulta en relación a la salud sexual (consulta médica, consulta anticonceptiva, consejerías, etc.) pueden ser excelentes oportunidades para **ofrecer información** sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS con un enfoque de prevención combinada que permita contar con información para la toma de decisiones vinculada a sus prácticas sexuales, los cuidados y la atención en caso de ser necesaria.

El test de VIH es voluntario y confidencial. Desde el año 1994, es posible evitar la transmisión vertical del VIH a través del uso de medicación durante el embarazo y parto y, desde 1996, (momento en el que se comenzó a implementar el uso de la terapia antirretroviral combinada) todas las personas que resultan infectadas con VIH pueden disponer de la medicación de modo gratuito. En la actualidad, la terapia antirretroviral permite que la infección por **VIH se trate como una infección crónica**.

A su vez, el testeo para sífilis, hepatitis B y otras ITS contribuye a realizar un diagnóstico oportuno, acceder al tratamiento y, en caso de embarazo, disminuir la sífilis congénita y la transmisión vertical de otras ITS.

1.6.1. Transmisión de sífilis

La sífilis es una **infección de carácter sistémico**, producida por una bacteria llamada *Treponema pallidum*, que se transmite a través de las relaciones sexuales sin protección, durante la gestación y el parto.

En los últimos años en la Argentina se incrementó la tasa de sífilis en población general, la tasa de pruebas de tamizaje con resultados positivos durante el control prenatal y la tasa de sífilis congénita (SC). La transmisión de la sífilis al feto durante el embarazo (SC) puede tener consecuencias graves como partos prematuros, abortos y muerte neonatal. Los daños durante el embarazo son prevenibles si se detecta y se trata a tiempo, así como también

los daños potenciales devenidos de la infección en la población general. La **infección es curable, de forma sencilla, mediante la administración de antibióticos**.

1.6.2. Diagnóstico de sífilis

El diagnóstico de sífilis involucra la combinación de dos tipos de pruebas serológicas, llamadas pruebas treponémicas (PT) y pruebas no treponémicas (PNT). Existen distintos tipos de algoritmos, el convencional utiliza como tamizaje una PNT, llamada VDRL y como confirmación de la infección una PT. El algoritmo reverso, como su nombre lo indica, comienza con una PT.

1.6.3. Transmisión 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 humana. Por eso, si una persona tuvo relaciones sexuales anales, vaginales u orales con posibilidad de transmisión (sin preservativo y/o campo de látex o con uso incorrecto de los mismos); si compartió agujas, jeringas, canutos⁴; si recibió una transfusión de sangre no controlada; es importante que pueda acceder al testeo de VIH, debido a que es la única forma en que una persona puede saber si está infectada o no. En la actualidad, y desde hace algunos años, el 98 % de nuevas infecciones de VIH suceden en las relaciones sexuales sin protección.

Por último, el tratamiento antirretroviral permite no solo que las personas con VIH tengan la misma expectativa y calidad de vida que las personas VIH negativas, sino además elimina la posibilidad de transmisión: las personas con VIH que reciben tratamiento y mantienen una carga viral indetectable no pueden transmitir el virus a otras personas por vía sexual.

4. Se llama "canuto" al adminículo que se utiliza para aspirar cocaína.

1.6.4. El testeo de VIH

El test de VIH es un análisis que se hace en forma gratuita en los establecimientos sanitarios del subsistema público de salud del país.

Además de ser gratuito, la Ley Nacional N° 27.675⁵ de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis destaca que toda prueba para detectar esas patologías deberá ser voluntaria, confidencial y universal.

Se prohíbe también la solicitud de pruebas de diagnóstico de VIH, Hepatitis, TBC e ITS en los exámenes preocupacionales o para ingresar a instituciones educativas.

La voluntariedad implica que:

- Las personas que consulten o a las que se le ofrece el test demanden la realización de la prueba por una decisión personal tomada sobre la base de información que consideren consistente (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 brinde asesoramiento y antes de realizar la extracción de sangre, es preciso que la persona firme la declaración de voluntad en el marco del proceso de 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 debe hacerse en un marco de *confidencialidad*. En la Argentina, existe la obligación legal de no revelar sin autorización la información obtenida durante el proceso de asesoramiento y diagnóstico.

1.6.4.1. Test a personas embarazadas y a sus parejas

Desde el año 1997, **es obligatorio ofrecer el test de VIH a las personas que cursan un embarazo**. El diagnóstico de la persona embarazada es importante para dar inicio al tratamiento oportuno, lo que mejora la evolución clínica de la infección y, además, permite disminuir la posibilidad de transmisión vertical.

El momento del embarazo es también una oportunidad para ofrecerle el test de VIH **a la/s pareja/s sexuales de la persona embarazada**, en caso de que la/s tuviera.

1.6.4.2. Resultados posibles y período ventana

El **diagnóstico de VIH consiste en la realización de pruebas secuenciales**. En la primera etapa, denominada de tamizaje, se utilizan pruebas diagnósticas de alta sensibilidad, que detectan anticuerpos o antígenos y anticuerpos. La toma de la muestra de sangre se realiza mediante la extracción de sangre venosa en el caso de las pruebas convencionales, o de sangre capilar obtenida por punción digital para las pruebas de detección rápida. En ninguno de los dos casos se requiere que la persona esté en ayunas, alcanza sólo con no haber ingerido alimentos con grasa por lo menos dos horas antes de la toma de la muestra de sangre.

El período ventana es el tiempo en el cual las pruebas diagnósticas pueden dar un resultado no reactivo a pesar de que la persona tenga VIH. Los test disponibles actualmente permitieron reducir el período ventana a menos de 4 semanas.

Si el resultado de la prueba de tamizaje es no reactivo, la persona no está infectada, siempre que no se encuentre en período de ventana. Si es no reactivo pero la persona está en período de ventana, la prueba debe repetirse en 4 semanas. Si el resultado es reactivo, es preciso hacer otro tipo de prueba diagnóstica de mayor especificidad para confirmar el resultado. Se recomienda

5. La Ley 27.675 de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis, sancionada en 2022 actualizó la Ley 23.798 de 1990. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=79980>

actualmente, realizar carga viral (CV) como prueba confirmatoria, para acelerar los tiempos del diagnóstico e inicio del tratamiento.

Si el resultado de la CV es detectable, se confirma la infección.

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

Sin embargo, existen en la Argentina poblaciones clave en las que la prevalencia supera ampliamente a la de la población general como los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, las mujeres trans y las/es/os trabajadoras/es/os sexuales.⁶

Si la medicación se toma de modo adecuado se garantiza una evolución clínica de la infección hasta la indetectabilidad.

1.6.5. 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 de la persona usuaria**. Puede demandar entre 5 y 20 minutos por persona. Puede ser realizada por cualquier persona capacitada en brindar información sobre VIH, Sida e ITS, y que tenga capacidad de empatía y escucha. Es también posible implementar charlas grupales de pretest, dejando el espacio individual para aclarar dudas si fuera necesario.

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

1.6.5.1. Asesoramiento antes de realizar el test de VIH, sífilis y otras ITS

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 con posibilidad de transmisión.
- Identificar situaciones de exposición potencial reciente (< 72 h) y derivar en forma urgente para iniciar profilaxis posexposición (PEP).
- Identificar síntomas recientes compatibles con infección aguda por VIH.
- Dar información general sobre VIH, sífilis y otras ITS (definición, síntomas, transmisión, prevención, tratamiento).
- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del test.
- Proporcionar información sobre los procedimientos técnicos y el período ventana (VIH).
- Intercambiar con la persona información sobre el significado de los posibles resultados del test.
- Evaluar con la persona la realización o no del test.
- Habilitar el proceso de consentimiento informado y solicitar la firma de la declaración de voluntad para el testeo.
- Informar los tiempos y el modo de retirar el resultado.
- Dar información sobre los tratamientos y sus beneficios.
- Conversar sobre el uso correcto del preservativo y/o campo de látex.
- Recordar que los preservativos se encuentran disponibles de modo gratuito en establecimientos del subsistema público de salud.

6. Más información en: Boletín N° 38 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina disponible en: <https://bit.ly/3M5CLj5>

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

I. 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 diagnóstica (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.

Realizar una valoración del riesgo que permita identificar a personas que puedan ser candidatas a beneficiarse por intervenciones adicionales en el marco de la prevención combinada tales como la profilaxis preexposición (PrEP)⁷.

II. Devolución de un resultado positivo

En este caso hay dos momentos: que el resultado positivo sea “reactivo”, es decir que haga falta una segunda prueba para confirmar o descartar la presencia del virus; que ese resultado reactivo ya sea de la prueba confirmatoria.

II.I. Si el resultado es REACTIVO preliminar (no está todavía confirmado)

Recordar que es preciso un nuevo estudio para confirmar el resultado, ya que puede tratarse de un falso positivo, resaltando que la probabilidad de confirmación de un positivo preliminar es alta.

Orientar sobre la realización de una nueva extracción para el nuevo testeo o carga viral confirmatorios. Considerar las posibles reacciones emocionales que pueden presentarse durante el

período de espera del resultado del test y ofrecer contención o apoyo psicológico si fuera necesario y estuviera disponible.

II.II. 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 al VIH.

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

Orientar a los lugares de atención de personas con VIH.

Recordar que la medicación antirretroviral es gratuita, que está garantizada por Ley 27.675⁸ en los tres subsectores de salud (público, de obras sociales y prepagas) y no tiene costo adicional para la persona.

Reforzar la importancia de adoptar prácticas seguras.

Reforzar la importancia de que la/s pareja/s sexual/es realice/n el test de VIH, sífilis y otras ITS si estuvieron ante una situación de exposición.

Dar información sobre los tratamientos y sus beneficios (sífilis, otras ITS).

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.

7. Se denomina profilaxis preexposición para el VIH (PrEP, del inglés Pre-Exposure Prophylaxis) Para ampliar información sobre este tema, ver uso de tratamiento antirretroviral (TARV) en personas que no tienen el virus para reducir su riesgo de infección por VIH por vía sexual en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-38-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>

8. La Ley 27.675 de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis, sancionada en 2022, actualizó la Ley 23.798 de 1990. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=79980>

Capítulo 2

Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud

Puntos clave

- ✓ Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son el marco jurídico desde el cual deben orientarse los equipos de salud.
- ✓ Los derechos sexuales garantizan la posibilidad de disfrutar de la vida sexual elegida sin discriminación ni violencia.
- ✓ Los derechos reproductivos protegen la posibilidad de decidir con autonomía y sin discriminación si tener o no tener hijas/es/os, con quién y cada cuánto tiempo.
- ✓ Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos sexuales y reproductivos que las demás y tienen derecho a contar con los ajustes razonables y apoyos necesarios para ejercerlos en forma autónoma.
- ✓ Niñas, niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir información y acceder a servicios de salud de forma autónoma o con asistencia, dependiendo de su edad y grado de madurez.
- ✓ La obstaculización a la entrega de métodos anticonceptivos es una vulneración de derechos y constituye violencia contra la libertad reproductiva, según lo establecido en la Ley nacional 26.485.



Los equipos de salud que brindan asesoramiento en anticoncepción y desarrollan sus prácticas en espacios de consejería en salud sexual y reproductiva, adolescencia, servicios de ginecología y obstetricia, de atención integral de la salud, entre otros, deben conocer el marco jurídico para orientar sus acciones, especialmente aquel que establece cuáles son los derechos sexuales y los reproductivos.

2.1. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR)

Los DSDR son reconocidos como derechos humanos, es decir forman parte de las garantías básicas que tienen todas las personas. Son derechos personalísimos, inalienables, integrales, indivisibles e interrelacionados con los demás derechos humanos. Esto quiere decir que nadie puede ejercerlos en nombre de su titular, que no pueden ser suprimidos o limitados y que no pueden gozarse plenamente sin los otros derechos humanos.

Los DSDR se reconocen en diversos instrumentos de derechos humanos, como la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación (CEDAW, por sus siglas en inglés) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Asimismo, todos los organismos de seguimiento de la implementación de los tratados y convenciones de derechos humanos a nivel internacional y regional han señalado la importancia de protegerlos y garantizarlos en la mayor medida posible. También han resaltado su interrelación con los derechos a la vida, la salud, la dignidad, la privacidad, la autonomía, la educación, entre otros. Esto implica que es responsabilidad del Estado, en todos sus niveles de gobierno y del personal de salud, realizar las acciones necesarias para asegurar a todas las personas las condiciones para el ejercicio de sus DSDR.

Desde 1994, con la incorporación de los tratados internacionales de derechos humanos a la Constitución (art. 75.22), los DSDR son

también derechos constitucionales. Es decir, tienen la máxima jerarquía y, por tanto, ninguna norma puede desconocerlos. Cuando existe divergencia entre la garantía de los DSDR y lo prescrito por leyes u otras normativas, rige el principio a favor de los derechos de la persona, principio “pro homine” o “pro persona”. Por lo que siempre debe aplicarse la legislación más beneficiosa para la persona, la que garantiza en mayor medida sus DSDR.

Como se desarrolla en el capítulo 1, los derechos sexuales son aquellos que garantizan la posibilidad de disfrutar de la vida sexual elegida sin discriminación ni violencia; y los derechos reproductivos son los que protegen la posibilidad de decidir con autonomía y sin discriminación si tener o no tener hijas/es/os, cómo, con quién y cada cuánto tiempo¹.

Algunos de los DSDR son:

- Disfrutar una vida sexual saludable y placentera, sin presiones ni violencia.
 - Ejercer la orientación sexual libremente.
 - Vivir la identidad de género autopercibida sin discriminación.
 - Acceder a tratamientos o cirugías de modificación corporal en virtud de lo establecido por la Ley 26.743 de identidad de género.
 - Recibir atención gratuita e integral de la salud sexual y de la salud reproductiva.
 - Acceder a información y atención de la salud sexual y reproductiva en un ambiente de respeto y garantía de confidencialidad e intimidad.
 - Acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y a la interrupción legal del embarazo (ILE) (Ley 27610).
- Elegir y recibir de manera gratuita métodos anticonceptivos, incluidos la ligadura tubaria y la vasectomía, en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas.
 - Recibir una atención respetuosa y libre de violencias durante el embarazo, el parto y el puerperio.
 - Acceder a las técnicas y procedimientos de reproducción médicamente asistida cualquiera sea su orientación sexual, identidad de género o estado civil según la Ley 26.862.

Estos derechos contribuyen a:

a) Reconocer y fortalecer la autonomía de todas las personas en relación a su sexualidad y a su reproducción.

b) Reducir significativamente los riesgos inherentes al proceso reproductivo.

c) Reducir los embarazos no intencionales.

d) Disminuir los abortos en condiciones inseguras.

2.2. Derechos en el marco de la atención y el acceso a la anticoncepción

El ejercicio de los DSR debe pensarse en relación con los derechos de las personas en la atención sanitaria. La asistencia y las prácticas ligadas a la salud sexual y reproductiva implican la obligación o responsabilidad de los equipos de respetar la autonomía, dignidad, confidencialidad, intimidad y acceso a la información. Estos derechos deben ser garantizados a todas las personas con y sin discapacidad y contemplando el interés superior y la autonomía progresiva de niñas, niños, adolescentes (NNNA).

1. El término derechos reproductivos ha suscitado críticas desde el feminismo, debido a que, por un lado, hace énfasis en un determinismo reproductivo de las personas, y por el otro invisibiliza cuestiones relacionadas a la no reproducción. Es por eso que se ha comenzado a utilizar el término derechos (no) reproductivos para incluir aspectos relacionados tanto con la anticoncepción como con el aborto.

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 los derechos que, de forma general, tienen todas las personas que requieren servicios de salud. Por ello, deben ser respetados en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva, incluyendo, la garantía y el acceso a consejería y métodos anticonceptivos. **El artículo 2 de dicha ley enumera los derechos esenciales que se deben respetar en la atención:**

- a) Asistencia.** Las personas usuarias del sistema de salud, con y sin discapacidad, prioritariamente NNNA, tienen derecho a ser asistidas por profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. Quienes integran los equipos de salud solo podrán eximirse del deber de asistencia de la persona, cuando otra/e/o profesional competente se haya hecho cargo efectivamente de ella.
- b) Trato digno y respetuoso.** Las personas tienen el derecho a que el personal sanitario interviniente las trate con dignidad, 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 familiares o acompañantes.
- c) Intimidad.** Toda actividad médico-asistencial y la documentación clínica debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de su intimidad, y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales. Este derecho implica, proteger la privacidad de la consulta: que no intervenga más personal del necesario clínicamente, que no se obligue a realizar trámites que expongan la situación de la persona más allá de lo estrictamente necesario, etc.

d) Confidencialidad. Toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, tiene la obligación de guardar la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización de la persona titular.

e) Autonomía de la voluntad. Las personas con y sin discapacidad tienen derecho a aceptar o rechazar las terapias o procedimientos médicos o biológicos que les sean recomendados, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. NNNA tienen derecho a decidir en los términos de las normativas vigentes sobre su salud y el cuidado de su propio cuerpo.

f) Información sanitaria. Todas las personas tienen derecho a recibir la información sanitaria actualizada, completa y accesible, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta médica. La persona usuaria del sistema de salud 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.

2.3. El derecho a la anticoncepción

Como se dijo, el derecho a decidir si tener o no tener descendencia y en qué momento hacerlo, es un derecho humano reconocido en la Constitución Nacional y en los tratados de derechos humanos. Para hacer efectivo ese derecho, es fundamental el acceso a métodos para prevenir embarazos. La anticoncepción moderna es una de las formas más efectivas para ese propósito.

En octubre de 2002 se sancionó la Ley 25.673 que estableció la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, con el objetivo de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de toda la población y disminuir las inequidades que afectan la salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de derechos y de género. Ese fue el primer paso para el establecimiento de un nuevo paradigma de derechos basado en la autonomía y en el reconocimiento de la capacidad que tienen las personas de decidir sobre su sexualidad y su reproducción.

La Ley 25.673, por primera vez reconoció y modeló el derecho al acceso a métodos anticonceptivos modernos para toda la población de manera gratuita en todos los subsistemas de salud del país. Se ordenó la incorporación de una canasta de métodos, que ha ido ampliándose con el desarrollo de la tecnología anticonceptiva, con cobertura total (100%) dentro del programa médico obligatorio (PMO).

La norma estableció el acceso igualitario y sin discriminación para toda la población a métodos anticonceptivos transitorios, de acuerdo con los criterios médicos de elegibilidad actualizados y con un enfoque en la atención primaria, la salud comunitaria, priorizando el acceso de grupos específicos como mujeres² y adolescentes.

En relación a niñas, niños, niñas y adolescentes refuerza en su decreto reglamentario 1282/2003 la importancia de la satisfacción de su interés superior, considerando garantizar su más alto nivel de salud, sin excepción ni discriminación alguna, incluyendo a esta población en las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con su autonomía progresiva.

En 2006, se sancionó la Ley 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica (AQ), que complementa la Ley 25.673. Esta norma incorporó la posibilidad de acceder de manera gratuita a la ligadura tubaria y a vasectomía. En 2021 a través de la Ley 27.655 se modificó la ley de AQ para reforzar el paradigma de la autonomía reproductiva, para que todas las personas sin distinción por su condición de salud mental o de discapacidad, puedan acceder de manera libre y voluntaria a las prácticas de anticoncepción quirúrgica. La reforma refuerza que todas las personas con discapacidad, sin excepción, tienen derecho a brindar su consentimiento informado para acceder a intervenciones de contracepción quirúrgica, por sí mismas y en igualdad de condiciones con las demás personas. Y establece, además, su derecho a contar con apoyos si lo solicitan; a que se realicen ajustes razonables en los procesos de atención y a que la comunicación sea accesible.

De esta forma, la canasta anticonceptiva en el país incluye diversos métodos anticonceptivos de corta y larga duración dentro del PMO, además de la anticoncepción quirúrgica, con cobertura total e igualitaria

El derecho a la anticoncepción debe ser garantizado en todo momento, incluyendo el acceso inmediato posevento obstétrico (AIPEO), es decir, el derecho a recibir información sobre los MAC disponibles y a acceder a ellos luego de un aborto, parto o cesárea (Ver documento Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. AIPEO).

La obstaculización a la entrega de métodos anticonceptivos es una vulneración de derechos y constituye violencia contra la libertad reproductiva, según lo establecido en la Ley nacional 26.485.

2. En esta ley y en ese momento histórico, la alusión a mujeres refiere a mujeres cis. La ley remarca la importancia de la construcción de autonomía de las mujeres para la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Derecho a la anticoncepción transitoria: todas las personas que se encuentren en la Argentina tienen derecho al acceso gratuito (cobertura total) a los métodos anticonceptivos transitorios incluidos en el PMO, tanto de larga como de corta duración y anticoncepción de emergencia.

Derecho a la anticoncepción permanente (AQ): todas las personas a partir de los 16 años tienen derecho a acceder a la anticoncepción quirúrgica. Es decir, a decidir libre y voluntariamente y acceder de manera gratuita a la ligadura de trompas uterinas o a la vasectomía en los servicios de los tres subsistemas de salud de todo el país.

Realizar una esterilización forzosa, es decir sin el consentimiento informado de la persona titular del derecho debidamente acreditado, es un delito y puede producir responsabilidad judicial contra la institución y las personas profesionales involucradas.

La colocación o indicación de cualquier método transitorio, especialmente de larga duración, sin consentimiento expreso de la persona, también es una vulneración de derechos.

En el proceso de atención las leyes que reconocen el derecho a la anticoncepción establecen **requisitos para el acceso:**

Para acceder a la anticoncepción de corta y larga duración transitoria se requiere que la persona:

- Reciba información actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles respecto de la naturaleza e implicancias de cada uno de los métodos anticonceptivos

transitorios de corta, larga duración y de emergencia disponibles, sus posibles ventajas, riesgos y consecuencias, de acuerdo con los criterios de elegibilidad vigentes.

- Exprese (de manera verbal o con otra forma de comunicación como la lengua de señas) su consentimiento informado, del cual se debe dejar constancia en la HC.

Para acceder a la AQ se requiere que:³

- La persona solicitante tenga 16 años o más
- La persona reciba información actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles respecto de la naturaleza e implicancias de la anticoncepción quirúrgica y de los métodos anticonceptivos alternativos.
- La persona firme un consentimiento informado por escrito (se puede firmar en cualquier formato, por ejemplo, en braille, manuscrito, digital, audio, etc.).

Muchas personas que quieren acceder a la AQ se encuentran con requisitos que están por fuera de la ley.

Es importante reafirmar que:

- no se requiere que la persona haya tenido hijas/es/os.
- no se requiere autorización de ninguna otra persona (cónyuge, conviviente, madre, padre, etc.).
- no se requiere intervención judicial.
- Los equipos de salud no deben solicitar condiciones adicionales.

3. Para acceder a los cuadernillos escritos en lectura fácil y a los formularios para firmar el consentimiento informado para ligadura tubaria y vasectomía ver:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-ligadura-de-trompas-uterinas-formularios-para-firmar-el>

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-vasectomia-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado>

Es una práctica quirúrgica completamente gratuita tanto en el sistema público como en obras sociales y prepagas, ya que está en el PMO.

2.4. Consentimiento informado

En toda atención sanitaria se debe garantizar que la persona usuaria brinde su consentimiento informado para acceder a las prácticas e insumos que requiera o solicite.

El consentimiento informado (CI) es un proceso dinámico que se da a lo largo de toda la atención de la salud. En este proceso, profesionales y/o equipos de salud deben brindar información y ofrecer espacio para que se realicen todas las preguntas que surjan. El objetivo es garantizar las condiciones para que cada persona pueda tomar decisiones libres e informadas sobre su salud y el cuidado de su propio cuerpo. En todo momento se deben respetar los principios y derechos a la autonomía, confidencialidad, privacidad y acceso a la información.

Por regla general, el consentimiento informado es brindado por la persona en forma oral. Solo en algunas situaciones debe ser otorgado por escrito. Estas son las que implican internación, intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo (art.7 Ley 26.529). Por ello, los únicos métodos anticonceptivos para los que es necesario el consentimiento informado por escrito son los quirúrgicos: la ligadura de trompas y la vasectomía.⁴ El resto de los métodos anticonceptivos, que son reversibles, no requieren consentimiento informado escrito, basta con el consentimiento verbal, que deberá consignarse en la historia clínica (HC).

Una vez que se ha realizado la consejería y la persona ha tomado la decisión de solicitar, o no, un método anticonceptivo, se debe dejar asentado en la HC que se realizó consejería en métodos

anticonceptivos en general y el método elegido en particular. La información de la consejería debe incluir las ventajas, desventajas y posibles complicaciones. También deberá quedar asentado en HC si se realizó la prescripción, entrega o colocación del método elegido.

El consentimiento informado es indelegable, puesto que el derecho a la salud es personalísimo. Es decir, no puede ser ejercido por ninguna otra persona en nombre de su titular. Por ello, todas las personas con y sin discapacidad, cualquiera sea su edad, deben brindar personalmente su consentimiento libre y voluntario para acceder a un método anticonceptivo. Algunas requieren asistencia o apoyos para hacerlo, pero esto no implica la sustitución de la voluntad de la persona que accede a la anticoncepción, en ningún caso.

Brindar o no el consentimiento para la realización de cada una de las prácticas sanitarias es un derecho de todas las personas en el proceso de atención. Está regulado por la Ley 26.529 de Derechos del Paciente.

2.4.1. Consentimiento informado de niñas/es/os y adolescentes

A partir de la reforma constitucional del 1994, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño tiene rango constitucional (Art. 75, inc. 22). Asimismo, en 2005 se sancionó la Ley nacional 26.061 de Protección integral de NNNA. Estas normas desarrollan y establecen el **paradigma del respeto a la autonomía de NNNA**. Reconocen que todes les niñas y adolescentes *son sujetos/as de derecho* y que tienen derecho a: *ser oídas/es/os y participar significativamente*, a que se respete su *autonomía progresiva* y que todas las actuaciones respeten su *interés superior*, es decir, que se garantice en la mayor medida posible el ejercicio de sus derechos.

4. Para acceder a los cuadernillos escritos en lectura fácil y a los formularios para firmar el consentimiento informado para ligadura tubaria y vasectomía ver:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-ligadura-de-trompas-uterinas-formularios-para-firmar-el>

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-vasectomia-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado>

El Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC), es la norma que regula la capacidad de las personas para emitir el consentimiento informado. Esta norma, partiendo del principio de autonomía progresiva, establece en su artículo 26 las reglas para la disposición sobre el propio cuerpo de NNNA y en su artículo 59 las reglas generales para el consentimiento informado. A su vez, la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación es una norma fundamental para la implementación del consentimiento informado de NNNA y personas con discapacidad en el acceso a prácticas de salud sexual y reproductiva, porque aclara la interpretación de los artículos mencionados del CCyC para estos casos.

Es importante reiterar que NNNA tienen derecho a que se respete su intimidad en el acceso a los servicios de salud. La información sobre su salud y sobre su vida sexual y reproductiva que confían en la consulta debe mantenerse en reserva y está amparada por el secreto médico. Salvo que exista una orden judicial o que se evalúe un riesgo inminente para NNNA o para otra persona.

Las niñas, niños, niñas y adolescentes con discapacidad tienen los mismos derechos en relación con el acceso a los servicios, insumos y prácticas de salud. Para igualar las condiciones con las demás personas debe garantizarse la accesibilidad y la implementación de apoyos y ajustes razonables que requieran para poder ejercer sus derechos.

Todas las personas tienen derecho al acceso a métodos anticonceptivos. Los equipos deben evaluar de acuerdo con los criterios médicos, el contexto, la edad y las condiciones clínicas de la persona, cuáles son los métodos anticonceptivos recomendables y disponibles. En el proceso de atención, la persona definirá la opción más adecuada.

2.4.2. Reglas sobre la capacidad para emitir el consentimiento informado de NNNA

Tal y como establece el art. 26 CCyC y aclara la Res.65/2015, todas las NNNA pueden acceder a consejería integral en salud sexual y reproductiva. Además tienen derecho a acceder a métodos anticonceptivos ; considerando las reglas indicativas sobre la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo, así:

Consentimiento en adolescentes a partir de los 16 años: las personas adolescentes a partir de los 16 años tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como una persona adulta. Es decir, pueden consentir autónomamente (sin el acompañamiento de ninguna persona) toda práctica vinculada a su salud y a su cuerpo, incluida la anticoncepción quirúrgica.

Consentimiento de adolescentes entre 13 y 16 años: pueden decidir de manera autónoma, sin necesidad de asistencia de personas adultas, sobre prácticas y tratamientos que no impliquen riesgo grave para su salud. Los métodos anticonceptivos transitorios (incluyendo los implantes y los dispositivos intrauterinos) no son prácticas que comprometan el estado de salud, por lo tanto, desde los 13 años pueden acceder en forma autónoma, sin autorización ni acompañamiento de adultos, a todos los métodos anticonceptivos reversibles, incluso los de larga duración.

El art. 59 del CCyC, indica que en los casos en los que el consentimiento deba brindarse con la asistencia para la toma de decisión, esto es, cuando la anticoncepción implique un riesgo grave para la salud o la vida de las adolescentes hasta los 16 años, esta asistencia puede ser brindada por personas que ejerzan, formal o informalmente, tareas de cuidado (Resolución 65/2015 Min. de Salud). En estos casos, cuando se produjeran controversias o desacuerdos entre las partes, se deberán resolver en el ámbito sanitario, considerando la satisfacción del interés superior del NNNA. Es decir, buscando siempre la máxima satisfacción, integral y simultánea de sus derechos y garantías.

Consentimiento informado de niñas/es/os menores de 13 años:

para que niñas/es/os puedan brindar su consentimiento para el acceso a métodos anticonceptivos, se requiere la asistencia de personas adultas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado elegidas por las niñas/os/es. La ley establece el acceso a la información sobre salud sexual que se solicite y a preservativos; y también el acceso a los demás anticonceptivos considerando su autonomía progresiva y su interés superior.

Es importante no perder la oportunidad de atender a chicas/es/os menores de 13 años cuando acuden a solicitar información, asesoramiento y métodos anticonceptivos. El equipo de salud debe considerar el principio de la autonomía progresiva para facilitar el acceso a los mismos. Si la/le/el niña/e/o decide concurrir al hospital o centro de salud sin la compañía de una persona adulta la persona integrante del equipo de salud debe tener en cuenta su interés superior, brindarle un espacio de escucha atenta, atención y contención que permita considerar, con su activa participación, su nivel autonomía y evaluar sus redes o personas adultas de confianza que pudieran acompañar. Poner barreras a su atención configura una oportunidad perdida y vulneraría su derecho a la salud. Es por eso que, si alguna persona del equipo de salud considera que no tiene aptitud suficiente, no podrá negarle la atención. Deberá ofrecerle convocar a personas de su confianza (allegadas) para que la asistan, incluso integrantes del equipo de salud pueden asumir este rol de asistencia, también integrantes del sistema de protección. La negativa a brindar atención podría dar lugar a acciones legales contra el personal de salud interviniente

Es necesario a su vez, evaluar posibles situaciones de violencias y abuso para brindar un abordaje acorde con ello que garantice el acceso a la atención integral de la salud y la protección de derechos. En estos casos, la solicitud de un método anticonceptivo o la presencia de un embarazo no intencional, debe alertar a los equipos para activar intervenciones con el objetivo de detectar posibles situaciones de violencia sexual o abusos de otro tipo. El sistema de salud y los equipos deben garantizar el derecho a la salud. Es

recomendable, de acuerdo con la situación concreta, iniciar articulaciones interinstitucionales con organismos competentes localmente para garantizar la protección integral de la niña/e/o o adolescente cuando corresponda (ver capítulo 14- adolescencia).

2.5. Las personas con discapacidad en su relación con el sistema de salud y acceso a la anticoncepción de personas con discapacidad

La interpretación y aplicación de todas las reglas y normas en relación con las personas con discapacidad deben armonizarse con los estándares y principios constitucionales y convencionales, especialmente los contenidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). En ese sentido, las normas del CCyC sobre el consentimiento informado para el ejercicio de los DSDR, entre ellos el acceso a la anticoncepción, han sido aclarados en la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, que brinda la interpretación consensuada sobre: capacidad, ajustes razonables y sistemas de apoyo.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

señala que debe respetarse el derecho de las personas con discapacidad a mantener su fertilidad y a formar una familia si así lo deciden, al igual que todas las personas. Sustituir la voluntad de las personas con discapacidad es un delito y las personas profesionales de la salud que lo hicieran o consintieran, son pasibles de responsabilidades administrativas y judiciales.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir información sobre insumos y prácticas anticonceptivas en formatos accesibles y a solicitar sistemas de apoyo y ajustes razonables que les permitan consentir en forma autónoma. Deben adoptarse salvaguardas apropiadas para evitar la sustitución en la toma de decisiones.

2.5.1. Presunción de la capacidad

Todas las personas con discapacidad, sin excepción, tienen derecho a brindar su consentimiento informado por sí mismas y en igualdad de condiciones con las demás personas. En ningún caso se requiere autorización judicial para acceder a la anticoncepción, transitoria, quirúrgica o de emergencia.

De acuerdo al artículo 12 de la CDPD, las PCD deben tener igual reconocimiento como persona ante la ley. Allí se reafirma que las PCD tienen derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

Asimismo, de acuerdo a los artículos 22, 23 y 31 del CCyC, la capacidad para el ejercicio de los derechos corresponde a todas las personas por igual. Los artículos 31 y 32 del mismo, establecen la excepcionalidad de las restricciones de la capacidad, su carácter específico ligado a actos determinados y su transitoriedad. Es decir, las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se establecen en beneficio de la persona y no para limitar sus derechos. Esto implica, tal como lo aclara la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación que **“todas las personas que no han recibido una sentencia de restricción de la capacidad específicamente relacionada con la toma de decisiones en materia de salud, deben ser tenidas por capaces en el sistema de salud”**. Por lo tanto, si se tratara de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la misma no refiere al ejercicio del derecho a decidir sobre la anticoncepción, puede prestar su consentimiento informado sin ninguna restricción.

En las excepcionalísimas situaciones donde exista sentencia judicial firme y vigente de **restricción de la capacidad de una persona** y esta designe apoyo para la toma de decisiones en lo referente a la anticoncepción, el consentimiento informado debe ser prestado por la persona, con la asistencia prevista por el sistema de apoyos que indique la sentencia, de acuerdo al artículo 32 del CCyC.

2.5.2. Condiciones para el acceso a la anticoncepción de las personas con discapacidad

Teniendo en cuenta que, tal como afirma la CDPD, la discapacidad resulta de la “interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”, el sistema de salud debe adoptar medidas para que las PCD puedan ejercer sus derechos de manera autónoma y reciban atención sanitaria en los términos más accesibles, aceptables y con la mejor calidad disponible.

2.5.2.1 Accesibilidad

La accesibilidad es la condición previa para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad con equidad. De acuerdo con el artículo 9 de la CDPC las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones, son condición para puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida.

Es central que la información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva y los establecimientos sean accesibles para que las PCD puedan ejercer el derecho a la anticoncepción en condiciones de igualdad y no discriminación.

Como aclara la Resolución 65/2015, el equipo de salud están en la obligación de tomar medidas necesarias para garantizar la accesibilidad, no solo física (por ejemplo, camillas, pasillos, escaleras, ascensores, diferentes tamaños de materiales para revisión, etc.) y comunicacional (por ejemplo, en cuanto al idioma, lenguaje sencillo, lengua de señas, sistema braille, forma de transmitir información, etc.), sino también en relación con el ejercicio de otros derechos como la privacidad, confidencialidad, dignidad, igualdad, etc.

Las medidas deben incluir la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso.

El **diseño universal**, es la medida que implica que los productos, entornos, programas y servicios puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación especial.

2.5.2.2. Ajustes razonables

Cuando no se implementó el diseño universal y/o las medidas de accesibilidad no fueron suficientes en una situación particular, el equipo de salud deberá realizar ajustes razonables para garantizar el ejercicio de los derechos de esa persona. Estos son definidos como las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular (artículo 2 de la CDPD).

Quienes gestionan la atención deben realizar acciones para que los equipos de salud puedan adaptar sus prácticas para asegurar la accesibilidad a través de ajustes razonables como: modificación de los espacios de consulta, adaptación del lenguaje, la prolongación del tiempo de atención y el uso de otros materiales de información para que sean comprensibles, utilización de formas de comunicación alternativas, entre otras.

2.5.2.3. Medidas de apoyo

Las medidas de apoyo son un derecho y tienen como función promover la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad. Puede tratarse del uso de tecnologías, dispositivos o de la asistencia de una o más personas para que la PCD pueda acceder a prácticas, a información, a espacios, etc. y tomar decisiones con autonomía.

Por ejemplo, dispositivos con lectores de pantalla pueden facilitar el acceso a información de personas con discapacidad visual; una persona intérprete de lengua de señas puede ser un apoyo para una persona sorda en una consulta de salud; una camilla ginecológica que regule su altura permite que una persona con movilidad reducida o de baja talla pueda acceder autónomamente a una práctica.

La implementación de medidas de apoyo es un derecho central de las PCD para facilitar la comunicación, la comprensión y la toma de decisiones autónoma. **No se trata de un requisito** y en ningún caso se debe convertir en una barrera de acceso.

La persona con discapacidad puede solicitar las medidas de apoyo y los equipos de salud también deben ofrecerlas. Si bien las medidas no pueden imponerse, es una responsabilidad de los equipos poner a disposición opciones de apoyo que serán ajustadas y aceptadas o no, por la PCD.

El apoyo puede ser brindado por una o más personas de confianza de la PCD (ya sea de la familia, la comunidad, el equipo de salud o las instituciones de protección de derechos) que le presten la asistencia necesaria para tomar una decisión autónoma y brindar, o no su consentimiento.

La o las personas que actúan como apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos. Los equipos de salud deberán estar atentos a que las decisiones sean tomadas por la persona titular del derecho. Por regla, las medidas de apoyo deben ser solicitadas y dirigidas por la PCD, quien puede decidir poner fin a la intervención de las mismas en cualquier momento.

Los sistemas de apoyo también pueden ser designados judicialmente, es decir, figurar en una sentencia que explicita los términos de la asistencia para la toma de decisiones sobre la anticoncepción. Aun así, también en estas situaciones, la decisión debe ser tomada por la persona titular del derecho.

Capítulo 3

Anatomía y fisiología de los órganos genitales

Puntos clave

- ✓ Conocer los aspectos centrales sobre anatomía y fisiología de los órganos genitales permite comprender el funcionamiento de los métodos anticonceptivos para poder recomendarlos.
- ✓ La información sobre ciclo menstrual, sangrado, espermatogénesis, fertilidad y fecundación son algunos de los temas que los equipos de salud pueden abordar en la atención de la salud sexual y reproductiva para la toma de decisiones informada.
- ✓ Abordar la salud menstrual sin ligarla de manera exclusiva a la reproducción ni a una sola identidad de género, forma parte de los desafíos de los equipos en la atención de la salud sexual y (no) reproductiva.
- ✓ Incorporar en la atención la información sobre los productos para contener el sangrado menstrual permite a las personas elegir cuál utilizar según sus singularidades.

Revisaron contenidos de este capítulo:

Edición de 2023: Camila Lynn y Marina Lini (DNSSR); 2019: Diego García (DNSSR); 2014: Francisco Castro Montiel (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 personas usuarias, resulta necesario primero revisar conceptos y términos básicos sobre anatomía, la fisiología del sistema genital, así como las implicancias del ciclo menstrual.

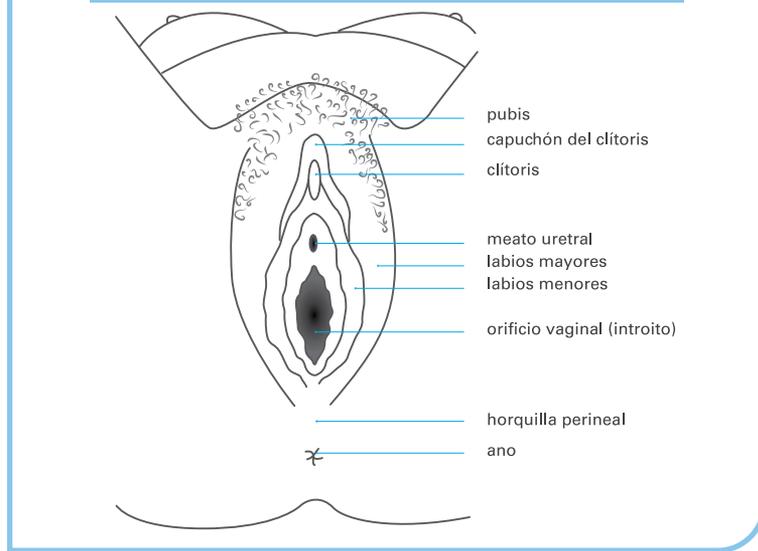
Considerando que la identidad de género no está determinada por la anatomía y la fisiología de las personas, se decidió reemplazar o acompañar las construcciones “aparato genital femenino” por sistema vulva-vagina-útero-ovarios y “aparato genital masculino” por sistema pene-conductos espermáticos-testículos. Asimismo, resulta importante señalar que no en todos los cuerpos los órganos genitales se corresponden con alguno de estos dos sistemas, como es el caso de las personas intersex.

3.1. Sistema vulva-vagina-utero-ovarios

3.1.1. Anatomía

El sistema vulva-vagina-útero-ovarios se ubica en la cavidad pelviana y está compuesto por genitales externos e internos. Los externos (Figura 3.1) son la vulva, con los labios mayores y menores, el clítoris, el introito u orificio vaginal y el meato uretral. Los internos (Figura 3.2) son la vagina, el útero, las trompas uterinas y los ovarios.

Figura 3.1. Genitales externos del sistema vulva-vagina-útero-ovarios



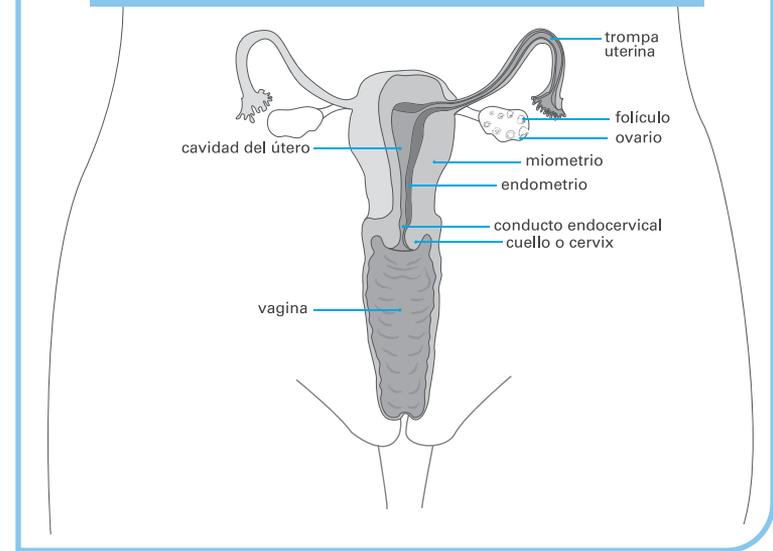
Fuente: elaboración propia. Edición 2014.

3.1.2. Salud menstrual

La salud menstrual abarca tanto los factores que vinculan a la menstruación y al ciclo menstrual con el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la salud, el placer, el bienestar, la igualdad de género, la diversidad, la educación.

Si bien durante mucho tiempo se explicó y se entendió a la salud menstrual ligada exclusivamente al carácter reproductivo, tanto a la anticoncepción o a la fertilidad, en la actualidad su abordaje implica comprenderla como un proceso que va más allá de lo estrictamente biológico y que incluso trasciende la experiencia personal. Y que se puede ver afectada por diversas condiciones sociales como el modo en que es comprendida en cada cultura, el acceso a la información y a la educación, la infraestructura disponible, el acceso a los productos de gestión menstrual, entre otras.

Figura 3.2. Genitales internos del sistema vulva-vagina-útero-ovarios



Fuente: elaboración propia. Edición 2014.

Es un desafío para los equipos poder pensar este aspecto de la salud de una manera integral tanto en las consejerías de salud sexual como en el trabajo diario en todos los temas de salud. Se propone, así, ampliar la perspectiva tomando la dimensión reproductiva como uno de los aspectos a abordar pero no el único, evitando determinismos biologicistas que han llevado históricamente a ligar el ciclo menstrual con una presunta preparación para la reproducción. Hablar de menstruación puede ser una oportunidad para conversar sobre muchos temas de interés para la persona usuaria: el autoconocimiento, el placer, la identidad de género, la interacción con las actividades diarias, los productos de gestión menstrual, la salud ambiental y la equidad, entre otros.

3.1.2.1. Ciclo menstrual

Por ciclo menstrual se entiende el proceso mediante el cual se producen cambios en el cuerpo de manera cíclica a lo largo del tiempo y se desarrollan los óvulos u ovocitos a nivel de ovarios, cambios que dan lugar a la posibilidad de que, en caso de tener una relación sexual de penetración pene-vagina sin uso de algún método anticonceptivo, pueda producirse un embarazo. E incluye además cambios en el flujo vaginal, en las mamas, en la piel, entre otros que dependerán de cada persona y pueden ir variando a lo largo de la vida.

Pueden menstruar personas que tienen útero, ovarios y vagina. Pueden ser mujeres cis, lesbianas, varones trans, personas no binarias, entre otras identidades. Es importante abordar los temas vinculados a la menstruación sin asignarla de manera exclusiva a mujeres. La menstruación no tiene relación con la identidad de género.

El ciclo menstrual se inicia con el primer día de sangrado menstrual y concluye cuando se inicia un nuevo sangrado. En caso de que se produzca un embarazo el ciclo se modifica y da lugar a otro proceso vinculado a la gestación, que implica, entre otras cosas, el cese del sangrado menstrual. Pueden haber otras causas por las cuales no se produzca la ovulación o el sangrado menstrual: cuestiones vinculadas al ambiente, estrés, alimentación, hormonas, ciertos medicamentos, métodos anticonceptivos, entre otras. Algunas personas pueden decidir no menstruar, por diversos motivos, que pueden ser identitarios o tener que ver con su disfrute, entre otras. En esas situaciones, existen métodos hormonales que tienen como efecto secundario el cese de la menstruación y que pueden ofrecerse, siempre considerando los Criterios Médicos de Elegibilidad (OMS, 2015).¹

3.1.2.2. Fisiología del ciclo menstrual

El ciclo menstrual es la consecuencia de la compleja interacción de procesos entre glándulas y órganos, como el hipotálamo, la hipófisis y el ovario. Para que esto ocurra el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal debe encontrarse indemne, tanto funcional como anatómicamente en todos sus niveles.

El hipotálamo (ubicado en el cerebro), ante diferentes estímulos, sintetiza y secreta GnRH (factor liberador de gonadotropinas) de manera pulsátil a partir de la pubertad. El GnRH actúa a nivel de la hipófisis, estimulando la secreción de gonadotropinas, LH (hormona luteinizante) 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 actúan 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, y en otros sitios del cuerpo.

En general, 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 solo uno de ellos llegará a la ovulación (folículo dominante), mientras que los otros sufren un proceso de atresia. A lo largo de la vida se ovulan alrededor de 420 ovocitos.

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).

1. disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>.

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.

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.

3.1.3. Ovulación

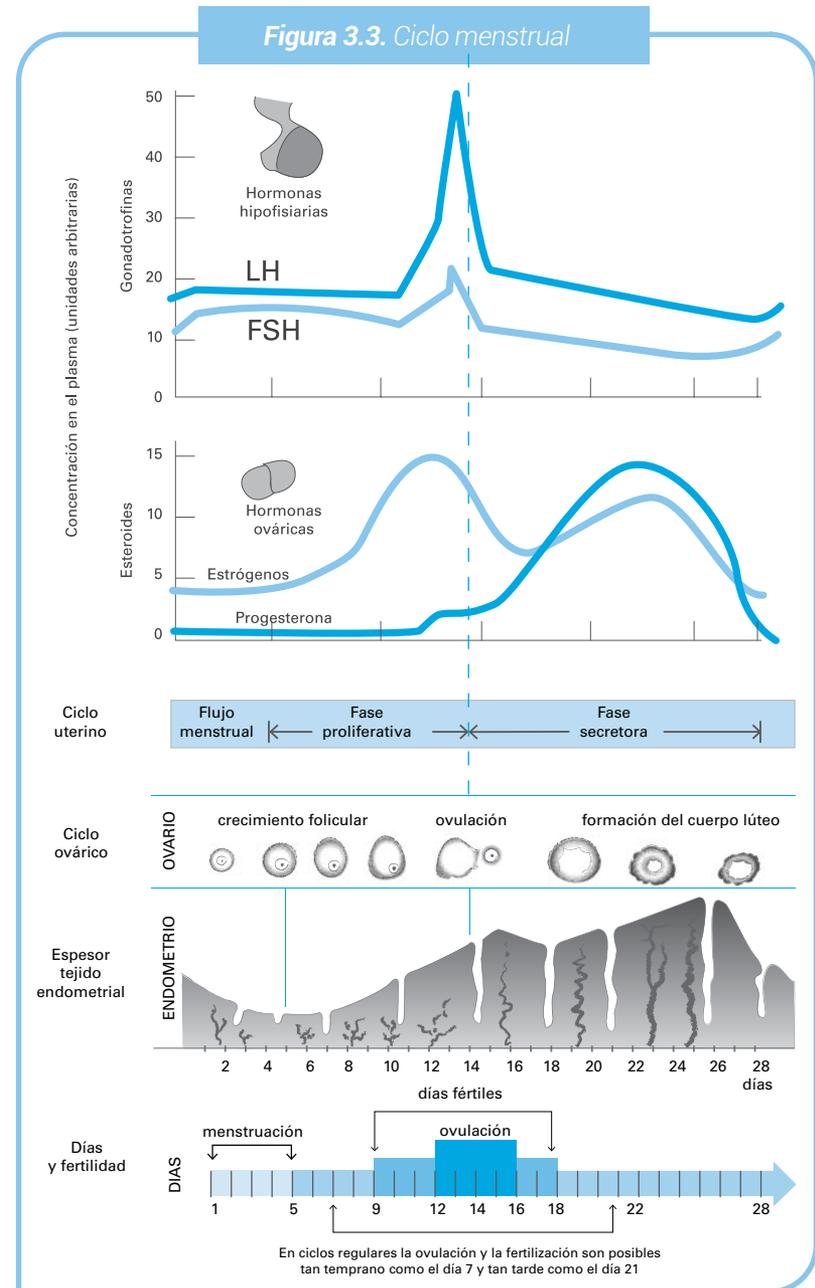
La Figura 3.3. resume las diferentes etapas o fases que se observan durante el ciclo menstrual a nivel ovárico y uterino, y cómo son los niveles hormonales para cada etapa.

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 gonadotropinas: 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 uterina.



Fuente: elaboración propia. Edición 2014.

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. A nivel uterino, el endometrio sufre una transformación y desarrollo vascular observándose la actividad secretora de las glándulas endometriales.

Si se produce el embarazo, 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.

Cuando los ciclos son regulares la menstruación 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.

3.1.4. 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 que constó de una primera fase folicular, estrogénica, seguida de la ovulación, y luego una segunda fase luteína o progestacional dominada por el cuerpo amarillo.

Menarca: primera menstruación. Suele presentarse, aproximadamente a los 12,5 años de edad (rango: 9 a 16 años). Es posible evaluar las características menstruales recién a partir de los tres años de la menarca, ya que previo a ese lapso es frecuente que se presenten alteraciones sin implicar patología. Es importante tomar en cuenta que puede ocurrir un embarazo incluso desde el primer ciclo menstrual.

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.

Sangrado uterino anormal (FIGO, 2011): cualquier sangrado uterino diferente de la menstruación o de un ciclo menstrual normal, ya sea en volumen, regularidad, duración o los tres. Se considera crónico si ha estado presente durante la mayor parte de los últimos seis meses. El sangrado uterino anormal agudo es un episodio de sangrado abundante que, en opinión de la persona médica, es de gravedad suficiente para requerir la intervención inmediata para prevenir una mayor pérdida de sangre. Puede ocurrir en el contexto del sangrado uterino anormal crónico o sin un antecedente.

3.1.4.1. Alteraciones en el sangrado uterino

Las alteraciones del sangrado uterino pueden ser (FIGO 2011):

Alteraciones de la regularidad

- Sangrado uterino irregular: variación mayor a 20 días en los ciclos durante un período de 1 año.
- Ausencia de sangrado menstrual (amenorrea): ausencia de sangrado por un período de 90 días.

Alteraciones de la cantidad

- Sangrado menstrual abundante: suele asociarse con alteración de la calidad de vida (física, emocional o social) de la persona.
- Sangrado menstrual escaso: raramente se relaciona con alguna patología.

Alteraciones de la duración

- Sangrado menstrual prolongado: mayor a 8 días. Suele asociarse con sangrado menstrual abundante.
- Sangrado menstrual acortado: menor a 2 días. Raramente se asocia con alguna patología seria.

Sangrado irregular no menstrual

Puede presentarse como, por ejemplo, sangrado intermenstrual, poscoital o spotting pre o posmenstrual. Puede presentarse de manera aleatoria, o predeciblemente al mismo tiempo en cada ciclo.

Sangrado causado por anovulación

Cuando no se produce ovulación, suele persistir el estímulo estrogénico sobre el endometrio sin oposición del progestágeno lo que produce una hiperplasia del endometrio; luego se producen procesos regresivos con focos de necrobiosis parcial con la consecuente descamación que se manifiesta como sangrado uterino anormal que generalmente se manifiesta en una combinación impredecible de tiempo de sangrado y una cantidad variable de flujo. También se puede observar amenorrea.

3.1.4.2. Sangrado uterino con el uso de métodos anticonceptivos hormonales

En el uso de métodos anticonceptivos hormonales, se recomienda el uso de los siguientes términos para describir los patrones de sangrado:

Sangrado: sangrado vaginal que requiere el uso de protectores sanitarios.

Spotting: sangrado vaginal escaso, que no suele requerir el uso de protectores sanitarios.

Episodio de sangrado o spotting: uno o más días de sangrado o spotting consecutivos registrados.

Intervalo libre de sangrado o spotting: uno o más días consecutivos en los que no se registra sangrado o spotting.

Segmento de sangrado o spotting: episodio de sangrado o spotting más el intervalo libre de sangrado/spotting que le continúa.

Período de referencia: número de días consecutivos en que se basa el análisis del patrón de sangrado (general de 90 días en personas usando métodos hormonales de larga duración y de 28-30 días en las que usan métodos hormonales de toma o aplicación diaria o mensual).

3.1.4.3. Productos de gestión menstrual

Hablar de distintos métodos para contener el sangrado menstrual puede ser parte de una consulta o consejería.

Los métodos más habitualmente utilizados para esto son: toallitas higiénicas (descartables o reutilizables), tampones, copas menstruales, ropa interior menstrual. También se puede utilizar algodón.

Se los conoce como “productos de gestión menstrual”.

Las **toallitas descartables** están hechas de algodón y una capa plástica que se adhiere a la ropa interior. Hay de diferentes formas y tamaños. Se utilizan hasta antes de que se encuentren muy colmadas o hasta que la persona desee, y se cambian por otras. Están hechas de materiales que contaminan el ambiente. No deben desecharse en inodoros.

Las **toallitas reutilizables** se usan igual que las descartables pero se pueden lavar para ser reutilizadas. Para el lavado se recomienda dejarlas en remojo, luego lavarlas con agua segura, jabón y garantizar un buen secado.

Los **tampones** son de algodón, descartables y se utilizan para absorber el flujo menstrual. Se insertan en la vagina. Se recomienda el lavado de manos antes y después de colocarlo. Hay de diferentes tamaños según la cantidad de sangrado menstrual que tenga la persona. Se utilizan solo durante los días de sangrado menstrual. Pueden permanecer sin inconvenientes hasta seis horas. Es recomendable extraerlos si se va a tener relaciones sexuales con penetración vaginal.

Algodón: Muchos de los productos antes mencionados están hechos de algodón. Este es un material que puede utilizarse para el sangrado.

Copas menstruales: Se introducen en la vagina y recogen el flujo menstrual. Son una opción reutilizable y se deben esterilizar con agua en hervor durante 5 minutos antes y después de cada ciclo. Tienen una vida útil de entre cinco y diez años.

Son de fácil remoción aunque puede requerir cierta práctica. Las personas que usan DIU también pueden usar la copa menstrual. No es recomendable el uso de la copa si se mantienen relaciones sexuales con penetración pene-vagina.

Ropa interior menstrual

Es reutilizable, se lava y seca en forma similar a las toallitas de tela. Absorbe y contiene el fluido menstrual.

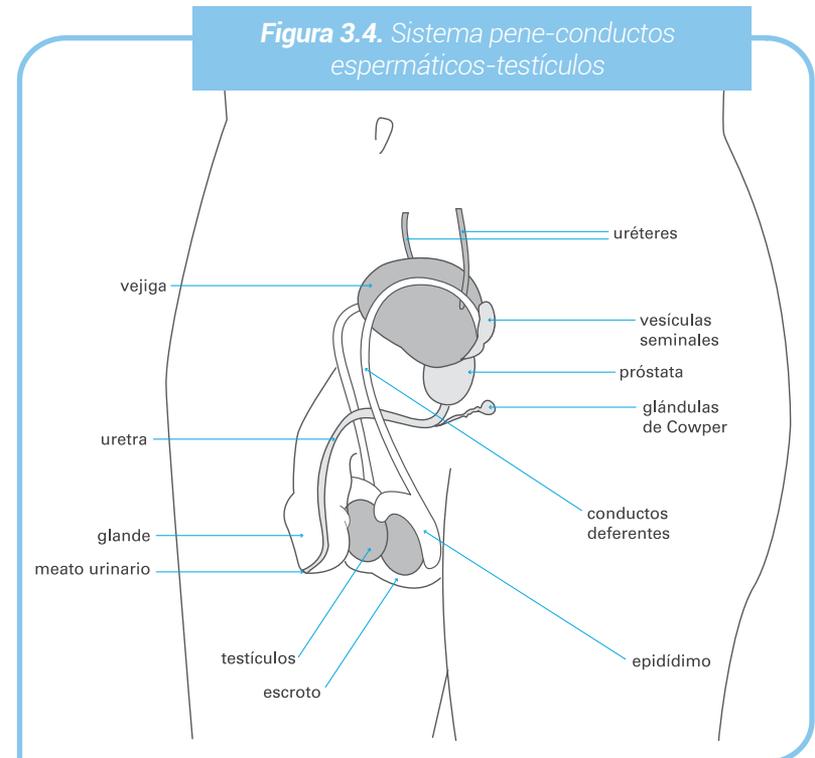
Tanto el uso de la copa como el de las toallitas reutilizables y la ropa menstrual resultan más económicas para la persona usuaria en el largo plazo.

3.2. Sistema pene-conductos espermáticos-testículos

3.2.1. Anatomía

El *sistema pene-conductos espermáticos-testículos* 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.

La mayoría de estos órganos se encuentran fuera de la cavidad abdominal, a diferencia del sistema vulva-vagina-útero-ovarios (Figura 3.4).



Fuente: elaboración propia. Edición 2014.

3.2.2. Fisiología

3.2.2.1. Espermatogénesis

El proceso de formación de los espermatozoides, denominado *espermatogénesis*, tiene lugar en los testículos y dura entre 64 y 90 días. 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, 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 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 la persona alcanza la la pubertad, 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 produce 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 incide en el deseo sexual o libido.

3.2.3. 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 de medios ácidos, como por ejemplo, los que se encuentran en la vagina.

El epidídimo se continúa con el conducto deferente, que traslada los espermatozoides maduros hacia los conductos eyaculadores. Ascenden desde el escroto, atraviesan el canal inguinal e ingresan en la cavidad pélvica. 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.

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 última porción, o uretra peneana, tiene una longitud de alrededor 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 **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 pre eyaculatorio) para limpiar y lubricar la uretra. El fluido de las glándulas bulbouretrales es alcalino como el líquido prostático. Este fluido preseminal puede contener espermatozoides.

3.2.4. 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.

3.2.5. 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 **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 en el caso de una relación con penetración pene-vagina a pesar de no haber eyaculación (en caso

de una práctica sin protección u otro método anticonceptivo). 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: 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. 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 pasaje por el cuello uterino y el útero, en donde los espermatozoides adquieren la capacidad de fecundar el óvulo.

La vida del espermatozoide es relativamente corta. 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, si la persona está ovulando y si no se está usando algún método anticonceptivo, puede ocurrir 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 uterina y en las 24 horas que siguen a la ovulación.

Capítulo 4

Métodos anticonceptivos (MAC) Generalidades

Puntos clave

- ✓ Cada MAC tiene características particulares: funcionamiento, modos de uso, ventajas y desventajas, eficacia y duración.
- ✓ Si bien ningún método es 100 % eficaz para evitar un embarazo, algunos tienen una efectividad cercana al 100% y otros tienen una baja efectividad, aún con su uso correcto y consistente.
- ✓ Brindar asesoramiento según la situación singular de cada persona permite que pueda elegir el método más adecuado según sus preferencias, costumbres y estado de salud.
- ✓ La escucha atenta y empática es fundamental en la atención de todas las personas pero particularmente en adolescentes y menores de 15 años que solicitan por primera vez un MAC.
- ✓ Los equipos de salud deben realizar las adaptaciones necesarias para que las personas con discapacidad puedan elegir y acceder a un método anticonceptivo, en igualdad de condiciones que todas las personas.



4.1. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?

Los *métodos anticonceptivos* (MAC) 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)¹, si es usado de forma correcta, es recomendable para toda la vida sexualmente activa. Todas las personas con capacidad de gestar tienen derecho a recibir asesoramiento sobre métodos anticonceptivos si no tienen intención de embarazarse.

4.1.1. Doble protección

El único método que previene las infecciones de transmisión sexual es el preservativo. Cuando la persona usuaria 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 MAC.

Los preservativos vaginales y los peneanos son los únicos métodos anticonceptivos que, además, previenen las ITS, incluido el VIH. Para la prevención de ITS también se recomienda el uso del campo de látex.

1. Para prácticas de sexo oral-vaginal u oral-anal se recomienda utilizar el campo de látex.

4.2. Historia de los MAC

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

A lo largo de la historia se han utilizado distintas formas para intentar poder decidir el momento en el que tener hijas/es/os. En América, los pueblos originarios desarrollaron un amplio conocimiento sobre el uso de hierbas medicinales con este fin.

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 denominadas, durante mucho tiempo, "enfermedades venéreas."²

En 1960 se aprobó el uso de la primera **píldora** anticonceptiva en Estados Unidos.³ Posteriores avances en la investigación permitieron descubrir nuevas formulaciones hormonales que disminuyen al mínimo los riesgos y efectos desfavorables de su uso. En esa misma década se desarrolló el primer **dispositivo intrauterino (DIU)** de plástico médicamente aceptado, que en los años 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 creó el DIU con liberación de levonorgestrel y el primer implante anticonceptivo subdérmico.

Históricamente, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en la Argentina estuvo condicionada por diferentes restricciones del marco legal.⁴ Con el advenimiento de la democracia comenzó a facilitarse su uso.⁵ A partir de la sanción de la [Ley nacional 25.673](#) de 2002, en el año 2003 se creó el [Programa Nacional de Salud](#)

[Sexual y Procreación Responsable](#) en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación y se estableció la gratuidad 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 personas de poder elegir si tener o no hijas/es/os, qué cantidad y cuándo. 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.

El acceso a información y a métodos anticonceptivos es un derecho de todas las personas. Si bien solemos referirnos a mujeres, adolescentes, u otras personas con capacidad de gestar como principales usuarias de MAC, es importante que los equipos de salud contemplen las necesidades de todas las personas con capacidad de gestar que mantengan relaciones sexuales que permitan la reproducción.

Es por eso que a lo largo de esta guía referimos a mujeres, adolescentes y a otras personas, para nombrar a quienes consultan y demandan MAC.

2. 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. El término adecuado para denominarlas es infecciones de transmisión sexual (ITS).

3. En el proceso de creación de la píldora tuvieron un rol fundamental no solo científicos sino activistas feministas. Para más información ver el artículo "Historia y Anticoncepción" (Katabian, 2005), acerca de la utilización de cuerpos extraños en el interior del útero para prevenir embarazos.

4. 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).

5. Ver Decreto 2274 de 1986 durante la presidencia de Raúl Alfonsín que deroga los Decretos 650/74 y 3938/77.

4.3. Clasificación de los MAC

Existen numerosas maneras de clasificar los MAC: según su composición, su visibilidad por parte de otras personas, su mayor o menor dependencia del modo de uso de la persona usuaria, por la posibilidad de utilización durante la lactancia humana, por la necesidad de manipular genitales para su uso y/o colocación, entre otras. También se pueden clasificar según su eficacia anticonceptiva en métodos altamente efectivos (DIU, DIU-Lng,⁶ implantes, pastillas, inyectables, preservativos) y con menor efectividad (métodos basados en la fertilidad, coito interrumpido, métodos químicos).

Según su duración de acción, han cobrado relevancia los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC por sus siglas en inglés: Long Acting Reversible Contraception). Son aquellos métodos que permiten prevenir un embarazo durante un período prolongado sin requerir de la intervención activa de la persona usuaria.

Se incluyen dentro de estos métodos a los dispositivos intrauterinos (DIU con cobre y con levonorgestrel) y a los implantes subdérmicos.

Algunas de sus ventajas pueden ser:

- Los LARC tienen mayor efectividad anticonceptiva que el resto de los métodos reversibles de corta duración. Esto ocurre porque no dependen de la persona usuaria (no hay diferencia en la efectividad entre el uso correcto y el uso habitual).
- Luego de la colocación requieren de pocas consultas al sistema de salud.
- Son reversibles de forma inmediata.

Todos estos aspectos serán tenidos en cuenta en una consejería integral.

Todos estos aspectos serán tenidos en cuenta también durante la consejería.

Según su mecanismo de acción, los métodos anticonceptivos se pueden clasificar en:

4.3.1. Anticonceptivos de barrera

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

- Preservativo “masculino” o peneano.
- Preservativo “femenino” o vaginal.
- Diafragma.

4.3.2. Anticonceptivos hormonales

Impiden la concepción mediante acciones sobre el eje hipotálamo-hipófisis-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 solo de progestágenos*: compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno.

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

6. También es conocido como Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU). Se utilizarán en esta Guía en forma indistinta ambas abreviaciones.

Cuadro 4.1.

Clasificación de métodos hormonales

Composición hormonal	Tipo	Vía administración	Principal mecanismo anticonceptivo
Estrógeno + progestágeno	Anticonceptivos hormonales combinados	-Anticonceptivos combinados orales (ACO) -Anticonceptivo combinado inyectable mensual (ACI) -Anillos vaginales -Parches dérmicos	Anovulación
Sólo progestágeno	Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos	- Oral (levonorgestrel/linestrenol)	Alteración moco cervical
		- Oral (desogestrel) - Inyectable trimestral - Implantes subdérmicos (AMPD)	Anovulación
	-DIU con levonorgestrel	Alteración moco cervical/ Inhibición espermática	
Anticoncepción hormonal de emergencia	- Oral	Anovulación	

Fuente: elaboración propia basada en Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington: CCP y OPS, 2019.

4.3.3. 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 el ascenso de los espermatozoides.

Hay dos tipos, según su composición:

- Dispositivo intrauterino con cobre (DIU-Cu).
- Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-Lng o SIU).

4.3.4. Anticoncepción quirúrgica

Son los únicos métodos prácticamente irreversibles.

- Ligadura de las trompas uterinas.
- Vasectomía.

4.3.5. Anticonceptivos químicos

Actúan como espermicidas.

- Cremas / jaleas / tabletas / óvulos.
- Esponjas.

4.3.6. Método de la lactancia amenorrea (MELA)

Consiste en usar como método anticonceptivo durante los primeros seis meses de vida de la/le/el bebé la lactancia exclusiva, mientras continúe la amenorrea.

4.3.7. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)

- Calendario
- Moco cervical
- Temperatura basal
- Sintotérmico

4.4. Información necesaria para elegir los MAC

En el acompañamiento de la elección y la toma de decisiones es fundamental la información que brinden las personas profesionales del equipo de salud.⁷ Para una **elección autónoma**, la persona profesional debe lograr en la comunicación con la persona usuaria estos ocho objetivos:

7. Ver "Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación" (DSSR, 2019).

1. Compartir la información sobre *cómo funciona* el método.
2. Clarificar cuál es *su eficacia*.
3. Revisar *quién puede y quién no puede usarlo* (criterios médicos de elegibilidad).
4. Transmitir cuál es el *uso correcto* del método, *qué esfuerzos implica* y *qué facilidades* tiene su uso.
5. Explicar cuáles son los *efectos secundarios* y *qué puede hacerse ante su aparición*.
6. Dar cuenta de los *riesgos* y *beneficios* para la salud inherentes al método.
7. Clarificar cuáles son los *signos, síntomas o situaciones de alarma* que requieren una nueva consulta y cómo acceder a la misma.
8. Informar interacciones medicamentosas.
9. Explicar cuáles son las *posibilidades de retorno a la fertilidad* después de la interrupción del método.
10. Informar cómo *protegerse de las ITS*, incluyendo el *VIH*.

Para lograr estos objetivos, la herramienta con que cuentan los equipos 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 y en formatos accesibles para todas las personas, incluyendo a las personas con discapacidad.
- Durante toda la consulta, el eje es alcanzar el cumplimiento de los ocho objetivos sobre información necesaria para elegir un 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 o PCG al año que utilizan un determinado método.

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

Otro aspecto que incide en el uso correcto del método es la calidad del asesoramiento recibido. Las personas usuarias presentan mayor adherencia⁸ y continuidad⁹ en el uso del método cuando lo eligen luego de recibir información completa.

La mayoría de las personas usuarias 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.

4.5. Derechos para el acceso a MAC: Responsabilidades de los equipos de salud

1. Realizar consejería con 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 personas.

8. Adherencia: el grado en el que la conducta de una persona –en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida–, se corresponde con las recomendaciones acordadas con la/e/el profesional sanitaria/e/o. Requiere el consentimiento de la persona paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre profesional y paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud (World Health Organization, 2003).

9. Continuidad: tiempo durante el cual la/e/el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción (Cramer et al., 2008).

Cuadro 4.2.

Eficacia anticonceptiva de los MAC.
Uso habitual, uso correcto y continuidad en el uso.

Método anticonceptivo	% de mujeres o PCG que tienen un embarazo no intencional durante el primer año de uso ^a		% de mujeres o PCG que continúan el uso al año ^c
	Uso típico ^a	Uso perfecto ^b	
Preservativo Vaginal	21	5	41
Preservativo Peneano	18	2	42
Diafragma	12	6	57
Anticonceptivo oral combinado y con progestágeno solo	9	0,3	67
Inyectable combinado ^{**}	3	0,05	56
Parche	9	0,3	67
Anillo vaginal	9	0,3	67
Inyectable solo de progestágeno (AMPD)	6	0,2	56
Implantes subdérmicos	0,05	0,05	84
DIU T con cobre	0,8	0,6	78
DIU con Levonorgestrel	0,2	0,2	82
Ligadura tubaria	0,5	0,5	100
Vasectomía	0,15	0,1	100
Métodos químicos	28	18	42
Método de la lactancia amenorrea ^{***}	0,9	2	
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	24	0,4 - 5 ^{****}	47

Fuente: Trussell, 2011.

a- Entre las parejas que inician el uso típico de un método (no necesariamente por primera vez), el porcentaje de mujeres o PCG que tienen un embarazo accidental durante el primer año si no interrumpen el uso por ninguna otra razón. Los cálculos de la probabilidad de embarazo durante el primer año de uso típico en el caso de los espermicidas y del diafragma provienen de la National Survey of Family Growth (Encuesta Nacional sobre Crecimiento Familiar) de 1995, corregida para tener en cuenta el registro insuficiente de casos de aborto; los cálculos correspondientes a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, al preservativo masculino, a los anticonceptivos orales y al inyectable solo de progestágeno (APDM) provienen de la National Survey of Family Growth de 1995 y 2002, corregida para tener en cuenta el registro insuficiente de casos de aborto (OMS, 2018).

b- Entre las parejas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez) y que lo usan perfectamente (tanto correcta como consistentemente), el porcentaje de mujeres o PCG que tienen un embarazo accidental durante el primer año si no interrumpen el uso por ninguna otra razón.

c- Entre las parejas que tratan de evitar el embarazo, el porcentaje que continúa con el uso de un método durante un año (OMS, 2018).

(*) Trussell J. (2011). Contraceptive Efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M. Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition. New York NY: Ardent Media.

(**) Trussell J. (2004). Contraceptive failure in the United States. Contraception. 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.(1996). Consensus statement: Lactational amenorrea method for family planning. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 54(1): 55–57.

(****) Según el MBCF utilizado.

4. Para los MAC reversibles contar con el consentimiento informado verbal. Consignar en la historia clínica.
5. Para anticoncepción quirúrgica brindar información sobre otros métodos y contar con el consentimiento informado firmado por la persona (Ley 26.130).
6. Las personas adolescentes a partir de los 13 años no necesitan acompañamiento de sus padres ni de otra persona adulta para que se les provean métodos anticonceptivos.¹⁰

Es importante en menores de 15 años que solicitan un MAC, que el equipo de salud tenga una escucha empática, garantice la información completa acerca de los diversos MAC, comente la necesidad de complementar con preservativo para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

10. Atención a niñas y adolescentes menores de 15 años. Nota informativa 4. Octubre 2020. Dirección Nacional de Salud Sexual. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/atencion-ninas-adolescentes-menores-15-nota-4.pdf>

La atención debe ser integral.

Es probable que las niñas o adolescentes menores de 15 años que soliciten un método anticonceptivo no relaten en un primer momento que han sido o están siendo víctimas de violencia, o incluso puede que no perciban violencia en sus relaciones sexuales.*

7. Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los métodos anticonceptivos como todas las personas. Los criterios de acceso a los métodos son los mismos para las personas con o sin discapacidad. En todos los casos es necesario contemplar si la persona necesita y solicita la implementación de medidas de apoyo o tiene apoyo designado judicialmente para actos relativos a su salud.

La implementación de un sistema de apoyos para la toma de decisiones y/o el ejercicio de otros derechos es, en sí mismo, un derecho de todas las personas. No se trata de un requisito para el ejercicio de los derechos y en ningún caso su implementación formal o informal puede suponer una barrera de acceso a las prestaciones requeridas.

Las medidas de apoyo tienen como función promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.¹¹

4.6. 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 sin antecedentes significativos de problemas de salud o cursando una

enfermedad actual se categorizan prácticas recomendadas según evidencia científica (ver Cuadro 4.3. 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 (OMS, 2015)** son una herramienta fundamental para orientar la toma de decisiones respecto a la seguridad de los distintos métodos¹².

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.

4.6.1. 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.

11. Acorde a la Convención de Derechos de PCD y la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación.

12. El "Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos" (OMS, 2015), es un instrumento que facilita el acceso a la información para profesionales del equipo de salud en las consultas. En la presente edición, al final del libro, hay una versión adaptada por AMADA y MSAL.

Cuadro 4.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de MAC

Método anticonceptivo	Anticonceptivos hormonales combinados	Anticonceptivos orales solo de progestágenos	AMPD	Implante	DIU-Lng	DIU-Cu	Métodos de barrera
Examen ginecológico	C	C	C	C	A	A	C
Examen mamario	C	C	C	C	C	C	C
Citología cervical - colposcopia	C	C	C	C	C	C	C
Laboratorio de rutina	C	C	C	C	C	C	C
Pesquisa de ITS	C	C	C	C	B	B	C
Tensión arterial	+	+	+	+	+	C	C
Consejería	A	A	A	A	A	A	A

+ Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar el método. Sin embargo, en algunas circunstancias, no es posible medir la presión arterial. En muchos de estos casos, los riesgos de morbilidad relacionados con el embarazo son altos, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos métodos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar el uso de métodos hormonales a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Fuente: adaptado de "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos". (OMS, 2018).

4.6.2. ¿Cómo descartar un embarazo?

La utilización de la menstruación para descartar un embarazo suele retrasar el inicio de un método anticonceptivo seguro (hasta el momento de la menstruación). Sin embargo, negar el inicio inmediato de un método anticonceptivo puede tener como consecuencia un embarazo no intencional que implica riesgos más serios que los inherentes al uso de anticonceptivos durante el embarazo.

De acuerdo con la OMS, no se conoce ningún daño que se produzca sobre la persona embarazada o el feto por exposición a métodos anticonceptivos hormonales. Por lo tanto, los beneficios

de un incremento en el acceso a estos métodos superan los riesgos asociados a las consecuencias de negar el inicio inmediato de un método anticonceptivo.

El equipo de salud puede tener la **certeza razonable** de que una mujer o PCG **no está embarazada** si no presenta otros síntomas o signos de embarazo y cumple cualquiera de los criterios mencionados a continuación:

- Menstruación típica y en fecha, con MAC seguro y bien utilizado.
- Menstruación típica y en fecha, sin relaciones sexuales desde la FUM.

- Se encuentra en los primeros siete días desde el inicio de una menstruación normal.
- Todavía no pasó la cuarta semana del puerperio (en el caso de no estar amamantando).
- Está amamantando en forma exclusiva y regularmente, tiene amenorrea desde el momento del parto y lleva menos de seis meses de puerperio.

Uso del test de embarazo

Los niveles de hormona gonadotropina coriónica humana (HCG), pueden detectarse en suero o en orina con métodos de distinta sensibilidad. El **test de embarazo de HCG en muestras de orina** es una prueba diagnóstica que ha demostrado una elevada sensibilidad y especificidad.

La prueba está diseñada para detectar concentraciones de 25 UI/ml o mayores en orina. El cuerpo empieza a producir la hormona HCG tan pronto como se produce la implantación a la pared uterina (normalmente, esto ocurre entre 6 y 12 días después de la fecundación). Los valores de la hormona HCG llegan a niveles máximos a las 8 semanas después del período menstrual y luego bajan a niveles inferiores durante el resto del embarazo. Luego del nacimiento los valores bajan rápidamente y vuelven a niveles normales en tres o cuatro días.

No se recomienda realizar una prueba de embarazo en orina antes del primer día de atraso menstrual, ya que en ese momento los niveles de HCG suelen ser bajos y pueden obtenerse resultados falsos negativos.

Las pruebas en orina requieren una retención urinaria de por lo menos 3 horas a fin de eliminar los resultados negativos motivados por la falta de concentración de la muestra. Otro punto a señalar es que una prueba positiva en orina efectuada en las condiciones apropiadas **no necesita confirmación mediante la prueba en**

sangre, siendo suficiente para establecer el diagnóstico. En caso de que el resultado sea negativo, es importante completar el diagnóstico con una completa anamnesis.

Inmediatamente después de un posible aborto no se recomienda utilizar este tipo de test para confirmar o no la continuidad del embarazo porque puede haber aún altos niveles de hormona en orina. Los valores suelen demorar 4 a 6 semanas en normalizarse, después de un aborto. Si se hiciera un control antes, se corre el riesgo de que arroje un falso positivo.

La consulta para acceder a una prueba de embarazo puede ser una oportunidad para:

- Ofrecer un método anticonceptivo seguro, en caso de dar negativo y si la persona no quiere buscar un embarazo.
- Ofrecer consejería en opciones en caso de que dé positivo, con el objetivo que la persona usuaria pueda tomar decisiones autónomas.
- Brindar información sobre acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.
- Si decide continuar con el embarazo, facilitar el acceso temprano a los controles obstétricos.¹⁴

En estas situaciones, es fundamental que el equipo de salud acompañe a la persona, durante todo el proceso de atención fortaleciendo su autonomía, desde el primer momento de la decisión. Reforzar esta autonomía es fundamental en la atención de personas con discapacidad, debido las frecuentes violaciones a sus derechos reproductivos, como abortos forzados, y/o de barreras frente a la decisión de maternar/paternar.

14. Ver "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización 2021" (DNSRR, 2021).

Cuadro 4.4. Comparativo: características de los métodos de la canasta de insumos de la DNSSR

	Preservativo peneano	Preservativo vaginal	Anticonceptivos combinados orales (ACO)	Anticonceptivos orales solo de progestágenos anovulatorios (desogestrel)	Anticonceptivos orales solo de progestágenos no anovulatorios (levonorgestrel/ linestrenol)	Anticonceptivos combinados mensuales (ACI)
Principal mecanismo de acción	Impide el encuentro de óvulos con espermatozoides.	Impide el encuentro de óvulos con espermatozoides.	Anovulación.	Anovulación.	Alteración del moco cervical.	Anovulación.
Cómo se utiliza	Se coloca en el pene erecto antes del coito.	Se coloca en la vagina antes del coito.	Pastilla que se toma vía oral.	Pastilla que se toma vía oral.	Pastilla que se toma vía oral.	Inyección intramuscular profunda en cadera, parte superior de brazo o nalgas.
Frecuencia de uso	En cada práctica sexual.	En cada práctica sexual.	Todos los días a la misma hora. En las presentaciones de 21 comprimidos, se hace una semana de no toma antes de comenzar el siguiente blíster.	Todos los días a la misma hora. Sin pausa entre blísteres.	Todos los días a la misma hora. Sin pausa entre blísteres.	Mensual. Inyección en la misma fecha calendario (mismo número de día) cada mes.
Eficacia	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta.	Alta. Menos dependiente de la persona usuaria que los MAC de toma diaria.
Tiempo para que sea efectivo	Inmediatamente.	Inmediatamente.	7 días de adecuada toma de comprimidos con hormonas. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	7 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	2 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.
Margen de seguridad de la toma/ aplicación	(no corresponde)	(no corresponde)	24 horas.	12 horas.	Bajo: solo 3 horas. Enfatizar la importancia de tomarla en horario.	Puede aplicarse hasta 7 días antes o después de la fecha exacta (3 días de margen es de mayor cuidado).
Prácticas a realizar con nivel de recomendación A antes de iniciar el método	Consejería.	Consejería.	Consejería y control de tensión arterial.	Consejería y control de la tensión arterial.	Consejería y control de la tensión arterial.	Consejería y control de tensión arterial.
Patrones de sangrado	No los cambia.	No los cambia.	El sangrado coincide con la semana de no toma (blíster de 21) o de toma de comprimidos sin hormonas (blíster de 28) y es más escaso. Puede existir sangrado irregular los primeros meses.	Irregularidades en el sangrado e incluso amenorrea.	Irregularidades en el sangrado e incluso amenorrea.	Al principio puede haber sangrado irregular. Luego el sangrado se regulariza. Puede generar amenorrea.
Privacidad	Requiere adherencia de los integrantes de la relación sexual.	Requiere adherencia de los integrantes de la relación sexual.	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.	No existen signos físicos de su uso.
Uso durante la lactancia	Se puede usar sin problema.	Se puede usar sin problema.	No se recomienda durante el período de lactancia.	Se pueden usar sin problemas.	Se pueden usar sin problemas.	No se recomienda durante el período de lactancia.
Uso ante contraindicación de estrógenos	Se puede usar sin problema.	Se puede usar sin problema.	No usar.	En general, se pueden usar.	En general, se pueden usar.	No usar.
Recuperación de la fertilidad	(no corresponde)	(no corresponde)	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.
Protección contra ITS	Alta.	Alta.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.

Fuente: elaboración propia basada en "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos". (OMS, 2018).

	Anticonceptivos inyectables solo de progestágeno (AMPD)	DIU de cobre	DIU-Lng	Implantes	Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)
Principal mecanismo de acción	Anovulación.	Reacción inflamatoria estéril local que es tóxica sobre los espermatozoides.	Alteración del moco cervical y alteración del endometrio.	Anovulación y alteración del moco cervical.	Anovulación en un alto porcentaje.
Cómo se utiliza	Inyección intramuscular profunda en cadera, parte superior de brazo o nalgas.	Dispositivo que se coloca dentro del útero.	Dispositivo que se coloca dentro del útero.	De 1 o 2 varillas, se colocan debajo de la piel de la parte superior e interna del brazo.	Pastilla/s que se toma/n vía oral.
Frecuencia de uso	Trimestral. Cada 90 días o 13 semanas.	Luego de colocado dura hasta 10 años, según el modelo.	Luego de colocado dura 5 años.*	Luego de colocado dura de 3 a 5 años, según el modelo.	Cada vez, luego de la relación sexual con penetración pene-vagina en que no se usó método o falló.
Eficacia	Alta. Menos dependiente de la persona usuaria que otros MAC de toma diaria.	Muy alta. No depende de la persona usuaria.	Muy alta. No depende de la persona usuaria.	Muy alta. No depende de la persona usuaria.	Es más efectiva cuanto antes se tome. Dentro de las primeras 12 horas después de la relación sexual tiene 95 % de eficacia.
Tiempo para que sea efectivo	7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	Inmediatamente luego de colocado. Se recomienda método de respaldo hasta control de que esté en cavidad.	7 días de colocado. Se recomienda método de respaldo por 7 días y hasta que se controle que esté en cavidad.	7 días de colocado. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo.	Sirve para esa situación. No es efectiva como método habitual
Margen de seguridad de la toma/ aplicación	Puede darse hasta 2 semanas antes o 4 después de la fecha indicada (para mayor cuidado no pasarse de 2 semanas).	(no corresponde)	(no corresponde)	(no corresponde)	Puede tomarse hasta el 5° día sin embargo su efectividad va disminuyendo con los días.
Prácticas a realizar con nivel de recomendación A antes de iniciar el método	Consejería y control de tensión arterial.	Consejería y examen ginecológico.	Consejería, examen ginecológico y control de la tensión arterial.	Consejería y control de la tensión arterial.	Facilitar el acceso inmediato, sin turno ni otros requisitos.
Patrones de sangrado	Irregularidades del sangrado 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.	Irregularidades en el sangrado los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente.	Irregularidades en el sangrado especialmente en los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente o irregular.	Puede modificar el sangrado menstrual, adelantándolo o retrasándolo una semana.
Privacidad	No existen signos físicos de su uso.	Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene.	Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene.	Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene.	No existen signos físicos de uso.
Uso durante la lactancia	Se puede usar sin problema. No es de primera elección antes de las 6 semanas posparto.	Se puede usar sin problema. Colocación pos parto: < a 48 hs o a partir de las 4 semanas.	Se puede usar sin problema. Colocación pos parto: < a 48 hs o a partir de las 4 semanas.	Se puede usar sin problema.	Se puede usar sin problema.
Uso ante contraindicación de estrógenos	En general, se pueden usar.	Se puede usar.	Se puede usar.	En general, se puede usar.	Se puede usar.
Recuperación de la fertilidad	Puede haber una demora.	Rápidamente al retirar el dispositivo.	Rápidamente al retirar el dispositivo.	Rápidamente al retirar el implante.	Solo protege o disminuye la posibilidad de embarazo en esa relación sexual sin protección o en la que el método falló.
Protección contra ITS	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.

* Si bien hay estudios que muestran la eficacia del DIU-Lng por ocho años, en nuestro país la ANMAT no ha extendido, a la fecha de esta publicación, su duración anticonceptiva más allá de los cinco años.

Cuadro 4.5. Reemplazo de un MAC por otro

Métodos	ACO	ACI	AMPD
ACO	<p>Reemplazo de un ACO por otro con otra composición con dosis menor de estrógeno (Ej: 30 µg EE a 20 µg EE): 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 pastillas inactivas o no toma. Es probable que durante ese mes no se produzca sangrado. Se hace para garantizar la eficacia anticonceptiva. / Si inicia las nuevas pastillas luego de terminar el blíster completo de 28 comprimidos, o luego de la semana de no toma con blíster de 21 comprimidos, se recomienda usar un método de respaldo (como preservativo) durante la primera semana.</p> <p>Reemplazo por un ACO por otra composición pero con una dosis igual o mayor de estrógeno: se continúa como si se tratara del mismo ACO.</p>	<p>Reemplazo de ACO por ACI: Inmediatamente si usó el ACO de manera correcta y consistente. No precisa esperar hasta el próximo sangrado. No hay necesidad de método de respaldo. Si el cambio se produce en la primer semana de toma de ACO, usar método de respaldo por 7 días.</p>	<p>Reemplazo de ACO por AMPD: Inmediatamente si usó el ACO de manera correcta y consistente. No precisa esperar hasta el próximo sangrado. No hay necesidad de método de respaldo. Si el cambio se produce en la primer semana de toma de ACO, usar método de respaldo por 7 días.</p>
ACI	<p>Reemplazo de ACI por ACO: Comenzar la toma de ACO cuando correspondía la siguiente aplicación del inyectable. No es necesario método de respaldo.</p>		<p>Reemplazo de ACI por AMPD: aplicar el AMPD cuando correspondiera la aplicación de ACI. No hay necesidad de método de respaldo.</p>
AMPD	<p>Reemplazo de AMPD por ACO: Puede iniciarse cuando le correspondía la aplicación de AMPD. Si se comienza hasta 15 semanas después de la última inyección de AMPD, no hay necesidad de método de respaldo.</p>	<p>Reemplazo de AMPD por ACI: Aplicar ACI cuando le correspondiera recibir el que utilizaba. No hay necesidad de método de respaldo.</p>	
Implante	<p>Reemplazo de implante por ACO: Comenzar la toma de las pastillas cuando se realiza la extracción del implante subdérmico. No hay necesidad de método de respaldo.</p>	<p>Reemplazo de implante por ACI: Aplicar el ACI cuando se realiza la extracción del implante subdérmico. No hay necesidad de método de respaldo.</p>	<p>Reemplazo de implante por AMPD: Aplicar la AMPD cuando se realiza la extracción del implante. No hay necesidad de método de respaldo.</p>
AOPS (Minipildora/Desogestrel)	<p>Reemplazo de AOPS por ACO: Comenzar la toma de las pastillas de ACO cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupción). Si la AOPS era minipildora, durante los primeros 7 días de toma de ACO, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo.</p>	<p>Reemplazo de AOPS por ACI: Comenzar la aplicación del inyectable cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupción). Si la AOPS era minipildora, durante los primeros 7 días de aplicada la inyección, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo.</p>	<p>Reemplazo de AOPS por AMPD: Comenzar la aplicación del inyectable cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupción). Si la AOPS era minipildora, durante los primeros 7 días de aplicada la inyección, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo.</p>
DIU-Cu / DIU-Lng	<p>Reemplazo de DIU por ACO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En un plazo de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACO. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACO, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. <ul style="list-style-type: none"> – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento del siguiente sangrado. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado. 	<p>Reemplazo de DIU por ACI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En un plazo de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACI. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACI, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. <ul style="list-style-type: none"> – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado. 	<p>Reemplazo de DIU por AMPD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En un plazo de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AMPD. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AMPD, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. <ul style="list-style-type: none"> – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado.

Métodos	Implantes	AOPS (Minipíldora/Desogestrel)	DIU-Cu / DIU-Lng
ACO	Reemplazo de ACO por implante: Puede insertarse inmediatamente si usó ACO de manera correcta y consistente. No es necesario esperar hasta el próximo sangrado. No hay necesidad de método de respaldo. Si el cambio se produce en la primer semana de toma de ACO, usar método de respaldo por 7 días.	Reemplazo de ACO por AOPS: Iniciar las pastillas al día siguiente de la toma del último comprimido activo del ACO, sin tomar las pastillas inactivas o sin hacer la semana de no toma. Es probable que durante ese mes no se produzca el sangrado. No hay necesidad de método de respaldo.	Reemplazo de ACO por DIU-Cu / DIU-Lng: 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 al siguiente sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.
ACI	Reemplazo de ACI por implante: Insertar el implante en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario método de respaldo. (También se puede colocar el implante algunos días o semanas antes de la fecha en que debía aplicarse el inyectable, para no perder la oportunidad.)	Reemplazo de ACI por AOPS: Comenzar la toma de las pastillas cuando correspondía la aplicación del ACI. No hay necesidad de método de respaldo.	Reemplazo de ACI por DIU-Cu / Lng: Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no hay embarazo. No necesita esperar al sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.
AMPD	Reemplazo de AMPD por implante: El implante debe insertarse en el momento en que debería repetirse la inyección. Si se coloca hasta 15 semanas después de la última inyección de AMPD, no es necesario método de respaldo.	Reemplazo de AMPD por AOPS: Comenzar la toma de las pastillas cuando correspondía la siguiente aplicación. Si se comienza hasta 15 semanas después de la última inyección de AMPD, no hay necesidad de método de respaldo.	Reemplazo de AMPD por DIU-Cu / Lng: Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no hay embarazo. No necesita esperar al sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.
Implante		Reemplazo del implante por AOPS: Comenzar la toma de las pastillas cuando se realiza la extracción del implante. No hay necesidad de método de respaldo.	Reemplazo de implante por DIU-Cu / Lng: Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no haya embarazo. No necesita esperar al siguiente sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.
AOPS (Minipíldora/Desogestrel)	Reemplazo de AOPS por implante: Colocar el implante cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupción). Durante los primeros 7 días de colocado el implante hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo, el preservativo.	Reemplazo de AOSP 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 AOSP de levonorgestrel o linestrenol que se estaba usando (pasar de una a otra sin interrupción). Es necesario utilizar protección adicional por 7 días.	Reemplazo de AOPS por DIU-Cu / Lng: 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 al siguiente sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.
DIU-Cu / DIU-Lng	Reemplazo de DIU por implante subdérmico: • En un plazo de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede colocarse el implante subdérmico. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede colocarse el implante subdérmico, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado.	Reemplazo de DIU por AOPS: • En un plazo de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse la toma. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse la toma, si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado.	Reemplazo de DIU-Cu / Lng por otro DIU-Cu / Lng: 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. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad.

Capítulo 5

Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos

Puntos clave

- ✓ La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone criterios médicos de elegibilidad basados en evidencia científica.
- ✓ Se trata de recomendaciones, no de normas estrictas, que sirven para orientar la toma de decisiones sobre diversos anticonceptivos según las condiciones de salud de cada persona usuaria.
- ✓ Estos criterios permiten el uso de los métodos anticonceptivos de forma segura para las personas usuarias. .



5.1. Criterios médicos de elegibilidad según la OMS

A través de los *Criterios médicos de elegibilidad* (CME) 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 sobre 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 personas usuarias

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, anticoncepción quirúrgica, anticonceptivos de emergencia, método de lactancia y amenorrea (MELA), y métodos con menor efectividad, como los basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF), los métodos químicos y el coito interrumpido.

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, 2009 y 2015 (5ª 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.

Los Criterios médicos de elegibilidad se aplican para el uso de MAC de mujeres, adolescentes y otras personas con capacidad de gestar.

5.2. 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 5.1.

- 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 persona y el método que está eligiendo. Respecto de las PCD

es importante valorar con ellas para la elección del método las preferencias de la persona, así como la condición de la discapacidad en relación con las características específicas del método. Es decir, tanto la condición clínica de la persona así como el modo en que la condición de la discapacidad pudiera afectar la adherencia a los diferentes métodos.

Como la OMS señala “Por ejemplo, la utilización de algunos métodos de barrera puede resultar difícil para personas con destreza manual reducida; los anticonceptivos orales combinados tal vez no sean un método adecuado para mujeres con mala circulación o extremidades inmóviles, aun en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas, debido a un mayor riesgo de trombosis venosa profunda (TVP); y otros métodos serán preferibles para personas con discapacidades intelectuales o de salud mental que tienen dificultad para recordar la toma diaria de medicamentos. En el caso de mujeres que tienen dificultad con la higiene íntima durante la menstruación, también deberá considerarse el impacto del método anticonceptivo en los ciclos menstruales” (OMS, 2015; 2018). Teniendo en cuenta estos elementos, la elección del MAC es siempre de la persona usuaria.

Cuadro 5.1.

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 inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Fuente: Criterios médicos de elegibilidad (OMS, 2015).

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 5.2. 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 de adherencia.	No usar el método.
4	No debe usarse el método.	

Fuente: Criterios médicos de elegibilidad (OMS, 2015).

5.2.1. Categorías para la anticoncepción quirúrgica¹

No hay ningún trastorno médico que restrinja de manera absoluta la elegibilidad de una persona para la anticoncepción quirúrgica, 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 profesionales y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia 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 persona usuaria o si hay cualquier otro retraso.

5.3. Situación de las personas con discapacidad

Respecto de las PCD, muchas veces no se les ofrecen métodos anticonceptivos debido a falsas creencias de que son personas asexuadas o incapaces de decidir sobre su vida sexual y reproductiva. Esto es falso y produce discriminación y sufrimiento. Es una buena práctica **ofrecer a las PCD, como a todas las personas, consejería en MAC en todas las consultas de salud**, con el criterio de no perder oportunidades.

Al brindar información respecto de los MAC es necesario no solo considerar la condición clínica de la persona sino evaluar con ella cómo la condición de discapacidad puede dificultar o no la adherencia a los diferentes métodos anticonceptivos según las características de los mismos.

Es central destacar que las PCD tienen la misma dignidad y derecho para decidir acceder o negarse a acceder a todos los métodos anticonceptivos. Respecto de la anticoncepción quirúrgica es fundamental remarcar, ante la denuncia de esterilizaciones forzadas a personas con discapacidad en todo el mundo, que siempre la persona es la titular del derecho, y quien debe dar su consentimiento informado para la realización de la práctica. Es

1. Ver Capítulo 11 Anticoncepción quirúrgica.

obligación del equipo de salud garantizar que la persona pueda manifestar su voluntad en forma autónoma, como resultado del proceso de consentimiento informado.

5.4. 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 5.3. 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 con las letras I y C, **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 5.3. 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 consultar:
Resumen ejecutivo de Criterios médicos de elegibilidad (OMS, 2015), en castellano:

<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07> en español.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> en inglés

Criterios médicos de elegibilidad, aplicación en inglés:

<https://www.who.int/news/item/29-08-2019-new-app-for-who-s-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use>

Notas del cuadro 5.3, pág. 77

* Considerar criterios para posparto (amamantando o no, incluido postcesárea).

** Considerar criterios para lactancia y posparto (no amamantando).

I. El DIU-Cu y el DIU-Lng son categoría 2 hasta los 20 años.

II. En mujeres o PCG de 45 años o más el AMPD es categoría 2.

III. Si bien para la OMS (2015), la AMPD es categoría 3, según los criterios de elegibilidad del Reino Unido (UK, 2016) y del CDC de EEUU (2016), el AMPD es categoría 2. La recomendación de la DSSR es que se evalúe la

posibilidad, si la persona elige este método, de que utilice otro de manera temporaria, y vuelva a colocarse el AMPD a las 6 semanas o se retire con el mismo y las indicaciones para su aplicación a las 6 semanas pos parto. Si no existen otras posibilidades, puede evaluarse colocárselo antes del alta.

IV. Si presenta otros factores de riesgo de TEV es categoría 4. Otros posibles factores de riesgo para TEV: antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a

30 kg/m², hemorragia posparto, preeclampsia, tabaquismo.

V. Si presenta otros factores de riesgo de TEV, es categoría 3. Otros posibles factores de riesgo para TEV: antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, preeclampsia, tabaquismo.

VI. Con lactancia, es categoría 2.

Cuadro 5.3.

Resumen: Criterios de elegibilidad de la OMS 2015 para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

		ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU-Cu	DIU-Lng	
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Edad	Desde la menarca a los 18 años	1	1	1	2	1	2	2
		Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1	1	1i	1i
		Desde los 40 años y más	2	2	1	1/2 ii	1	1	1
	Nulíparas	1	1	1	1	1	2	2	
	Lactancia	Hasta 6 semanas posparto	4	4	2	3iii	2	*	*
		6 semanas hasta 6 meses posparto	3	3	1	1	1	*	*
		6 meses posparto a más	2	2	1	1	1	*	*
	Posparto (no amamantando)	Menor a 21 días	3/4 iv	3/4 iv	1	1	1	*	*
		Entre 21 días y 42 días	2/3v	2/3v	1	1	1	*	*
		Mayor a 42 días	1	1	1	1	1	*	*
	Posparto (amamantando o no, incluido post cesárea)	Menor a 48 h	**	**	**	**	**	1	1/2vi
		Entre 48 h y 4 semanas	**	**	**	**	**	3	3
		Mayor a 4 semanas	**	**	**	**	**	1	1
		Sepsis puerperal	**	**	**	**	**	4	4
	Posaborto	Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1
		Segundo trimestre	1	1	1	1	1	2	2
		Inmediatamente después de un aborto séptico	1	1	1	1	1	4	4
	Tabaquismo	Edad menor a 35 años	2	2	1	1	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MENOS de 15 cigarrillos al día	3	2	1	1	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MÁS de 15 cigarrillos al día	4	3	1	1	1	1	1
	Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m ²)	2	2	1	1	1	1	1	

Cuadro 5.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS 2015 para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

		ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU-Cu	DIU-Lng	
2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad mayor, fumar, DBT,H TA, obesidad, dislipemia, etc.)	3/4 ^{III}	3/4 ^{III}	2	3	2	1	2	
	Hipertensión	Historia de presión alta donde no se puede evaluar la tensión arterial	3	3	2	2	2	1	2
		Antecedentes de HTA con presión controlada y se puede evaluar	3	3	1	2	1	1	1
		Máxima entre 140 y 159, mínima entre 90 y 99	3	3	1	2	1	1	1
		Máxima mayor de 160 y/o mínima mayor de 100	4	4	2	3	2	1	2
	Antecedente de HTA durante el embarazo con TA actual normal		2	2	1	1	1	1	1
	Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar	Antecedentes	4	4	2	2	2	1	2
		Aguda	4	4	3	3	3	1	3
		Con tratamiento anticoagulante	4	4	2	2	2	1	2
	Trastorno venoso superficiales	Várices	1	1	1	1	1	1	1
		Trombosis venosa superficial	2	2	1	1	1	1	1
	Cirugía menor sin inmovilización		1	1	1	1	1	1	1
	Mutaciones trombogénicas conocidas (factor V de Laden, mutación del gen de la protrombina, deficiencia de proteína S, C, antitrombina, etc.)		4	4	2	2	2	1	2
	Cardiopatía isquémica o ACV (actuales o antecedentes)		4	4	I:2/C:3	3	I:2 /C: 3	1	I: 2/C: 3
Dislipidemia diagnosticada sin otro factor de riesgo cardiovascular ^{IX}		2	2	2	2	2	1	2	

* Considerar criterios para parto (amamantando o no, incluido poscesárea).

** Considerar criterios para lactancia y parto (no amamantando).

I. El DIU-Cu y el DIU-Lng son categoría 2 hasta los 20 años.

II. En mujeres o PCG de 45 años o más el AMPD es categoría 2.

III. Si bien para la OMS (2015), la AMPD es categoría 3, según los criterios de elegibilidad del Reino Unido (UK, 2016) y del CDC de EEUU (2016), el AMPD es categoría 2. La recomendación de la DSSyR es que se evalúe la posibilidad, si la persona elige este método, de que utilice otro de manera temporaria, y vuelva a colocarse el AMPD a las 6 semanas o se retire con el mismo y las indicaciones para su aplicación a las 6 semanas post parto. Si no existen otras posibilidades, puede evaluarse colocárselo antes del alta.

IV. Si presenta otros factores de riesgo de TEV es categoría 4. Otros posibles factores de riesgo para TEV: antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, preeclampsia, tabaquismo.

V. Si presenta otros factores de riesgo de TEV, es categoría 3. Otros posibles factores de riesgo para TEV: antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, preeclampsia, tabaquismo.

VI. Con lactancia, es categoría 2.

Cuadro 5.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS 2015 para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

			ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU-Cu	DIU-Lng
3. ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS	Trastornos tiroideos	Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	1
		Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	1
	Diabetes	Sin enfermedad vascular y NO insulino dependiente	2	2	2	2	2	1	2
		Sin enfermedad vascular e insulino dependiente	2	2	2	2	2	1	2
		Neuropatía/ retinopatía/ nefropatía	3/4 ^x	3/4 ^x	2	3	2	1	2
		Otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución	3/4 ^x	3/4 ^x	2	3	2	1	2
4. TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	Epilepsia (ver interacciones medicamentosas)		1	1	1	1	1	1	1
	Cefaleas ^{xii}	No migrañosas	I:1/C:2	I:1/C:2	1	1	1	1	1
		Migraña sin aura en menores de 35 años	I:2/C:3	I:2/C:3	I:1/C:2	2	2	1	2
		Migraña sin aura en mayores de 35 años	I:3/C:4	I:3/C:4	I:1/C:2	2	2	1	2
		Migraña con aura	4	4	I:2/C:3	I:2/C:3	I:2/C:3	1	I:2 / C: 3

VII. Cuando una mujer o PCG 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. Sin embargo, la simple adición de categorías para múltiples factores de riesgo (por ejemplo, una combinación de 2 factores de riesgo asignados a una categoría 2) puede no necesariamente garantizar una categoría más alta. Es necesaria una evaluación de cada situación singular.

VIII. Si se está programando una cirugía con inmovilización prolongada se sugiere suspensión de los anticonceptivos previo a la cirugía.

IX. No son necesarios los estudios de lípidos de rutina para el uso seguro de MAC.

X. La categoría depende de la severidad de la condición.

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

Cuadro 5.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS 2015 para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

		ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU-Cu	DIU-Lng	
5. INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO	Miomas uterinos	1	1	1	1	1	1 / 4 ^{xii}	1 / 4 ^{xii}	
	Cánceres	Cáncer de mama	4 / 3 ^{xiii}	4 / 3 ^{xiii}	4 / 3 ^{xiii}	4 / 3 ^{xiii}	4 / 3 ^{xiii}	1	4 / 3 ^{xiii}
		Historia familiar de cáncer de mama	1	1	1	1	1	1	1
		Cáncer cervicouterino (diagnosticado)	2	2	1	2	2	I: 4/ C: 2	I: 4/ C: 2
		Cáncer de ovario	1	1	1	1	1	I: 3/ C: 2	I: 3/ C: 2
	Neoplasia intraepitelial cervical	2 ^{xiv}	2	1	2 ^{xiv}	2	1	2 ^{xiv}	
	Hemorragia genital inexplicada (antes de la evaluación)	2	2	2	3	3	I: 4/ C: 2	I: 4/ C: 2	
	Enfermedad inflamatoria pélvica	Actual	1	1	1	1	1	I: 4/ C: 2 ^{xv}	I: 4/ C: 2 ^{xv}
		Pasada	1	1	1	1	1	1/ 2 ^{xvi}	1/ 2 ^{xvi}
	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Gonorrea y clamidiasis u otras formas de cervicitis purulenta	1	1	1	1	1	I: 4 C: 2	I: 4 C: 2
		Otras ITS y vaginitis	1	1	1	1	1	2	2
		Alto riesgo de ITS	1	1	1	1	1	I: 2/ 3 ^{xvii} C: 2	I: 2/ 3 ^{xvii} C: 2
		Infección por VIH estadio 1 o 2	1	1	1	1	1	2	2
Infección por VIH estadio 3 o 4		1	1	1	1	1	I: 3/ C: 2	I: 3/ C: 2	
6. ENFERMEDADES DEL HIGADO	Tumor hepático benigno	Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	2	1	2
		Adenoma hepatocelular	4	3	3	3	3	3	1
	Tumor hepático maligno	4	3/ 4	3	3	3	3	1	3
	Hepatitis viral	Hepatitis aguda o exacerbación	I: 3 / 4 ^{xviii} / C: 2	I: 3 / C: 2	1	1	1	1	1
		Portadora de hepatitis viral o hepatitis crónica	1	1	1	1	1	1	1
	Cirrosis	Leve (compensada)	1	1	1	1	1	1	1
		Grave (descompensada)	4	3	3	3	3	3	1
	Antecedente de colestasis	Relacionada con el embarazo	2	2	1	1	1	1	1
Relacionada con los anticonceptivos orales		3	2	2	2	2	2	1	2

Cuadro 5.3. RESUMEN: Criterios de elegibilidad de la OMS 2015 para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos

		ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU-Cu	DIU-Lng	
7. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	Antibióticos	Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	
		Rifampicina o rifabutina	3 ^{XIX}	2	3 ^{XIX}	1	2 ^{XIX}	1	1
	Antifúngicos / antiparasitarios		1	1	1	1	1	1	1
	Anticonvulsivantes	Fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato	3 ^{XIX}	2	3 ^{XIX}	1	2 ^{XIX}	1	1
		Lamotrigina	3 ^{XX}	3	1	1	1	1	1
	Antiretrovirales***	Inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa	1	1	1	1	1	I: 2/3 ^{XXI} C:2	I: 2/3 ^{XXI} C:2
		Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa	1/2 ^{XX}	1/2 ^{XIX}	1/2 ^{XIX}	1	1/2 ^{XIX}	I: 2/3 ^{XXI} C:2	I: 2/3 ^{XXI} C:2
		Inhibidores de la proteasa potenciados u otros esquemas que incluyan cobicistat o ritonavir	2 ^{XIX}	2 ^{XIX}	2 ^{XIX}	1	2 ^{XIX}	I: 2/3 ^{XXI} C:2	I: 2/3 ^{XXI} C:2
		Inhibidores de la integrasa (excepto elvitegravir/cobicistat)	1	1	1	1	1	I: 2/3 ^{XXI} C:2	I: 2/3 ^{XXI} C:2

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).
 AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito (anticonceptivo solo de progestágeno inyectable trimestral).
 AOPS: Anticonceptivo oral de progestágeno solo (incluye minipildora y desogestrel).
 DIU-Cu: Dispositivo intrauterino con cobre.
 DIU-Lng: Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.

INICIO Y CONTINUACIÓN

- I: Inicio del método
 C: Continuación del método

XII. Si existe distorsión de la cavidad uterina es categoría 4.

XIII. Si es actual es categoría 4. Sin evidencia de enfermedad por un mínimo de 5 años es categoría 3.

XIV. En aquellas mujeres o PCG con infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), el uso prolongado de ACO o AMPD (≥ 5 años) puede aumentar el riesgo de carcinoma in situ y carcinoma invasivo. También existe una preocupación teórica de que el uso de DIU-Lng pueda acelerar la progresión de la NIC. (OMS, 2015). Es por esta razón que la DNSSR plantea la necesidad de recomendar enfáticamente a las personas que usan estos métodos por períodos prolongados realizar controles de tamizaje (PAP o Test de VPH) para la prevención del cáncer de cuello uterino según las recomendaciones del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino.

XV. 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.

XVI. Si no ha tenido embarazos después del episodio de EPI, es categoría 2.

XVII. Evaluar cada caso en particular según las prácticas sexuales de la persona así como la prevalencia de las ITS a nivel local. En los casos en que se evalúe un alto riesgo de ITS para esa persona, es posible insertar el DIU luego del testeo y el tratamiento adecuado si fuera necesario.

XVIII. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.

******* Para información detallada sobre la conducta a adoptar en el uso de MAC con cada ARV, consultar Capítulo 17.

XIX. Estudios farmacocinéticos sugieren interacciones farmacológicas entre estos métodos anticonceptivos hormonales y estas drogas que pueden reducir la efectividad anticonceptiva. Considerar rotar TARV a inhibidores de la integrasa, si no fuera posible considerar emplear otro método anticonceptivo alternativo.

XX. La recomendación es no utilizar anticonceptivos hormonales cuando la lamotrigina es administrada con otras drogas inhibitorias o fuertemente inductoras del metabolismo como el valproato de sodio o la carbamazepina.

XXI. VIH Estadio 1 o 2 de la OMS es categoría 2 para inicio y continuación. VIH Estadio 3 o 4 de la OMS es categoría 3 para inicio y categoría 2 para continuación.

Capítulo 6

Métodos de barrera

Puntos clave

- ✓ Prácticamente no tienen contraindicaciones. Pueden ser utilizados por la mayoría de las personas, en cualquier momento de la vida.
- ✓ Para una mejor eficacia anticonceptiva requieren un uso correcto en cada acto sexual. También se necesita motivación para su uso consistente.
- ✓ Si la persona tiene alguna discapacidad motora es necesario evaluar estrategias para hacer posible su uso.
- ✓ El preservativo peneano y el vaginal también son muy efectivos en la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

En la elaboración de este capítulo colaboraron, en edición 2023 José Barletta, Sergio Martini, Nicolás Linares y Julia Recchi, de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DRVIHYT), Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, Subsecretaría de Estrategias Sanitarias, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. En edición 2014: Silvana Vulcano



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 el preservativo peneano (conocido tradicionalmente como masculino), el preservativo vaginal (conocido tradicionalmente como femenino) y el diafragma.

Los preservativos, vaginal y peneano, además, protegen contra las infecciones de transmisión sexual.

Métodos de barrera:

1. Preservativo peneano
2. Preservativo vaginal
3. Diafragma vaginal

En este capítulo se explicarán, además, las características de los protectores bucales o campos de látex, por su relevancia en prevenir la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones¹ de transmisión sexual (ITS), si bien no son métodos anticonceptivos.

1. Son ejemplos de otras ITS: chlamydia, gonorrea, sífilis, herpes, tricomoniasis, linfogranuloma venéreo, infección por VPH y vaginosis bacteriana.

6.1. Preservativo peneano

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.
- ✓ Es el método con el que se facilita la “doble protección”, evita la transmisión de ITS cuando se utiliza conjuntamente con otro método anticonceptivo.
- ✓ Para sostener una buena eficacia anticonceptiva y preventiva de ITS, requiere del uso correcto en cada acto sexual.
- ✓ Requiere de alta motivación para su uso correcto y para sostener la adherencia.
- ✓ Es muy accesible y de distribución gratuita en el sistema de salud.
- ✓ 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.



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

Al igual que el preservativo vaginal, también reduce la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Prevención de ITS y VIH en la consejería:

- En el momento de conversación con las personas usuarias es posible combinar la información que se brinda sobre métodos anticonceptivos con la relativa al VIH y las ITS.
- Recordar que todas las personas sexualmente activas están potencialmente expuestas a la transmisión del VIH y otras ITS. Para prevenirlas, el uso del preservativo debe promoverse en todas las prácticas sexuales con posibilidad de transmisión, incluyendo las vaginales, anales y orales.
- A su vez, puede enfatizarse que todas las personas que mantienen relaciones sexuales se benefician del uso del preservativo por la seguridad que brinda, en la medida en que es bien utilizado.

Puntos relevantes a tener en cuenta en la consejería sobre el uso del preservativo:

a. No siempre es posible para las personas negociar con sus parejas 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 las personas 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 sexual en relación con su uso, alertar sobre la necesidad de “negociar” y brindar argumentos. 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 la sensación de empoderamiento 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 la posibilidad de lesiones y de rotura del preservativo; o en penetraciones vaginales con poca lubricación, por ejemplo durante la posmenopausia, el uso de lubricantes mejora el grado de satisfacción en las relaciones sexuales, lo que aumenta la adherencia al uso del preservativo.

c. “Pareja estable” no es lo mismo que “sexo seguro”.

Es necesario problematizar con las personas usuarias nociones tales como “pareja estable”, “promiscuidad”, “confianza”, “es una persona conocida”, “no parece que...”. Estas representaciones obstaculizan el ejercicio de prácticas de autocuidado en las relaciones sexuales, y colocan a las personas en situaciones de vulnerabilidad. Ser vulnerable en este sentido, significa tener poco o ningún control sobre la posibilidad de transmisión de VIH y otras ITS.

d. Puede enfatizarse el uso del preservativo asociado a otro método.

Entregar preservativos junto con el método anticonceptivo elegido por la persona y brindar información sobre su uso correcto para la prevención del VIH y otras ITS es un modo de promover la "doble protección".

e. 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 las personas usuarias que ensayen en una maqueta.

En situaciones de diversidad funcional motora en que la condición dificulte la colocación del preservativo (por ejemplo: no tener brazos o manos, tener brazos más cortos, parálisis o movilidad reducida, o alguna otra condición) será fundamental buscar conjuntamente estrategias para lograrlo. Estas pueden incluir: el entrenamiento, la inclusión de la pareja sexual para la colocación del preservativo, la asistencia de otra persona, etc.

f. Es conveniente aprovechar la oportunidad para brindar información sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).

Presentar la AHE a las personas usuarias como herramienta disponible para evitar un embarazo en caso de falla en el uso del preservativo o de no haberlo utilizado. Se recomienda entregarla en forma preventiva, para que la persona la tenga en su casa en caso de emergencia. También, debe informarse dónde y cómo obtenerla y entregar folletería informativa sobre AHE¹.

g. 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 y prejuicios de quienes integran el equipo de salud en relación con "quién puede y quién no infectarse con el VIH" para evitar que esas representaciones obstaculicen el derecho de las personas a recibir información y atención de calidad. 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.

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

6.1.1. 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. Evita además el contacto de la mucosa genital con las secreciones vaginales, rectales, el semen y el fluido preseminal.

6.1.2. 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, 2 embarazos cada 100 mujeres o PCG por año.

Con el uso habitual: 18 embarazos por cada 100 mujeres o PCG 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.

6.1.3. Recuperación de la fertilidad

No afecta la fertilidad.

6.1.4. Protección contra las ITS/VIH

Los preservativos proporcionan protección sumamente eficaz contra la infección por VIH y otras ITS.

1. Ver Capítulo 7. Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).

El uso consistente de preservativo reduce en un 60 a 80 % el riesgo de infección por chlamydia y gonococo. Ofrece menos protección contra el herpes, VPH, sífilis y otras ITS que pueden transmitirse a través del contacto cutáneo entre las partes del cuerpo no cubiertas por el preservativo. Es decir, 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 fuera de la vagina o del cuello uterino.

6.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Todas las personas que mantienen relaciones sexuales pueden usar el preservativo. En situaciones de diversidad funcional motora en que la condición dificulte la colocación y retiro del preservativo será fundamental buscar conjuntamente estrategias para lograrlo.

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 vaginales que son de material sintético. En personas 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 látex").

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

6.1.6. 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 persona usuaria personas 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 personas usuarias pueden retirar o adquirir los preservativos.
- En cada consulta es importante incentivar su uso adecuado, dar oportunidad para hablar de los posibles problemas que esté teniendo en la negociación de su utilización.
- 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.

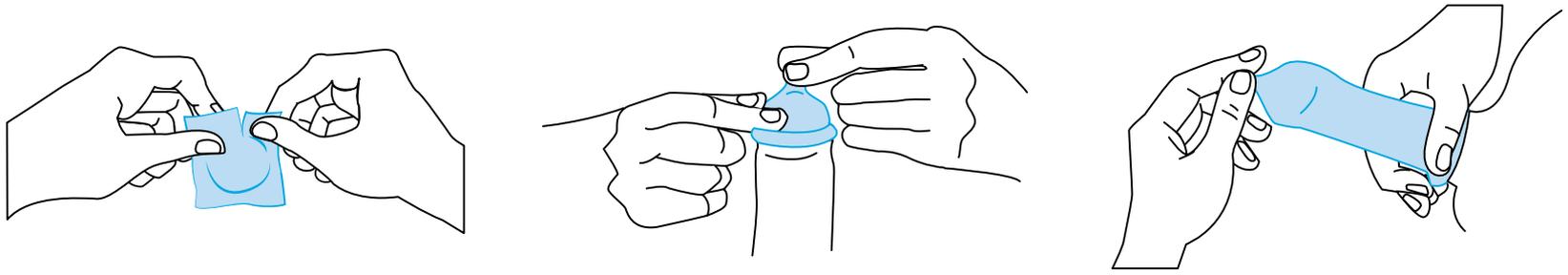
6.1.6.1. Cómo utilizar el preservativo

Los preservativos peneanos 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. En personas con discapacidad visual hay que considerar con ellas estrategias para chequear la fecha de vencimiento antes del uso.
3. Revisar el envase. No usar si está roto o dañado.
4. Abrir el envase con los dedos: evitar los dientes y objetos que puedan dañar el preservativo.
5. Verificar para qué lado se desenrolla antes de apoyar sobre el pene.

Figura 6.1. Pasos en la utilización de preservativos peneanos



Fuente: elaboración propia, 2014

6. Antes de cualquier contacto físico con los genitales, ano o boca de la otra persona colocar el preservativo.
7. Colocar sobre el pene erecto, inmediatamente después de alcanzar la erección.
8. Al colocarlo, es importante apretar la punta para que no quede aire y se pueda contener ahí el semen eyaculado. Desenrollar bien el preservativo hasta la base del pene en erección.
9. 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 se va perdiendo la erección), tratando de que no se derrame esperma.
10. Hacer un nudo al preservativo y estirarlo para corroborar que no se haya roto.
11. Los preservativos son desechables, no deben usarse nuevamente. Si se vuelve a tener relaciones sexuales o si se pasa de una práctica sexual penetrante a otra, por ejemplo, de sexo anal a vaginal, debe usarse un nuevo preservativo (con esto se evita transferir bacterias del ano a la vagina que pueden provocar infecciones).

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

6.1.6.2. 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: secreción vaginal natural, 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.



Fuente: elaboración propia, 2014

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 propia lubricación. También es recomendable el uso luego de la menopausia, cuando hay aumento de la sequedad vaginal. O en otras situaciones en las que por cualquier motivo exista sequedad vaginal.

6.1.6.3. Dificultades en el uso del preservativo

Las dificultades pueden ser o no debidas al método:

- Los preservativos pueden afectar la satisfacción de las personas usuarias o sus parejas sexuales 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 la persona usuaria como para la persona 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.

Dificultades para negociar el uso del preservativo.

- El uso del preservativo requiere de la cooperación de las personas que integran la relación sexual. 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 sus parejas sexuales. Se puede invitar a que vuelvan juntos a la consulta.

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 se está recibiendo este tratamiento, recomendar el uso de otro método anticonceptivo o la abstención de coito vaginal durante el tratamiento.

6.1.7. ¿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:

Si la mujer, adolescente, u otra persona con capacidad de gestar (PCG). 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.²

Contemplar el uso de profilaxis posexposición para VIH (PEP), y la profilaxis para otras ITS.

El factor tiempo es central: la efectividad de la anticoncepción de emergencia y la PEP disminuye significativamente con el tiempo transcurrido desde el evento. El uso de PEP no está indicado luego de las 72 horas de la exposición.

En caso de consultas por rotura o no uso de preservativo, se sugiere ofrecer en forma rutinaria el testeo basal para VIH (previo consentimiento informado) y otras ITS (incluyendo sífilis, hepatitis B, hepatitis C), además del test de embarazo.

La comunicación fluida entre los miembros de la pareja sexual, y que ambos tengan información sobre la AHE y la prevención de ITS y VIH, contribuye 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 personas usuarias 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.

6.1.7.1. Profilaxis posexposición para VIH (PEP)³

La PEP es una herramienta de prevención que consiste en el uso de antirretrovirales para reducir el riesgo de infección luego de una situación de exposición potencial al virus. La PEP tiene típicamente una duración de 28 días y consiste en una combinación de 3 drogas antirretrovirales.

Está recomendada si el material biológico involucrado y el tipo de exposición implican riesgo de transmisión del VIH ([ver Cuadro 6.1](#)), si el tiempo transcurrido es menor a 72 horas y si la persona tiene un test no reactivo para VIH.

2. [Ver Capítulo 7 Anticoncepción hormonal de emergencia \(AHE\)](#).

3. [Ver Profilaxis Posexposición para el VIH en personas adultas. Recomendaciones abreviadas para equipos de salud. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina, 2019.](#)

Cuadro 6.1.

Materiales biológicos y tipos de exposición con posibilidad de transmisión de VIH

Tipo de material de acuerdo a su capacidad de transmitir el VIH		Tipo de exposición de acuerdo a la posibilidad de transmisión de VIH	
Materiales CON capacidad de transmisión del VIH	Materiales SIN capacidad de transmisión del VIH	Exposiciones CON riesgo de transmisión del VIH	Exposiciones SIN riesgo de transmisión del VIH
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre. • Semen y fluido preseminal. • Fluidos vaginales/rectales. • Leche humana. • Cualquier otro fluido corporal visiblemente sanguinolento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Saliva. • Secreciones respiratorias. • Vómito. • Lágrimas. • Sudor. • Orina. • Materia fecal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percutánea. • Mucosas (anal, vaginal, oral, ocular, etc.). • Cutáneas en piel no intacta. • Mordeduras con presencia de sangre de la persona fuente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cutáneas sobre piel intacta. • Mordeduras sin presencia de sangre.

Fuente: Profilaxis Posexposición para el VIH en personas adultas. Recomendaciones abreviadas para equipos de salud. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina, 2019.

En exposiciones por vía sexual, la indicación de PEP debe ser independiente del carácter consentido o no de la relación sexual, o de si la exposición se produjo por rotura o por no uso del preservativo.

Conocer, cuando sea posible, la serología para VIH de la persona fuente facilita la evaluación de la indicación de PEP, pero no constituye un requisito para su indicación.

En ningún caso debe esperarse el resultado de las pruebas de laboratorio ni serologías basales de la persona expuesta para el inicio de PEP cuando esté indicada. De cualquier forma, contar con la utilización de test rápidos para VIH es una situación deseada y posible en los servicios sanitarios.

Indetectable = Intransmisible (I=I) significa que no existe riesgo efectivo de transmisión del VIH por vía sexual de personas que reciben tratamiento antirretroviral (TARV) y mantienen una carga viral no detectable en forma sostenida. En este sentido, no se recomienda el uso de PEP en exposiciones por vía sexual en casos en los que la persona fuente reciba TARV efectivo y tenga documentada la supresión virológica sostenida. En exposiciones

por vía sexual, se recomienda el uso de PEP si la persona fuente no recibe TARV efectivo, tiene una carga viral detectable y/o existieran dudas fundadas sobre su adherencia al TARV.

La PEP no tiene efectividad y no está indicada si transcurrieron más de 72 horas luego de la exposición.

Cuando la PEP esté indicada, se recomienda el uso de tenofovir DF/emtricitabina o tenofovir DF/lamivudina 1 comprimido cada 24 horas asociado a (en orden de preferencia) dolutegravir 50 mg cada 24 horas o darunavir/ritonavir 800/100 mg cada 24 horas. A diferencia de otras combinaciones que se utilizaban previamente, los esquemas actualmente recomendados tienen gran efectividad y tolerabilidad y una muy baja tasa de discontinuación por eventos adversos.

En todos los casos en los que la PEP esté indicada se recomienda la realización de una rutina de laboratorio (incluyendo hepatograma y función renal) y el testeo basal de VIH (previo consentimiento informado) y otras ITS (incluyendo sífilis, hepatitis A, hepatitis B y C) además del testeo de embarazo.

La PEP es una medida efectiva y segura para reducir el riesgo de infección por VIH y no hay motivo para restringir su prescripción en personas que la soliciten con frecuencia. En personas con exposiciones repetidas, sin embargo, se sugiere una valoración integral, respetuosa de la autonomía y con una perspectiva de prevención que permita acordar con la persona usuaria las medidas más apropiadas, incluyendo -entre otras intervenciones- el uso de profilaxis preexposición para el VIH cuando estuviera disponible.

Para mayor información, conocimiento sobre el algoritmo de seguimiento recomendado en personas que reciben PEP y sobre el uso de PEP en otros escenarios (por ejemplo accidentes cortopunzantes, personas con enfermedad renal, etc.), se recomienda consultar la Guía de recomendaciones para equipos de salud sobre el uso de profilaxis posexposición para el VIH, de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

6.1.8. Efectos secundarios

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

• **Leve irritación vaginal, peneana o en la zona durante o luego del uso del preservativo:** en estos casos, descartar la presencia de una infección o ITS que requiera tratamiento en ambos miembros de la pareja sexual. Recomendar cambiar a otra marca de preservativos y usar lubricantes, agua limpia o saliva para reducir el rozamiento causante de la irritación. Si no existe infección, pero la irritación continúa 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 VIH y otras ITS.

• **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 y geles lubricantes deben entregarse a quien los solicite, sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, ni ninguna otra condición.
- La dispensa de preservativos es gratuita en hospitales y centros de salud del sistema público. Están dentro del Plan Médico Obligatorio con una cobertura del 100% en obras sociales y prepagas.
- No requieren receta para su entrega.
- No debe solicitarse DNI ni otra identificación.
- No se requiere consentimiento de ninguna persona adulta para la provisión de preservativos a adolescentes.
- Deben entregarse varias unidades a cada persona, o puede colocarse un dispenser para que la población los retire libremente, sin restricción de cantidad.
- Junto a los preservativos puede entregarse AHE, para que la persona la tenga en el botiquín de su hogar ante cualquier urgencia.

6.2. PRESERVATIVO VAGINAL

Puntos clave

- ✓ Es un método controlado por la mujer o toda persona con vagina.
- ✓ Protege contra VIH y otras ITS pero solo en prácticas de sexo vaginal.
- ✓ Se utiliza uno en cada relación sexual.
- ✓ Puede colocarse previamente a la relación y no es necesario retirarlo inmediatamente.
- ✓ No requiere prescripción médica.
- ✓ Está hecho de un material sintético (nitrilo) y permite ser utilizado sin inconvenientes por las personas alérgicas al látex. Contiene lubricante a base de silicona.
- ✓ Puede requerir alguna práctica para su uso correcto. Al adquirir experiencia se hace más fácil introducir y retirar el preservativo de la vagina.



El **preservativo vaginal** es una funda 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 personas usuarias 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 peneano de látex durante la relación sexual. No es ajustado ni aprieta. No disminuye la sensibilidad.

Han existido dos tipos de condones vaginales: el FC1 (de su sigla en inglés, Female Condon) y el FC2.

El FC1, realizado de poliuretano (plástico), ya no se produce. Fue reemplazado por el FC2, que está hecho de látex sintético y permite ser utilizado sin inconvenientes por las personas alérgicas al látex natural.

El preservativo vaginal fortalece la autonomía de quien lo usa, ya que al colocarse sobre su propio cuerpo, requiere una menor negociación de su utilización con la otra persona. Si se utiliza preservativo vaginal no está recomendado el uso simultáneo del preservativo peneano ya que la fricción puede producir la rotura de alguno de los métodos.

6.2.1. Mecanismo de acción

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

6.2.2. Eficacia anticonceptiva

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

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

Con el uso típico: 21 embarazos por cada 100 mujeres o PCG por año.

6.2.3. Recuperación de la fertilidad

No afecta la fertilidad.

6.2.4. Protección contra las ITS/VIH

El preservativo vaginal brinda protección efectiva contra VIH y otras ITS. Previene de las infecciones vinculadas al contacto con fluidos y brinda mayor protección frente a las vinculadas al contacto piel con piel (herpes, sífilis, VPH).

6.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Puede ser utilizado por todas las personas con vagina, en cualquier momento de la vida, incluso por las personas alérgicas al látex ya que están elaborados con materiales sintéticos. No tiene contraindicaciones.

6.2.6. Administración del método

6.2.6.1. Cómo utilizar el preservativo vaginal

Los preservativos vaginales 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 persona usuaria cómo introducir el preservativo en la vagina.

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.

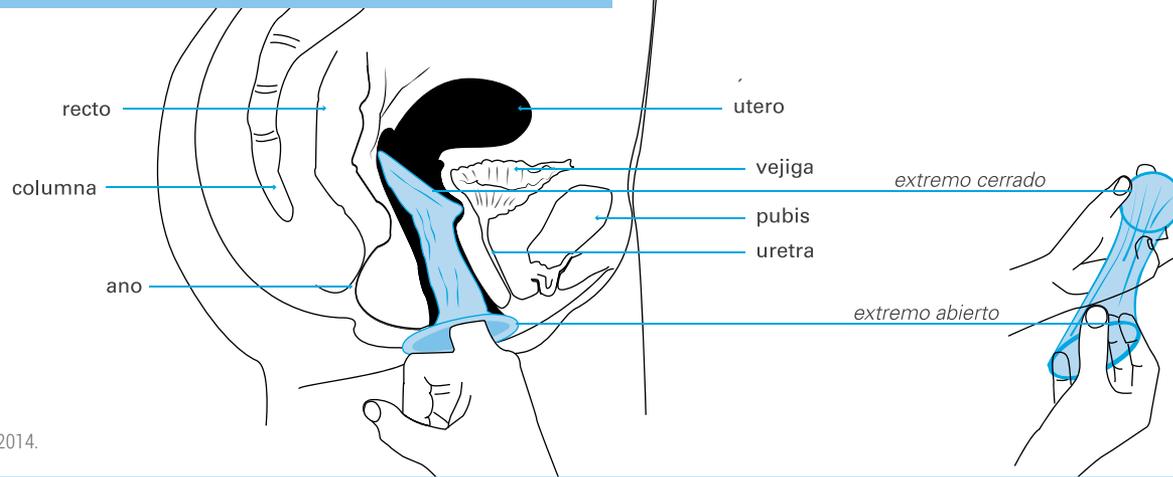
En situaciones de diversidad funcional motora (por ejemplo: no tener brazos o manos, tener brazos más cortos, parálisis o movilidad reducida, o alguna otra condición) puede ser un método de difícil utilización. Si aún la persona elige este método, será fundamental buscar conjuntamente estrategias para posibilitar su uso.

Puede colocarse más temprano, de modo que no interrumpa el momento del encuentro, y no es preciso retirarlo inmediatamente después.

Los pasos a seguir son:

1. Usar un preservativo vaginal 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 las 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. También en el caso de que se usen dildos en forma compartida.
13. Si accidentalmente se expulsa el preservativo fuera de la vagina o si se empuja hacia adentro, colocarlo otra vez en su sitio.

Figura 6.2. Colocación del preservativo vaginal



Fuente: elaboración propia, 2014.

- 14.** Para retirarlo, sostener el aro externo del preservativo, girarlo para sellar dentro los fluidos y, suavemente, retirarlo de la vagina.
- 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 tapan la cañería.
- 18.** Para orinar con el preservativo vaginal insertado se debe empujar el anillo exterior un poco hacia atrás antes de orinar y volver a posicionarlo correctamente antes de mantener relaciones sexuales.

Para usar durante la menstruación se debe insertar justo antes de la relación sexual y quitarlo apenas termine.

6.2.6.2. Dificultades en el uso del preservativo vaginal

Existen tres tipos de dificultades posibles:

- **Dificultad para la colocación:** en este caso repreguntar a la persona cómo lo está colocando 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 o dildo se introduzca entre el preservativo y la vagina. Al igual que con el uso del preservativo peneano, cuando hay fallas en el uso, se recomienda la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE). Para la prevención de VIH e ITS, ver cap. 6. Profilaxis posexposición para VIH (PEP):

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

6.3. Diafragma vaginal

Puntos clave

- ✓ Se usa en cada relación sexual.
- ✓ Su eficacia es moderada.
- ✓ No provoca efectos secundarios sistémicos.
- ✓ Puede ser controlado por la mujer, o persona con vagina, 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).
- ✓ En personas con diversidad funcional motora puede ser dificultoso su uso.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.



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 persona profesional de la salud con entrenamiento debe medir cuál es el que se ajusta a cada persona.
Se utiliza con gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia.

6.3.1. Mecanismo de acción

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

6.3.2. Eficacia anticonceptiva

Con el uso correcto: 6 embarazos por cada 100 mujeres o PCG por año.
Con el uso habitual: 12 embarazos por cada 100 mujeres o PCG por año

6.3.3. Recuperación de la fertilidad

No afecta la fertilidad.

6.3.4. Protección contra las ITS/VIH

El diafragma no protege contra el VIH y otras ITS.

6.3.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Puede ser utilizado por casi todas las personas con capacidad de gestar en cualquier momento de la vida.
No deben utilizarlo aquellas personas con alteraciones anatómicas que impidan su colocación.

Luego de un parto 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.

En personas con diversidad funcional motora, (por ejemplo: no tener brazos o manos, tener brazos más cortos, parálisis o movilidad reducida, o alguna otra condición), puede ser dificultosa su colocación. Será necesario evaluar con la persona usuaria.

Criterios de elegibilidad:

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

- Historia de síndrome de shock tóxico.
- Infección por VIH⁴.
- Alergia al látex (esto no se aplica a diafragmas de plástico).

Situaciones en las que el uso de diafragma (con espermicida) *está contraindicado* (categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS).

- Alto riesgo de infección por VIH, debido al uso conjunto con el espermicida⁴.

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

6.3.6. Administración del método

6.3.6.1. Cómo utilizar el diafragma

Medición por una persona profesional de salud entrenada.

Para medir el diafragma que necesita la persona usuaria, existen aros reesterilizables, de distintos diámetros, que la/le/el profesional coloca en la vagina. 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 persona usuaria no debería sentir nada dentro de su vagina, ni siquiera mientras camina o durante la relación sexual.

Colocación del diafragma por parte de la persona 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. Es recomendable 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 entrecierran 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 pos 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 persona usuaria en colocarse y quitarse el diafragma, más fácil será el uso del método.

6.3.7. Efectos secundarios

- En personas con predisposición, puede producir infecciones urinarias.
- Los espermicidas o el látex pueden provocar reacciones alérgicas.
- El uso frecuente de espermicidas (nonoxinol-9) puede incrementar el riesgo de lesiones genitales, lo que a su vez, puede aumentar las posibilidades de transmisión de VIH y de otras ITS.

6.4. Campo de látex

Puntos clave

- ✓ Son también conocidos como “protectores bucales” o “barrera de látex”.
- ✓ No son métodos anticonceptivos.
- ✓ Se usan para la práctica de sexo oral, vaginal o anal como protección contra el VIH y otras ITS.
- ✓ No requieren prescripción médica.
- ✓ Pueden ser usados por todas las personas.



El campo de látex se coloca entre la boca y la zona genital o anal con el fin de disminuir la transmisión de VIH y otras ITS 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 su uso en el sexo oral, tanto en el contacto boca-ano, boca-vulva o vagina.

Siempre que exista penetración anal o vaginal sin preservativo o sexo oral sin protección, existe la posibilidad de transmisión de VIH y otras ITS.

La posibilidad de transmisión del VIH por vía sexual es menor para prácticas orales que para relaciones anales o vaginales sin preservativo. Sin embargo, el sexo oral puede ser una forma de transmisión, especialmente si hay posibilidad de contacto con sangre (por ejemplo, durante la menstruación).

6.4.1. Mecanismo de acción

Actúan de barrera entre la boca de una de las personas y el ano, la vulva o la vagina de la otra persona.

6.4.2. Presentación

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

- No se recomienda el uso del papel film (para envolver alimentos) como método de barrera para las relaciones sexuales orales ya que existen distintos tipos de calidad y porosidad en los materiales y en esta variedad no son todos efectivos.

- Los protectores bucales odontológicos, también llamados campos de látex o barreras bucales, son rectángulos hechos de látex, originalmente diseñados para proteger la cavidad dental. Estos campos tienen un grosor mayor de látex que el de los preservativos peneano o vaginal, y pueden utilizarse en el sexo oral.

6.4.3. Protección contra el VIH y otras ITS

Similar a la de los preservativos.

6.4.4. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Puede ser utilizado por todas las personas, en cualquier momento de la vida. Si la persona tiene alguna discapacidad motora evaluar estrategias para hacer posible su uso.

6.4.5. Cómo utilizar el campo de látex

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).

6.4.6. Efectos secundarios

No tienen ninguno, excepto en personas usuarias alérgicas al látex (Ver Capítulo 6. Preservativos peneanos).

Capítulo 7

Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)

Puntos clave

- ✓ Impide o retrasa la ovulación. Cuanto antes se tome, mayor será su efectividad.
- ✓ Se recomienda entregar AHE preventivamente junto con los métodos de corta duración, y los de barrera, y explicar su uso.
- ✓ No tiene contraindicaciones. No presenta riesgos para la salud. Se pueden usar las veces que sean necesarias.
- ✓ En caso de que el embarazo ya se haya producido, la AHE no lo interrumpe.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS.



7.1. Características

Toda persona en edad fértil podría necesitar **anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)** en algún momento de su vida para evitar un embarazo luego de una relación sexual sin protección. La AHE ofrece a las personas una importante segunda oportunidad para prevenir el embarazo.

La AHE es un método hormonal de progestágeno (levonorgestrel) para ser utilizado en forma posterior a una relación sexual sin protección o ante una falla del método anticonceptivo. Es la última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo, es por eso que se llama anticoncepción de emergencia. Es efectiva, segura y simple de usar.

La anticoncepción hormonal de emergencia, existe en nuestro país en dos posibles presentaciones.

- Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg. por un comprimido.
- Levonorgestrel (LNG) 0,75 mg. por dos comprimidos.

Otros métodos de anticoncepción de emergencia son.

- La píldora anticonceptiva de emergencia con acetato de ulipristal: (AUP): Dosis única: 1 comprimido de 30 mg. No se encuentra disponible en nuestro país.
- El DIU de cobre como anticoncepción de emergencia: la OMS recomienda su colocación dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Es un método de AE (anticoncepción de emergencia) eficaz que reduce el riesgo de embarazo en más de un 99 % (OMS, 2018)¹.

7.1.1. Mecanismo de acción

El principal mecanismo anticonceptivo de la AHE de Lng es **bloquear o alterar la ovulación**. Según estudios científicos disponibles, 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

1. Para mayor información sobre el uso del DIU-Cu en anticoncepción de emergencia, (Ver Capítulo 10, Dispositivos intrauterinos.)

retarda la ovulación mediante la inhibición del pico preovulatorio de hormona luteinizante (LH), impidiendo de esta manera la maduración y liberación del óvulo.

Además puede evitar que el espermatozoide y el óvulo se encuentren al afectar el moco cervical y la motilidad y/o la capacidad de los espermatozoides para unirse al óvulo. Estos dos mecanismos, anovulación (principalmente) y espesamiento del moco cervical, contribuyen a impedir el encuentro óvulo-espermatozoide, evitando así la fecundación.

Si se toma luego del pico de LH (o sea, el día de la ovulación o después de la misma), no evita el embarazo: 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

7.1.2. Eficacia anticonceptiva

La eficacia depende del momento del ciclo en que se utilice y del tiempo transcurrido desde la relación sexual no protegida. 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.

En personas con obesidad la AHE puede ser menos efectiva, por lo que se recomienda que en personas con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² o peso mayor a 80Kg. se use una doble dosis de AHE de Lng.^{3,4,5}

Asimismo, los inductores de las enzimas hepáticas CYP450 pueden reducir la efectividad. Estos incluyen los medicamentos contra el VIH efavirenz y ritonavir, ciertos medicamentos para la tuberculosis y la epilepsia, y medicamentos que contienen hierba de San Juan. Si una persona usa alguna de estas drogas y necesita AHE se le debe ofrecer una dosis doble de Lng (3 mg).

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.

7.1.3. Recuperación de la fertilidad

Solo 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.

7.1.4. Protección contra el VIH y otras ITS

La AHE no ofrece ninguna protección contra el VIH y otras ITS. En caso de relaciones sin protección se sugiere ofrecer en forma rutinaria el testeo basal para VIH (previo consentimiento informado) y otras ITS (incluyendo sífilis, hepatitis B, hepatitis C).

2. Para mayor información consultar: Anticoncepción de urgencia. OMS 2021. disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>

3. La evidencia disponible hasta la publicación de esta guía es escasa y controversial respecto a la estrategia de duplicar la dosis en personas con peso mayor a 80 kg. o IMC >30 kg/m². Teniendo en cuenta que la AHE es una medicación de uso seguro, sin contraindicaciones y con efectos secundarios leves, y que otras guías internacionales de referencia sostienen tal indicación, la DNSSR recomienda continuar con el ofrecimiento de doble dosis en esos casos, hasta tener mayor evidencia científica disponible.

4. Edelman AB, et al. Impact of obesity on the pharmacokinetics of levonorgestrel-based emergency contraception: single and double dosing. *Contraception* 2016;94:52–57.

5. Edelman AB, et al. Double Dosing Levonorgestrel-Based Emergency Contraception for Individuals With Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2022;10:97. Disponible en: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-ceu-statement-response-to-endler-2022-july-2022/>

Contemplar además, según la situación, la administración de profilaxis posexposición (PEP) para VIH y para otras ITS. El tiempo es central para la PEP. Su uso no está indicado luego de las 72 horas de la exposición.

Para más información (Ver Capítulo 6, apartado Profilaxis posexposición para VIH).

7.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

La AHE puede ser tomada sin riesgos, sin importar la edad, incluso por las personas 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.

En personas con Índice de Masa Corporal (IMC) >30kg/m², peso mayor a 80 kg, y personas con TARV con Efavirenz pueden utilizar el método pero deben ajustar dosis. (Ver Cap 7, apartado 1.2. Eficacia anticonceptiva)

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: la AHE puede ser usada sin restricciones (categoría 1) o con beneficios que superan los riesgos (categoría 2). Pueden usarla, incluso (categoría 2), personas con historia de cardiopatía grave (que incluye cardiopatía isquémica, evento cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos), personas con migraña y con enfermedad hepática grave.

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 ni altera el peso al nacer.⁶

7.2. 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: falla del preservativo (se salió, deslizó o rompió); si se desplazó el diafragma; uso incorrecto de un método anticonceptivo basado en el conocimiento de la fertilidad; olvido de la toma de las pastillas anticonceptivas⁷; expulsión de DIU; atraso en la colocación de la anticoncepción inyectable.⁸
3. Ante una *violación*, si la persona no estaba usando algún método regularmente.⁹

6. Resumen clínico: Píldoras anticonceptivas de emergencia. International consortium for emergency contraception y FIGO. Diciembre de 2018.

7. Ver apartados 8.1.6.5. y 9.1.6.4 sobre olvido de la toma en los capítulos 8 y 9.

8. Ver apartados 8.2.6.4. y 9.2.6.4 sobre retraso en la aplicación en los capítulos 8 y 9.

9. Ver: Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Aprobado por la Resolución ministerial 2003/2021 del Ministerio de Salud de la Nación. Actualización 2021.

7.3. Uso reiterado de AHE

Es importante brindar información sobre la no conveniencia de adoptar la AHE como método habitual. La eficacia anticonceptiva está relacionada solo 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 y dificultar el adecuado seguimiento de algunos métodos. Asimismo, su nivel de efectividad es menor que el de los métodos anticonceptivos de uso habitual.

El uso frecuente de la AHE, cuando está utilizándose otro método anticonceptivo, requiere de nuevas conversaciones sobre las dificultades que la persona 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.

Tras la administración de AHE, se puede reanudar el uso del método anticonceptivo o comenzar a usar cualquier anticonceptivo de inmediato, incluido el DIU de cobre.

7.4. Administración de AHE

Existen dos formas de lograr AHE:

Con levonorgestrel y con pastillas anticonceptivas combinadas.

Con levonorgestrel existen dos formas de presentación:

- **Levonorgestrel de 1,5 mg 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).

- **Levonorgestrel de 0,75 mg en dos dosis** (un comprimido cada 12 horas o los dos comprimidos juntos).¹⁰

7.4.1. Alternativas para lograr AHE

Cuando no se dispone de levonorgestrel, se puede recurrir al **método Yuzpe**, que consiste en tomar pastillas anticonceptivas combinadas (ACO) en una cantidad y frecuencia determinada. (Ver cuadro 7.1).

Anticonceptivo oral	Dosis
30 µg etinilestradiol (0,03 mg)	4 comprimidos cada 12 h (2 tomas) Total: 8 comprimidos
20 µg etinilestradiol (0,02 mg)	5 comprimidos cada 12 h (2 tomas) Total: 10 comprimidos
15 µg etinilestradiol (0,015 mg)	7 comprimidos cada 12 hs. (2 tomas) Total: 14 comprimidos

Fuente: elaboración propia basada en Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington: CCP y OPS, 2019.

10. 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.

Consideraciones particulares para el equipo de salud sobre AHE:

Las acciones que facilitan la accesibilidad a la AHE suelen enfrentar a las personas 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**.¹¹ 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 situaciones de vulnerabilidad social) 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**.

En personas que utilizan métodos de corta duración (anticonceptivos orales, inyectables, preservativos) es clave la entrega de AHE en forma preventiva (junto con preservativos), para que la persona pueda disponer de la AHE en caso de ser necesaria.

11. Ver: J. Pediatr Adolesc Gynecol (2005) 18:347-354 Advance Supply of Emergency contraception: 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.

7.4.2. 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 personas usuarias y de la posibilidad de disponer de las pastillas de AHE cuando las necesiten. Por eso es clave la administración inmediata cuando la persona usuaria la demanda, y la entrega en forma preventiva a las personas que usan MAC usuaria dependientes (como preservativo, ACO, AOPS, ACI, AMPD, entre otros).

7.4.3. Efectos secundarios

Los efectos secundarios son poco frecuentes y no constituyen un riesgo para la salud. Cuando se entrega la AHE es conveniente brindar esta información 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 personas 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 se presentan vómitos dentro de las 2 horas de haber tomado las pastillas, se debe repetir la dosis.

- **Dolor abdominal**.

- **Fatiga**.

- **Cefalea**.

- **Dolor en las mamas similares a la tensión premenstrual**.

- **Mareos**.

7.5. 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 de la persona usuaria (ACO, ACI, métodos de barrera, métodos relacionados con la fertilidad de la mujer o PCG, 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.

7.6. Posibilidad de disponer del método: accesibilidad

La AHE puede entregarse preventivamente en las consejerías integrales o en la consultas. La provisión de AHE puede efectuarse a cualquier persona que pueda requerirlo. **La edad no es un factor condicionante** de la posibilidad de usar AHE. Las personas adolescentes a partir de los 13 años pueden demandar de manera autónoma (sin el acompañamiento de una persona adulta) la provisión de AHE (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud).

Cuando una persona refiere haber tenido una situación de sexo sin protección **es obligación de todo el equipo de salud médico y no médico, tanto en el consultorio como en la guardia, ofrecer AHE siempre.**

La AHE debe estar disponible durante todo el horario de funcionamiento del efector de salud, y debe entregarse sin ningún requerimiento ante la demanda.

Por disponible se entiende no solo 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) 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 entrega a quienes la necesiten.

El trabajo colaborativo entre profesionales en medicina, enfermería y en general todo el equipo de salud, que incluye activamente a personas administrativas, mejora la posibilidad de garantizar la disponibilidad y el acceso.

7.7. 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 intencional**, 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 persona 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.
- A partir de los 13 años puede accederse a la AHE en forma autónoma.
- 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 persona usuaria puede solicitar más información, que debe ser brindada.
- Es clave para su efectividad la entrega de AHE en forma preventiva a las personas que usan MAC usuaria dependientes (como preservativo, ACO, AOPS, ACI, AMPD, entre otros).
- Obras sociales y prepagas están obligadas también a entregarla.
- Es de venta libre, puede comprarse en la farmacia sin receta.¹²
- 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.

12. Resolución 1062/2023 Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/287480/20230531>

Capítulo 8

Métodos hormonales combinados

Puntos clave

- ✓ Están compuestos por derivados de hormonas: estrógeno y progesterona.
- ✓ Disminuyen el sangrado y el dolor asociado al mismo.
- ✓ Están contraindicados en personas que no pueden recibir estrógenos.
- ✓ Se recupera la fertilidad en forma inmediata cuando se suspende su uso.
- ✓ No protegen contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.



Introducción

Los anticonceptivos hormonales, desarrollados en la década de 1960, son los métodos anticonceptivos (MAC) modernos más utilizados en todo el mundo. Están compuestos por derivados de hormonas: estrógeno y progesterona. Existe una gran variedad de anticonceptivos combinados que presentan diferentes combinaciones y concentraciones de los derivados de estas dos hormonas. Su mecanismo de acción consiste en inhibir el eje hormonal de las personas con capacidad de gestar de tal manera que no se produzca la ovulación.

La anovulación se logra a partir de una fuerte inhibición de la hormona folículoestimulante (FSH) 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 sangrados más regulares durante la semana en que no se ingiere el anticonceptivo, semana de no toma.

Clasificación según vía de administración:

Orales: anticonceptivos combinados orales (ACO)

Inyectables de aplicación mensual: anticonceptivos combinados inyectables (ACI)

Parches transdérmicos

Anillos vaginales (AVC)

1. Ver [Figura 3.3. Ciclo menstrual](#) en el [Capítulo 3 Anatomía y fisiología de los órganos genitales](#).

2. Ver [Capítulo 3 Anatomía y fisiología de los órganos genitales](#).

8.1. Anticonceptivos combinados orales (ACO)

Puntos clave

- ✓ Es un método de corta duración.
- ✓ Las presentaciones de ACO disponibles actualmente usan derivados del estrógeno y la progesterona a bajas dosis.
- ✓ Es un método anticonceptivo hormonal de administración 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 que no son perjudiciales.
- ✓ En la consulta pueden entregarse blísteres de ACO para varios meses de manera segura.
- ✓ Se recomienda una consulta anual de seguimiento, que incluya control de la tensión arterial, después de comenzar a usar este método.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.



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.

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 en presentación vía oral.
- 17beta Estradiol.

Asociados a alguno de los siguientes gestágenos:

- Acetato de ciproterona
- Norgestrel - levonorgestrel
- Desogestrel - norgestimato - gestodeno
- Drospirenona
- Dienogest
- Acetato de nomegestrol

En la actualidad se utilizan los anticonceptivos denominados de baja dosis, con concentraciones de etinilestradiol (EE) de 35, 30, 20 o 15 microgramos (μg). El valerato de estradiol se utiliza en dosis de 2 mg. Y el 17beta Estradiol en dosis de 1,5 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 cuatrfásico 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 olvidos⁴.

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 inactivos o sin hormonas; o 24 comprimidos activos + 4 inactivos.

8.1.1. Mecanismo de acción

El mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. Para mantener la inhibición del eje hormonal 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.

4. En caso de presentarse una persona 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.

Inicio del efecto anticonceptivo: se requieren 7 días de toma correcta de pastillas (comprimidos activos) para garantizar el efecto anticonceptivo.

8.1.2. 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 o PCG que utilizan ACO en el correr del primer año (3 por 1.000 personas).

Con el uso habitual: se producen cerca de 9 embarazos cada 100 mujeres o PCG que utilizan ACO en el correr del primer año.

8.1.3. 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.

8.1.4. Protección contra el VIH y otras ITS

Los ACO no ofrecen ninguna protección contra el VIH y otras ITS.

8.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Como regla general, cualquier persona con capacidad de gestar sana y joven, o mayor de 35 años 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 de los Criterios de elegibilidad de la OMS). Es importante, al momento de conversar con las personas usuarias, identificar estas situaciones y evaluar con ella el uso de otro método o asesorar el cambio de método en una persona que ya lo venía utilizando.

Para las personas con mala circulación o extremidades inmóviles (aún en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas) debido a un mayor riesgo de TVP, es importante evaluar su contraindicación y recomendar otras opciones anticonceptivas (OMS, 2018). Esto incluye, por ejemplo, a personas con discapacidad motora y/o personas usuarias de silla de ruedas.

Son preferibles otros métodos para personas con discapacidades intelectuales o de salud mental que tengan dificultades para recordar la toma diaria (OMS, 2018).

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 entre las 6 semanas y los 6 meses posparto.
- En el período posparto menor a 21 días, sin lactancia y sin otros factores de riesgo para tromboembolismo venoso (TEV).
- Mayores de 35 años fumadoras de menos de 15 cigarrillos/día.
- Con múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor, tabaquismo, diabetes, e hipertensión).⁵

5. Cuando la persona 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.

6. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.

- Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluye hipertensión en embarazos).
- 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.
- Hepatitis aguda o exacerbación si inicia el método.⁷
- Interacciones medicamentosas: rifampicina o rifambutina. 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 posparto.
- Posparto menor de 21 días sin lactancia y con otros factores de riesgo para TEV (como antecedente de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión de sangre durante el parto, índice de masa corporal mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, pos cesárea inmediato, preeclampsia, tabaquismo).
- Mayores de 35 años, fumadoras de más de 15 cigarrillos/día.
- Diabetes con más de 20 años de evolución o con neuropatía, con retinopatía, con nefropatía, u otra enfermedad vascular.⁸
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (fumadora, diabética, hipertensa, mayor de 40).⁹
- 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.

7. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.

8. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.

9. Cuando la mujer o PCG 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.

- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Enfermedad cardíaca isquémica (infarto del corazón) actual o pasada.
- Mujeres o PCG con ACV actual o pasado.
- Mujeres o PCG con valvulopatías complicadas.
- Mujeres o PCG con migraña con aura.
- Mujeres o PCG mayores de 35 años con migraña sin aura, para continuación del método.
- Mujeres o PCG con cáncer de mama actual.
- Mujeres o PCG con hepatitis viral aguda, para inicio del método.¹⁰
- Cirrosis descompensada.
- Tumor del hígado (adenoma hepatocelular y hepatocarcinoma).

Interacciones medicamentosas

(Ver Cuadro 8.3. Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados).¹¹

8.1.6. Administración del método

Requisitos previos para utilizar un anticonceptivo hormonal combinado:

*Requisitos indispensables:
La Organización Mundial de la Salud (OMS 2015) recomienda para suministrar ACO: realizar consejería, historia clínica y control de tensión arterial.¹²*

La OMS recomienda tomar la presión arterial antes de iniciar la toma de métodos hormonales. Si esta medición no está disponible, no debe invalidarse necesariamente la posibilidad de utilizar un anticonceptivo hormonal, ya que la morbimortalidad de un embarazo es mayor que la del método en sí. Siempre es conveniente tener en cuenta la situación singular de la persona, el contexto y sus posibilidades.

Solicitud de otros estudios:

Algunas personas 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 un requisito en sí mismo para iniciar el MAC**, ni motivo para postergar o negar su entrega.

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

10. La categoría se valorará de acuerdo a la severidad de la condición.

11. Para información adicional consultar Criterios de elegibilidad de la OMS, 5ª edición, 2015.

12. Ver Cuadro 4.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de métodos anticonceptivos, en el Capítulo 4 Métodos anticonceptivos (MAC) - Generalidades.

Los antecedentes clínicos y el examen físico 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.

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 persona usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método.
- Iniciar la consulta con los intereses, las inquietudes y dudas que traen las personas 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.
- Trabajar estrategias para recordar la toma, según las particularidades de la persona. Suele ser recomendable que se asocie la toma con rutinas (como el cepillado de dientes). Otra posibilidad es la utilización de carteles o alarmas y aplicaciones de celular.
- Si la persona usuaria es ciega o tiene disminución visual, para facilitar su autonomía en el uso de este método, es recomendable la presentación de 21 pastillas ya que no requiere la diferenciación de las activas e inactivas.

8.1.6.1. Modo de toma de 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:** se debe tomar uno por día, siempre en el mismo horario. Al finalizar el blíster, por 7 días no hay

que realizar toma de pastillas. Durante este período de 7 días de no toma debería aparecer el sangrado (Ver Figura 8.1. Forma de administración de los ACO de 21 comprimidos)¹³.

En el octavo día se reinicia un nuevo blíster, aunque continúe el sangrado. Si no se comienza el nuevo blíster el octavo día, debe considerarse como un olvido de la primera semana (ver más adelante).

13. Una opción para facilitar que la persona recuerde cuándo comenzar el siguiente blíster es indicarle que memorice el día de la semana en que inició el primer comprimido del blíster (por ejemplo martes), luego que tome todo el blíster y haga la semana de no toma. Al martes siguiente, debe reiniciar la toma con un nuevo blíster.

Figura 8.1. Forma de administración de los ACO de 21 comprimidos

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

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				

Fuente: elaboración propia basada en Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington: CCP y OPS, 2019.

- **Envase o blíster de 28 comprimidos (24+4 o 21+7):** se debe tomar un comprimido por día, siempre en el mismo horario, comenzando por los comprimidos activos. Una vez terminado el envase debe reiniciar uno nuevo al día siguiente, en forma inmediata. En lugar de realizar el período de no toma, en este caso se toman los comprimidos inactivos (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 inactivos o durante el inicio del siguiente blíster. Si la persona usuaria tiene discapacidad visual, es importante generar una estrategia para que pueda identificar los comprimidos inactivos. O evaluar la opción de utilizar la presentación de 21 comprimidos.

En ambos casos, de presentación de 21 o de 28 comprimidos:

- Es importante respetar la hora de toma de la píldora.
- Durante los 7 días de no toma o durante la toma de los comprimidos inactivos, 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, como solía decirse, "descansar".



8.1.6.2. Inicio de la toma¹⁴

Si bien se puede empezar en cualquier momento del ciclo, se recomienda iniciar el primer día de la menstruación (primer día del ciclo). De esta manera, los ACO son efectivos 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 hay embarazo ([Ver Capítulo 4, Apartado 6.2 ¿Cómo descartar un embarazo?](#)). En este caso se debe utilizar, además, un anticonceptivo de barrera (preservativo) durante los 7 primeros días de toma. Recién a partir del comprimido n° 8 de toma continua, la eficacia anticonceptiva está garantizada.

14. Las recomendaciones para inicio y cambio de método son las mismas para ACO, parches o anillos vaginales.

8.1.6.3. Anticoncepción inmediata posaborto

Luego de un aborto, sea de primer o segundo trimestre, puede iniciarse en forma inmediata el uso de ACO. En estos casos, no es necesario proporcionar una protección anticonceptiva adicional.

8.1.6.4. Cambio de método¹⁵

Reemplazo de un anticonceptivo oral combinado (ACO) por otro con otra composición o dosis:

- Si se pasa de un ACO a otro con menor dosis de estrógeno (Ej: 30 µg EE a 20 µg EE), iniciar la toma de las nuevas pastillas al día siguiente de la toma del último comprimido activo del ACO. Es decir que si se venía utilizando el blíster de 28 comprimidos, no se deben tomar los comprimidos inactivos; y si se venía utilizando el blíster de 21 comprimidos, no se debe realizar la semana de no toma. Es probable que durante ese ciclo no se produzca sangrado. Se hace para garantizar la eficacia anticonceptiva. Si inician las nuevas pastillas luego de terminar el blíster completo de 28 comprimidos, o la semana de no toma (en caso de blíster de 21 comprimidos), se recomienda usar un método de respaldo¹⁶ (por ejemplo, preservativo) durante la primera semana.

- Si se pasa de un ACO a otro con mayor dosis de estrógeno, o a otro con otra composición pero igual dosis de estrógeno: se continúa como si se tratara del mismo ACO que se venía utilizando.

Reemplazo de ACO por AOPS (desogestrel o minipíldora): iniciar las pastillas de desogestrel o minipíldora al día siguiente de la toma del último comprimido activo de ACO (sin tomar los comprimidos inactivos o la semana de no toma). Es probable que durante ese mes no haya sangrado. No es necesario utilizar otro método anticonceptivo de respaldo.

Reemplazo de ACO por inyectable trimestral o mensual: aplicar el inyectable inmediatamente, no precisa esperar al sangrado. No es necesario un método de respaldo. Si el cambio se realiza en la primera semana de toma de pastillas, se recomienda agregar método de respaldo por 7 días.

Reemplazo de ACO por implantes subdérmicos: si se ha utilizado el ACO en forma correcta y consistente los implantes pueden insertarse de inmediato. No es necesario un método de respaldo. Si el cambio se realiza en la primera semana de toma de pastillas, se recomienda agregar método de respaldo por 7 días.

Reemplazo de ACO por DIU-Cu o DIU-Lng: se puede colocar el DIU inmediatamente, no se necesita esperar al sangrado. Se recomienda usar preservativo u otro método de respaldo hasta verificar que la colocación fue exitosa (que el dispositivo está en la cavidad uterina).

8.1.6.5. Olvido de la toma

Frente al olvido de la toma, debe considerarse:

- Si el olvido es de un comprimido activo: 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 activos o más: la eficacia anticonceptiva puede estar disminuida y puede no inhibir adecuadamente la ovulación¹⁷. En este caso, deberá considerarse en qué semana fue el olvido. En todos los casos de olvido de pastillas activas, tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque esto implique tomar dos pastillas el mismo día o al mismo tiempo, y continuar tomando las siguientes pastillas en el horario habitual. Esta conducta reducirá la posibilidad de aparición de pequeños sangrados por motivo del olvido.

15. Se desarrolla aquí el cambio de ACO a los métodos anticonceptivos más utilizados. En el Cuadro 4.5. figuran otros métodos así como el cambio de otros métodos a ACO.

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

17. En esta Guía se sigue la conducta ante olvidos de anticonceptivos orales combinados indicada en las Guías de Reino Unido (UK, 2020). disponibles en <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-ceu-guidance-recommended-actions-after-incorrect-use-of/>

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 8.1 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 persona usuaria los comprimidos de AHE y la información de cómo tomarla para que pueda tener un método alternativo disponible en caso de necesidad.

Cuadro 8.1. Conducta ante el olvido de la toma de 2 comprimidos o más¹⁸.

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: <ul style="list-style-type: none"> • Usar AHE, • Tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque signifique tomar dos juntas, y continuar las siguientes en el horario habitual. • Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días.
	...y no tuvo relaciones en los últimos 5 a 7 días.	Es necesario realizarlas todas: <ul style="list-style-type: none"> • 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 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: <ul style="list-style-type: none"> • Tomar la última pastilla olvidada, aunque signifique tomar dos juntas. • Iniciar otro envase al día siguiente sin hacer la semana de no toma. 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: <ul style="list-style-type: none"> • Tomar la última pastilla olvidada, aunque signifique tomar dos juntas. • No tomar los comprimidos inactivos 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 siguiente envase. • Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días.
4ª semana (en el caso de tener un blíster con 28 comprimidos, son los comprimidos inactivos)		No hay ningún problema porque son comprimidos inactivos; de todos modos es conveniente tomar la pastilla olvidada junto a la del día siguiente para no perder el control del ritmo.

Fuente: elaboración propia basada en "Acciones recomendadas después del uso incorrecto de la anticoncepción hormonal combinada." FSRH. UK 2020.

18. En esta Guía se sigue la conducta ante olvidos de anticonceptivos orales combinados indicada en las Guías de Reino Unido (UK, 2020). disponibles en <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-ceu-guidance-recommended-actions-after-incorrect-use-of/>

Recomendaciones de la persona profesional a la persona usuaria para mejorar la adherencia

Es importante conversar 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.
- Si la hubiera, y la persona desea, 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.

8.1.6.6. Qué hacer frente a vómitos y diarrea

Si la persona está tomando ACO y tiene vómitos o diarrea, es importante tener en cuenta algunos cuidados adicionales para la efectividad del método anticonceptivo:

• **Vómitos:** si el vómito es dentro de las 2 horas¹⁹ posteriores a la toma de una píldora activa, 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 no toma o toma de comprimidos inactivos y comenzar directamente con la siguiente caja. En este último caso, puede ser que no haya sangrado.

Si los vómitos o la diarrea intensos continúan durante dos o más días, la persona debe seguir los procedimientos para casos de olvido de la toma de píldoras (7.1.6.5. Olvido de la toma).

8.1.6.7. 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 saltarse los comprimidos inactivos 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 algún sangrado o manchado, sin significado clínico. Si desea continuar con la anticoncepción, iniciar un nuevo blíster luego de 7 días de no toma.

• **Cambiar el día del comienzo del sangrado:** al tomar los ACO como se ha explicado, se tendrá el sangrado, aproximadamente, el mismo día cada 4 semanas. Si la persona desea cambiarlo, puede acortar (nunca prolongar) el período de no toma de comprimidos activos o de toma de comprimidos inactivos. 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 no toma (por ejemplo, 3 días o menos), es posible que no tenga sangrado durante el mismo. Puede aparecer algún sangrado o manchado durante el uso del siguiente blíster.

19. Manual de planificación familiar (OMS, 2022). Disponible en inglés en [www.https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf](https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf)

8.1.6.8. Seguimiento

Se recomienda que en la consulta inicial se pacte con la persona 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 fuera necesario efectuar un seguimiento más cercano de la respuesta, tolerancia y seguridad del anticonceptivo, ya sea con evaluación clínica o con la realización de estudios complementarios, es conveniente pautar 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 realizar un control médico cada mes, se recomienda entregar ACO para varios meses, a fin de garantizar la disponibilidad de los blísters sin tener que acercarse al efector de salud a buscarlos cada mes.

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

8.1.6.9. Cómo suspender el método

Se puede dejar de tomar los ACO en cualquier momento. Si se desea suspender la toma pero no se 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.

8.1.7. Efectos secundarios

Es importante conversar con la persona 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 se producen en todos los casos. Además de brindarle información, el equipo de salud debe preguntar y escuchar cómo estos cambios pueden afectar su vida cotidiana, para evaluar con ella la necesidad de adoptar alguna conducta.

Dado que existen numerosas ideas erróneas sobre los anticonceptivos hormonales, es conveniente que el equipo de salud brinde información y dialogue con la persona usuaria partiendo de sus preguntas y supuestos previos que lleve a la consulta. En el Capítulo 1 se desarrolla la modalidad de trabajo sugerida para brindar una consejería de calidad.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- **Cambios en el patrón de sangrado:** en los primeros meses puede haber un leve sangrado irregular (spotting). Luego, los sangrados se vuelven regulares, son más leves y más breves. Incluso, en algunos casos, se llega a la ausencia del mismo, sin que nada de esto tenga significancia clínica.

Consideraciones particulares sobre el sangrado:

El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante a brindar para la continuidad del uso del método:

- Informar que el sangrado vaginal irregular normalmente cesa una vez que el 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 AINE (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 tensión 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. Los beneficios relevados pueden consultarse en el *Cuadro 7.2. Beneficios de los ACO para la salud*.

Cuadro 8.2. 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:	Síndrome premenstrual y 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).

Fuente: adaptado de Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington: CCP y OPS, 2019.

8.2. Anticonceptivos combinados inyectables (ACI)

Puntos clave

- ✓ Es un método de corta duración.
- ✓ Tienen alta eficacia anticonceptiva.
- ✓ Se aplican de forma intramuscular profunda una vez al mes, siempre en la misma fecha calendario.
- ✓ La aplicación puede retrasarse o adelantarse hasta 7 días²¹, aunque conviene realizarla siempre en la misma fecha.
- ✓ Es habitual que al comienzo se observen irregularidades en el sangrado que no son perjudiciales.
- ✓ En la consulta pueden entregarse ampollas de ACI para varios meses de manera segura.²²
- ✓ Se recomienda una consulta anual de seguimiento después de comenzar a usar este método.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.

21. Manual de planificación familiar (OMS, 2022). Disponible en inglés en <https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>

22. La entrega de varias ampollas en una misma consulta es una forma de facilitar el uso continuo del ACI.



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 (Perlupal® o Atrimon®) ya no se recomiendan, debido a su mayor dosis de estrógeno y porque producen alteraciones del sangrado (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 (Perlupal® - 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.²³

8.2.1. Mecanismo de acción

Los ACI actúan inhibiendo la ovulación.

8.2.2. Eficacia anticonceptiva

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

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

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

8.2.3. Recuperación de la fertilidad

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

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

8.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS

Los ACI no ofrecen ninguna protección contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo. Para ello se deberá brindar información sobre su uso correcto y proveer el insumo.

8.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

En general, puede ser utilizado por las mismas personas que pueden recibir ACO de manera segura²⁴.

Para las personas con mala circulación o extremidades inmóviles (aún en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas) debido a un mayor riesgo de TVP, es importante evaluar su contraindicación y recomendar otras opciones anticonceptivas (OMS, 2018). Esto incluye, por ejemplo, a personas con discapacidad motora y/o personas usuarias de silla de ruedas.

Hay ciertas condiciones en las que las recomendaciones de la OMS son diferentes para la administración de ACI que para la toma de ACO.

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).
- Mujer o PCG fumadora de menos de 15 cigarrillos/día y mayor a 35 años.

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).
- Mujer o PCG fumadora de más de 15 cigarrillos/día y mayor a 35 años.

Para tener en cuenta

Este método puede resultar cómodo y apropiado para quienes deseen anticoncepción hormonal, pero se les dificulta sostener la toma diaria de una pastilla, por la razón que sea.

Interacciones medicamentosas

(Ver Cuadro 8.3. Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados).

8.2.6. Administración del método

Requisitos previos para utilizar un anticonceptivo combinado inyectable:

Se utilizan los mismos criterios que para ACO. (Ver en este capítulo el punto 8.1.6. Administración del método).

8.2.6.1. Modo de administración de los ACI

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

24. Ver en el presente capítulo el apartado de ACO 8.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método y Capítulo 5 Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos.

• **La inyección puede darse hasta con 7 días de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse y mantiene la eficacia anticonceptiva.**²⁵ Sin embargo, 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 esta 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 se produce el sangrado.

8.2.6.2. 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 1º día de la menstruación (1º 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 no hay embarazo (Ver Capítulo 4, Apartado 6.2 ¿Cómo descartar un embarazo?). Debe considerarse el **uso de un método anticonceptivo de respaldo** (abstinencia, preservativo u otro método de barrera) durante los primeros siete días después de la inyección.

Luego de un aborto, sea de primer o segundo trimestre, puede iniciarse en forma inmediata el uso de ACI. En estos casos, no es necesario proporcionar una protección anticonceptiva adicional.

8.2.6.3. Cambio de método²⁶

Reemplazo de una composición de un ACI por otro con otra composición: comenzar con el nuevo inyectable (ACI) cuando correspondería recibir el que utilizaba. No hay necesidad de método de respaldo. Continuar la aplicación atendiendo al día que corresponde el nuevo ACI.

Reemplazo de ACI por AOPS: comenzar a tomar las pastillas de desogestrel o minipíldora el día que correspondería la aplicación del inyectable. No necesita método anticonceptivo de respaldo.
Reemplazo de ACI por ACO: comenzar a tomar las pastillas el día que correspondería la aplicación del inyectable. No necesita método anticonceptivo de respaldo.

Reemplazo ACI por DIU de cobre o con levonorgestrel: puede colocarse el DIU inmediatamente, si ha estado utilizando el inyectable de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no hay embarazo. No se necesita esperar al sangrado. Es importante recomendar la utilización de preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentre en la cavidad uterina.

8.2.6.4. Retraso en la aplicación

Si la aplicación se realiza más de 7 días²⁷ después de la fecha en que debía realizarse, debe recomendarse utilizar preservativo o no mantener relaciones con penetración pene-vagina hasta 7 días después de aplicada la nueva inyección.

25. Manual de planificación familiar (OMS, 2022). Disponible en inglés en <https://fp handbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>.

26. Para más información ver Cuadro 4.5 Reemplazo de un MAC por otro.

En caso de que haya mantenido relaciones sexuales con coito vaginal sin un método adicional pasados los 7 días del margen de seguridad, administrar la anticoncepción hormonal de emergencia.

Es importante, si la persona usuaria lo desea, aprovechar la oportunidad para reiniciar el uso del método, ya que esperar a la siguiente menstruación puede significar un riesgo de embarazo. En este caso, proceder como si iniciara nuevamente el método (Ver 8.2.6.2. Inicio de la aplicación).

8.2.6.5. Seguimiento

Al ser un método inyectable, la persona 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 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 persona 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 profesional en enfermería 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 persona, recomendarle que para su correcta conservación debe mantenerlas a temperatura ambiente.

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.

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, según prefiera la persona.
- 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 persona 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 (entregarle por escrito la fecha).
- Explicar la importancia de aplicar la siguiente inyección en fecha. Se recomienda que si no logra hacerlo en la fecha exacta, lo haga hasta 3 días antes o después, aunque el margen de seguridad es de 7 días²⁷.
- Puede ser de utilidad facilitar la ampolla para la próxima dosis.
- Explicarle cómo cuidarse en caso de que se retrase la aplicación e informarle sobre la anticoncepción hormonal de emergencia.

preguntar y escuchar cómo estos cambios afectan la vida cotidiana de la persona 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, amenorrea o sangrado infrecuente.
- **Aumento de peso.**
- **Cefaleas.**
- **Mareos.**
- **Mastalgia (dolor mamario).**

8.2.6.6. Cómo suspender el método

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

8.2.7. Efectos secundarios

Es importante conversar 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 se presentan en todos los casos. Además de brindarle información, el equipo de salud debe

8.3. Parches transdérmicos*

Puntos clave

- ✓ Es un método de corta duración. El parche transdérmico es un plástico pequeño (4 cm x 4 cm), 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.
- ✓ Presenta las mismas recomendaciones para su uso que los ACO.**
- ✓ Se recomienda una consulta anual de seguimiento, que incluya la toma de tensión arterial, después de comenzar a usar este método. No se entrega en forma gratuita en el sistema público, ni en obras sociales, ni prepagas.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.



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

(**) Ver [Anticonceptivos Combinados Orales \(ACO\)](#).

8.3.1. 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, se producirá el sangrado.

8.3.2. 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.

8.3.3. Desventajas

- No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.
- Las tasas de embarazo pueden ser levemente más altas entre las personas usuarias que pesen 90 kg o más.

8.4. Anillos vaginales *

Puntos clave

- ✓ Es un método de corta duración. 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 vinilileno, libre de látex.
- ✓ Libera por día, de manera constante, 0,015mg de etinilestradiol y 0,120 mg de etonogestrel.
- ✓ Inhibe la ovulación de manera altamente efectiva.
- ✓ Presenta las mismas recomendaciones para su uso que los ACO.**
- ✓ Se recomienda una consulta anual de seguimiento después de comenzar a usar este método.
- ✓ No se entrega en forma gratuita en el sistema público, ni en obras sociales, ni prepagas.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.



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

(**) Ver Anticonceptivos Combinados Orales (ACO).

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 permite una liberación constante de 0,015 mg de etinilestradiol y 0,120 mg de etonogestrel. El etonogestrel es el metabolito activo del desogestrel.

Presenta las mismas recomendaciones para su uso que los ACO.

8.4.1. 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 se producirá el sangrado. Ese anillo se descarta. Al término de 7 días libres de anillo debe insertarse otro nuevo.

8.4.2. Ventajas

- Es fácil de insertar y remover, lo que permite a la persona 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.

8.4.3. Desventajas

- Efectos adversos locales: dolor, irritación, aumento de la secreción vaginal, lesiones epiteliales, incomodidad durante el coito, expulsión.
- Incomodidad y rechazo por parte de quienes tienen poca familiaridad en la manipulación de sus genitales.
- No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.

Interacciones medicamentosas de anticonceptivos combinados

Son pocas las interacciones medicamentosas que pueden darse en general con el uso de anticonceptivos combinados.

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.

Cuadro 8.3.

Resumen de interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados.*
Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS 2015²⁸

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	2	2	2	2	
Anticonvulsivantes (barbitúricos, primidona, carbamacepina, oxcarbamacepina, topiramato, felbamato, etosuximida y fenitoína)	3	2	3	3	Los ACO no alteran el efecto anticonvulsivante pero sí podría reducirse la eficacia del anticonceptivo. Por eso es preferible el uso de otros MAC.
Lamotrigina	3	3	3	3	Los ACO podrían disminuir el efecto de la lamotrigina con la consiguiente aparición de convulsiones.
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	Los ACO no alteran el efecto antibiótico pero sí podría reducirse la eficacia del anticonceptivo. Por eso es preferible el uso de otros MAC.

* Para más información sobre interacciones con drogas antirretrovirales, Ver Cuadro 17.1.

28. Para más información, consultar Criterios de elegibilidad de la OMS, (2015) y Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (2011).

Capítulo 9

Métodos hormonales solo de progestágenos

Puntos clave

- ✓ Pueden utilizarse durante la lactancia. No afectan el volumen de la leche ni su composición.
- ✓ Es frecuente observar cambios en el sangrado, pero no tienen implicancia clínica.
- ✓ En general, pueden ser usados por aquellas personas que tienen contraindicación de recibir estrógenos.
- ✓ También presentan alta efectividad fuera del período de lactancia.
- ✓ No protegen contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.



Introducción

Los **anticonceptivos solo de progestágenos** son anticonceptivos hormonales compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por las personas con sistema vulva-vagina-útero-ovarios. Existen diferentes derivados de la progesterona que posibilitan, a su vez, distintas vías de administración (vía oral, intramuscular, intrauterina y subdérmica).

Clasificación por mecanismo de acción y vía de administración:

No anovulatorios

Vía oral (comprimidos)

- Levonorgestrel 0,03 m
- Linestrenol 0,5 mg

Anovulatorios

Vía oral:

- Desogestrel 0,075 mg (comprimidos)

Inyectable trimestral:

- Acetato de Medroxiprogesterona de depósito 150 mg

Implantes subdérmicos:

- Etonogestrel 1 varilla conteniendo en total etonogestrel 68 mg
- Levonorgestrel: 2 varillas conteniendo en total levonorgestrel 150 mg

Otras formas de uso de anticonceptivos solo de progestágenos son la anticoncepción hormonal de emergencia y los dispositivos intrauterinos con levonorgestrel. Se desarrollan en el Capítulo 9 sobre anticoncepción hormonal de emergencia y en el Capítulo 10 sobre dispositivos intrauterinos, respectivamente.

Ninguno de estos métodos protege del VIH ni de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Es importante brindar información sobre el uso correcto del preservativo, ya que contribuye a su prevención. Se puede entregar en las consultas y/o estar disponibles en distintos lugares del centro de salud.

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 persona usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método.
- Iniciar la consulta con los intereses, las inquietudes y dudas que traen las personas 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.

9.1. Anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOPS) no anovulatorios (Minipíldora de levonorgestrel o linestrenol) y anovulatorios (Desogestrel)

Puntos clave

- ✓ Es un método de corta duración.
- ✓ Son de administración oral, de toma diaria y continua, altamente eficaz.
- ✓ La efectividad aumenta con la toma correcta de las pastillas.
- ✓ El principal mecanismo de acción de los AOPS de levonorgestrel o linestrenol (minipíldora) es la alteración del moco cervical, y del desogestrel es la anovulación.
- ✓ Pueden utilizarse durante la lactancia. También presentan alta efectividad fuera de ella, en especial las pastillas de desogestrel (que tienen efecto anovulatorio).
- ✓ La minipíldora, al no inhibir la ovulación, suele asociarse al MELA (método de lactancia amenorrea).
- ✓ Pueden ser usados por aquellas personas que tienen contraindicación de recibir estrógenos.
- ✓ Es frecuente observar cambios en sangrado, incluso amenorrea, pero no tienen implicancia clínica.
- ✓ En la consulta pueden entregarse blísteres para varios meses de manera segura.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo..



Los **anticonceptivos orales de progestágeno solo** (AOPS) pueden ser de:

- Levonorgestrel 0,03 mg, envase o blíster por 28 o 35 comprimidos activos.
- Linestrenol 0,5 mg, envase o blíster por 28 comprimidos activos.
- Desogestrel 0,075 mg, envase por 28 comprimidos activos.

En el Cuadro 9.1. se detallan las principales diferencias.

Cuadro 9.1. Anticonceptivos solo de progestágeno orales

	Minipíldora (levonorgestrel/linestrenol)	Desogestrel
Mecanismos de acción	Alteración del moco cervical	Anovulación y alteración del moco cervical
Margen de seguridad anticonceptiva	3 hs	12 hs
Inicio de efecto anticonceptivo	2 días (48 horas)	7 días

Fuente: elaboración propia basada en Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington: CCP y OPS, 2019.

9.1.1. Mecanismo de acción

Todos los AOPS actúan produciendo un espesamiento del moco cervical, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina.

Si bien con el uso de la minipíldora (levonorgestrel o linestrenol) se observó anovulación en hasta el 40 % de los ciclos, se lo toma principalmente como un método que no inhibe la ovulación. Es por ello que se recomienda en general para el puerperio, asociarlo a MELA (método de lactancia amenorrea)¹ y reemplazarlo por uno anovulatorio cuando alguna de las condiciones de MELA se modifica.

En el caso de quienes toman desogestrel, el porcentaje de ciclos anovulatorios observados es de un 97 %, al inhibir el pico de LH. **Es decir que el principal mecanismo de acción del desogestrel es la anovulación.**

Los AOPS no producen efecto clínico sobre lípidos, metabolismo de los carbohidratos y hemostasia.

Inicio del efecto anticonceptivo:

Inicio del efecto anticonceptivo de la minipíldora (levonorgestrel o linestrenol): se requieren 2 días (48 horas) de toma correcta de estas pastillas para garantizar el efecto anticonceptivo.

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

9.1.2. Eficacia anticonceptiva

Los AOPS tienen alta eficacia si se toman de manera correcta.

En el caso del **desogestrel**, al producir anovulación, y brindar un amplio margen de seguridad (12 horas), presenta una eficacia anticonceptiva muy alta tanto durante la lactancia como fuera de ella. Es por ello que no requiere cambiar a otro método anticonceptivo cuando la lactancia deja de ser exclusiva.

1. Se denomina MELA al método anticonceptivo de lactancia y amenorrea cuando se cumplen las siguientes condiciones: lactancia exclusiva, amenorrea, hasta los primeros 6 meses posparto. Para más información, (Ver Capítulo 16. Anticoncepción posevento obstétrico)

En el caso de la **minipíldora**, si se toman durante la lactancia exclusiva, la suma de su efecto sobre el moco con la anovulación producida por inhibición del eje hormonal (por la lactancia exclusiva) genera una anticoncepción altamente efectiva.

Combinada con el MELA, la minipíldora es altamente efectiva. Es importante recordar que las **condiciones** del amamantamiento para el uso **de MELA** son:

- La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 h.
- No reemplazar la lactancia con otros alimentos, los cuales no deben superar el 10 % del total ingerido por la/le/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.

Si se toman fuera de la lactancia, o la misma deja de ser exclusiva, puede producirse la ovulación y el comienzo del sangrado menstrual, en este caso la minipíldora es efectiva por su acción sobre el moco cervical; su eficacia puede disminuir si no se toma adecuadamente la pastilla ya que la impenetrabilidad del moco se pierde.

La eficacia de la minipíldora 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: cuando no se cometen errores al tomar la pastilla, hay menos de 1 embarazo cada 100 personas que utilizan AOPS en el correr del primer año (3 por 1.000 personas).

Con el uso habitual: se producen cerca de 9 embarazos cada 100 mujeres que utilizan AOPS en el correr del primer año.

9.1.3. Recuperación de la fertilidad

Al suspender la toma se recupera rápidamente la fertilidad.

9.1.4. Protección contra las ITS/VIH

Los AOPS no ofrecen ninguna protección contra el VIH y otras ITS. Es por ello que se recomienda su uso combinado con preservativo.

9.1.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

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

Los AOPS pueden ser utilizados por personas con mala circulación o extremidades inmóviles que debido a un mayor riesgo de TVP, no podrían utilizar estrógenos. Esto incluye, por ejemplo, a personas con discapacidad motora y/o personas usuarias de silla de ruedas.

Si por error se toma AOPS durante el embarazo, estos no afectan de ninguna manera al feto ni el curso del mismo.

Si la persona usuaria es ciega, tienen la ventaja de que todas las pastillas son iguales (no hay que distinguir activas de inactivas).

Criterios de elegibilidad:

Una de las ventajas de estos métodos es que existen situaciones específicas en las que puede optarse por AOPS (categorías 1

y 2 de los Criterios de elegibilidad de la OMS) mientras que los anticonceptivos combinados con estrógenos no podrían utilizarse (categorías 3 y 4):

- Desde el posparto inmediato, con o sin lactancia.
- 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.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Migraña sin aura.
- Migraña con aura si inicia el método.
- 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.
- Antecedentes de colestasis asociada a uso de ACO.

Situaciones en las que *no se recomienda el uso de AOPS 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):

- Cursando una trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta un episodio de cardiopatía isquémica o de accidente cerebrovascular (ACV) y estaba usando AOPS.²
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando AOPS.³

- 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 9.3. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales solo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS 2015.

9.1.6. Administración del método

Es necesario realizar la historia clínica antes del inicio de la toma de AOPS, de manera de poder identificar aquellas situaciones en las que no se recomienda o se contraindica el uso del método de acuerdo a los criterios de elegibilidad.

Se recomienda el control de la tensión arterial antes de iniciar el método. Sin embargo, no debe negarse si por algún motivo no pudiera medirse la presión arterial.

No son requisitos para iniciar el uso de un anticonceptivo solo de progestágenos los exámenes pélvico y mamario, análisis de sangre ni Papanicolaou.⁴

2. Una mujer o PCG con antecedente de cardiopatía isquémica o ACV puede iniciar la toma de AOPS (categoría 2 de la OMS para el inicio del método)

3. Una mujer o PCG con antecedente de cefalea con aura, independiente de su edad, puede iniciar la toma de AOPS (categoría 2 de la OMS para el inicio del método).

4. Ver Cuadro 4.3. Prácticas y nivel de recomendación para el uso de MAC, del Capítulo 4 Métodos Anticonceptivos (MAC) – Generalidades.

El control ginecológico se podrá efectuar en el momento de la consulta o posteriormente, si en ese momento no puede realizarse o si la mujer o PCG no lo desea.

9.1.6.1. Modo de tomar los AOPS (anticonceptivos orales de progestágeno solo)

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 muy importante **respetar la hora de toma** de la pastilla.

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

Margen de seguridad anticonceptiva:

Minipíldora: 3 horas.
Desogestrel: 12 horas

9.1.6.2. Inicio de la toma

Si bien se puede empezar cualquier día del ciclo, se recomienda iniciar el envase o blíster el primer día de la menstruación (primer día del ciclo). De esta manera, el método es efectivo prácticamente desde el inicio de la toma, y no se necesita usar método de respaldo.

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 hay embarazo. Y debe utilizarse, además, un método de respaldo (por ejemplo, preservativo) durante los 7 primeros días de toma de las pastillas en el caso del desogestrel, y los 2 primeros días en el caso de la minipíldora.

Luego de un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto), los AOPS pueden comenzar a utilizarse de manera inmediata⁵, sin necesidad de utilizar un método adicional. Luego de un parto o cesárea con

lactancia exclusiva la minipíldora es una opción muy adecuada; **fuera de la lactancia exclusiva, las pastillas de desogestrel son mejor opción porque por su efecto anovulatorio son más seguras, y tiene mayor margen horario de seguridad.**

Cuadro 9.2.

Inicio de toma de AOPS según situación de la persona usuaria

Situación de la mujer y personas con capacidad de gestar	Cuándo iniciar la toma de AOPS (minipíldora o desogestrel)
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 hay embarazo. Debe usar, además, un anticonceptivo de barrera (preservativo) durante los 7 primeros días de toma de pastillas en el caso del desogestrel; y los 2 primeros días en el caso de la minipíldora.
Sin ciclos menstruales (amenorrea por lactancia)	Comenzar a tomarlas en cualquier momento, siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo. Se debe utilizar un método anticonceptivo de respaldo durante los primeros siete días de toma de pastillas de desogestrel o los primeros 2 días en el caso de la minipíldora.
Posparto	Existen dos posibilidades: 1. Puede iniciarse inmediatamente si no está amamantando. 2. Si está amamantando, se recomienda comenzar con la toma de las pastillas 6 semanas después del nacimiento. Sin embargo, si está amamantando y estamos ante circunstancias especiales, cuando no se dispone de otro método más apropiado o aceptado por la persona usuaria, el equipo de salud puede proponerle adelantar el comienzo de la toma.*
Posaborto	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, en el caso de desogestrel; y dos días de toma, en el caso de la minipíldora. Recomendar a la persona usuaria que vuelva a la consulta si presenta signos o síntomas de embarazo, o ausencia de menstruación.

* Según los Criterios de elegibilidad de la OMS (2015) tanto los AOPS como los implantes subdérmicos son categoría 2 durante la lactancia < a los 6 semanas posparto. Para los criterios de elegibilidad del Reino Unido, los AOPS y los implantes son categoría 1. La recomendación de la DSSR es que persona se retire del alta médica con el método, en el caso de haber optado por alguna de estas opciones. Se prioriza no perder la oportunidad.

9.1.6.3. Cambio de método

Reemplazo de AOPS de minipíldora (levonorgestrel o linestrenol) por desogestrel o al revés: comenzar la toma de las nuevas pastillas cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS que se estaba usando (pasar de uno a otra sin interrupción). Si se pasa de minipíldora a desogestrel, se recomienda sumar preservativo por 7 días como método de respaldo.

Reemplazo de AOPS por ACO: comenzar la toma de las pastillas de ACO cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS pasar de una a otra sin interrupción. Si el AOPS que estaba utilizando era minipíldora, durante los 7 primeros días de toma de ACO, es necesario utilizar un método anticonceptivo de respaldo, como el preservativo.

Reemplazo de AOPS por ACI o AMPD: comenzar la aplicación del inyectable cuando se desee y suspender ese mismo día la toma de las pastillas (pasar de un método a otro sin interrupción). Si el AOPS que estaba utilizando era minipíldora, durante los 7 días posteriores a la aplicación, es necesario utilizar un método anticonceptivo de respaldo, como el preservativo.

Reemplazo de AOPS por implantes: colocar el implante de 1 o 2 varillas cuando se desee y suspender ese mismo día la toma de AOPS. Si el AOPS que estaba utilizando era minipíldora, durante los 7 primeros posteriores a la colocación es necesario utilizar un método anticonceptivo de respaldo, como el preservativo.

Reemplazo de AOPS por DIU-Cu o DIU-Lng: puede colocarse en forma inmediata si se estuvo usando el AOPS de manera correcta. Una vez que se controla que el DIU está en cavidad, se puede tener certeza de que brinda protección anticonceptiva (mínimo 7 días después en el caso del DIU LNG).

9.1.6.4. Olvido de la toma

Minipíldora

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 pastilla 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, tomar 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 **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. Recordar que **se requieren 2 días de toma correcta de pastillas para garantizar el efecto anticonceptivo**.
5. Si tuvo relaciones sexuales con penetración vaginal durante este período puede considerar la toma de AHE.

Desogestrel

Frente al olvido de la toma de una pastilla, considerar:

- **Si pasaron menos de 12 horas** del horario habitual de la toma, tomar 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 con penetración vaginal durante este período sin método de barrera 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.

Vómitos y diarrea

Si por algún motivo, la persona usuaria vomita o está con diarrea mientras toma AOPS, es importante tener en cuenta algunos cuidados adicionales para la efectividad del método anticonceptivo:

- **Vómitos:** dentro de las 2 horas⁶ 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 se debe iniciar el próximo también un día antes. En el caso de la Minipíldora, si la nueva pastilla se toma más de 3 h después del horario de toma habitual, debe procederse como en el caso de un olvido.

Si los vómitos severos continúan por más de 24 h, si es posible continuar tomando la pastilla y proceder como si hubiera presentado un olvido.

- **Diarrea.** Usar método adicional (preservativo) durante los síntomas y durante los siguientes 7 días en el caso de toma de desogestrel y 2 días de minipíldora.

9.1.6.5. Seguimiento

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

En caso de que el AOPS sea minipíldora y su uso esté asociado a la lactancia es importante recordar que en caso de que alguna de las condiciones del MELA⁷ se modifique es recomendable el cambio de método a otro MAC, que puede ser desogestrel.

6. Manual de planificación familiar (OMS, 2022). Disponible en inglés en <https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>

7. Para más información Ver Capítulo 16. Anticoncepción posevento obstétrico.

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.

9.1.6.6. Cómo suspender el método

Se puede suspender la toma de las pastillas en cualquier momento que se desee.

Es probable que si continua con lactancia exclusiva no presente sangrado enseguida. Mientras dure la lactancia, no hay certeza de cuándo volverá a tener sangrados regulares.

Si 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.

9.1.7. Efectos secundarios

Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la persona usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método. Es importante conversar 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 siempre se presentan.

Además de brindar información, es necesario que el equipo de salud pregunte y escuche cómo estos cambios afectan la vida cotidiana de la persona 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 quien se encuentra amamantando.
- *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 llevar un registro de los sangrados.

- *Cefaleas:* Pueden utilizarse AAS (Ácido acetil salicílico), AINE (Anti Inflamatorio No Esteroideo) u otros analgésicos. 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.*
- *Acné.*
- *Fluctuaciones del humor.*
- *Disminución de la libido.*
- *Manchas en la piel o cloasma.*

9.2. Inyectable trimestral: acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)

Puntos clave

- ✓ Tiene alta eficacia anticonceptiva.
- ✓ Se aplica de forma intramuscular profunda cada tres meses.
- ✓ La aplicación puede adelantarse 2 semanas o retrasarse hasta 4 semanas, aunque conviene realizarla siempre en la misma fecha.
- ✓ Puede ser utilizado tanto durante la lactancia como fuera de ella.
- ✓ Puede usarse en los casos en que hay contraindicación de recibir estrógenos.
- ✓ Es habitual que al comienzo se observen irregularidades en el sangrado que no son perjudiciales.
- ✓ En la consulta pueden entregarse ampollas para varias aplicaciones, de manera segura.
- ✓ Se recomienda una consulta anual de seguimiento después de comenzar a usar este método.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.



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®).

9.2.1. Mecanismo de acción

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

9.2.2. 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 o PCG (2 cada 1.000) por año de uso.

Con el uso habitual: 6 embarazos cada 100 mujeres o PCG por año de uso.

9.2.3. Recuperación de la fertilidad

Con frecuencia **hay una demora** en el restablecimiento de la fertilidad. Suele tardar unos meses más en producirse un embarazo luego de interrumpir la AMPD que con otros métodos.

9.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS

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

9.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

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

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

El AMPD se ha asociado a una leve pérdida de la densidad mineral ósea, que se recupera al discontinuar el método. Las investigaciones no han demostrado que las personas usuarias de AMPD de ninguna edad sean más proclives a tener más fracturas óseas.

-Su **uso en menores de 18 años** (que todavía no han completado el pico de masa ósea), debe hacerse luego de haber considerado otras opciones.

-En las mujeres o PCG que presentan **otros factores de riesgo para osteoporosis**,⁸ se recomienda considerar otras opciones.

-Si bien no hay un límite de edad para el uso de AMPD, a las mujeres o PCG **mayores de 50 años** generalmente se les recomienda cambiar por otros métodos. Si desea continuar con este, valorar beneficios y riesgos potenciales.

Si la persona que recibe la inyección está embarazada y no lo sabe, esta **NO afecta el curso del embarazo**.

Criterios de elegibilidad:

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

8. Se consideran factores de riesgo para osteoporosis: mayor edad, bajo IMC, antecedentes de primer grado de fractura de cadera, tabaquismo, uso de glucocorticoides, consumo elevado de alcohol, artritis reumatoidea.

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 las primeras 6 semanas posparto con amamantamiento.⁹
- Cursando una trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando AMPD.¹⁰
- 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.¹¹
- Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad mayor, tabaquismo, DBT, HTA, obesidad, dislipemia, etc.).
- Hipertensión arterial con presión sistólica mayor a 160 o diastólica mayor a 100.
- Diagnóstico de hipertensión con enfermedad vascular.
- Cardiopatía isquémica y ACV (actuales o antecedentes).

- 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 9.3. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales solo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

9.2.6. 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, Papanicolaou. El control ginecológico puede realizarse al momento de la consulta o posteriormente si en ese momento no es posible.

9. Si bien para la OMS (2015), la AMPD es categoría 3, según los criterios de elegibilidad del Reino Unido (UK, 2016) y del CDC de EEUU (2016), el AMPD es categoría 2. La recomendación de la DSSR es que se evalúe la posibilidad, si elige este método, de que utilice otro de manera temporaria, y vuelva a colocárselo a las 6 semanas o se retire con el método y las indicaciones para su aplicación a las 6 semanas pos parto. Si no existen otras posibilidades, puede evaluarse colocárselo antes del alta.

10. Una mujer o PCG 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).

11. Esta condición es categoría 2 para la continuación.

9.2.6.1. 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 4 semanas de demora**¹² 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.

9.2.6.2. 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 hay embarazo. Se debe considerar el uso de un método anticonceptivo de respaldo durante los primeros siete días después de la inyección.

- *Posparto*: el uso de AMPD puede iniciarse inmediatamente si la persona usuaria no está amamantando. Las mujeres o PCG que están amamantando deberían comenzar a usar el método después de las 6 semanas posparto.¹³

Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptado por la persona usuaria, 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 persona regresar a que le administren la inyección en el momento apropiado.

Si la persona lo desea, puede continuar usando el método aunque la lactancia haya dejado de ser exclusiva.

- *Posaborto*: 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 persona usuaria regrese si presenta signos o síntomas de embarazo, o ausencia de menstruación.

12. Manual de planificación familiar (OMS, 2022). Disponible en inglés en <https://fp handbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>

13. Si bien para la OMS (2015), la AMPD es categoría 3, según los criterios de elegibilidad del Reino Unido (UK, 2016) y del CDC de EEUU (2016), el AMPD es categoría 2. La recomendación de la DSSR es que se evalúe la posibilidad, si elige este método, de que utilice otro de manera temporaria, y vuelva a colocárselo a las 6 semanas o se retire con el método y las indicaciones para su aplicación a las 6 semanas pos parto. Si no existen otras posibilidades, puede evaluarse colocárselo antes del alta.

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, según prefiera la persona.
- 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 persona 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 (entregarle por escrito la fecha). Evaluar con la persona si le es más conveniente aplicárselo en otro lugar y entregar ampollas para eso.
- Destacar la importancia de aplicar la siguiente inyección en fecha. Puede hacerlo hasta 2 semanas antes o después.¹⁴
- 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, de ser posible antes de las 4 semanas de demora.
- 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.

9.2.6.3. Cambio de método

Reemplazo de AMPD por ACO o AOPS: Comenzar la toma de las pastillas cuando correspondía la siguiente aplicación del inyectable. No hay necesidad de método de respaldo.

Reemplazo de AMPD por ACI: puede aplicarse el nuevo inyectable cuando le correspondería la siguiente aplicación del que utilizaba. No hay necesidad de método de respaldo.

Reemplazo de AMPD por implantes subdérmicos: los implantes pueden insertarse en el momento en que debería repetirse la inyección.

También puede realizarse unos días antes para no perder la oportunidad, superponiendo los efectos anticonceptivos.

No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Reemplazo de AMPD por DIU-Cu/DIU-Lng: puede colocarse el DIU cuando lo desee 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. No es necesario método de respaldo si se verifica que el DIU se encuentra bien ubicado.

9.2.6.4. Retraso en la aplicación

Si la persona usuaria se retrasa más de 4 semanas, debe usar un método de barrera durante los siguientes siete días o no mantener relaciones con penetración pene-vagina hasta que reciba nuevamente la inyección. En este caso, proceder como si iniciara nuevamente el método (Ver 9.2.6.1. Modo de administración).

Debe tenerse en cuenta que muchas de las personas que suspendieron el método o retrasaron la aplicación, pueden no presentar 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 (utilizando preservativo como método de respaldo los primeros 7 días).

9.2.6.5. Seguimiento

Es probable que, al ser un método inyectable, la persona 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.

Si la persona puede aplicarse el método en otro lugar que le resulte más accesible, debe considerarse entregarle tratamientos para favorecer la adherencia al método.

Se sugiere el **control de la tensión arterial anual**.

9.2.6.6. Cómo suspender el método

Si la persona usuaria desea suspender el método, simplemente no debe colocarse la siguiente aplicación.

9.2.7. Efectos secundarios

Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la persona 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 disminuyen o desaparecen en los primeros meses de uso y, si bien son comunes, no siempre se presentan. Además de brindar información, es necesario preguntar y escuchar cómo afectan estos cambios en la vida cotidiana para valorar la necesidad de tomar alguna conducta.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- **Cambios en los patrones de sangrado.** Suelen presentarse irregularidades en el patrón de sangrado durante 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 persona desde el principio, así como aclarar que la ausencia de sangrado no tiene implicancias clínicas. Hay personas que creen que no sangrar "es malo" o que "la sangre se acumula" en su cuerpo. Este asesoramiento puede ser la ayuda más importante para que mantenga la adherencia al método. En caso de incomodidad con la ausencia de menstruación, ofrecer cambio de método.

Si el **sangrado no es muy abundante**, puede utilizarse ácido mefenámico 500 mg hasta 3 veces por día, por 5 días o el uso de otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Si presenta *sangrado abundante* se puede sugerir tratar con anticonceptivos combinados, superponiendo los métodos. También se puede informar a la persona sobre los beneficios de un cambio de método anticonceptivo. De tomar esta decisión puede utilizarse pastillas anticonceptivas, el primer día del sangrado y continuando por 21 días (1 comprimido/día) durante algunos ciclos y reevaluar. Para prevenir la anemia, recomendar la ingesta de alimentos con hierro; prescribir comprimidos de hierro si fuese necesario. 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*. La recuperación de la fertilidad después del uso de AMPD suele ser a los 10 meses luego de la última inyección, independientemente de la duración de su uso (OMS, 2018).
- *Aumento gradual de peso*. Valorar la dieta que está llevando la persona y cuál es su actividad física.
- *Cefaleas*. Pueden utilizarse AAS (Ácido acetil salicílico), AINE (Anti Inflamatorio No Esteroideo) 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 deseo sexual*. Conversar con la persona sobre otras posibles causas que puedan estar afectándola. Si persisten los cambios, evaluar con la usuaria el cambio de método.

- *Pérdida de densidad ósea*.¹⁴ Las investigaciones no han demostrado un aumento de las fracturas óseas. En las mujeres o PCG en edad reproductiva, la densidad ósea vuelve a aumentar cuando dejan de usar AMPD. Se recomienda una re-evaluación cada 2 años en las mujeres o PCG que desean continuar con este método, en donde se valoren riesgos, beneficios y deseos de la persona usuaria.

Beneficios adicionales del AMPD

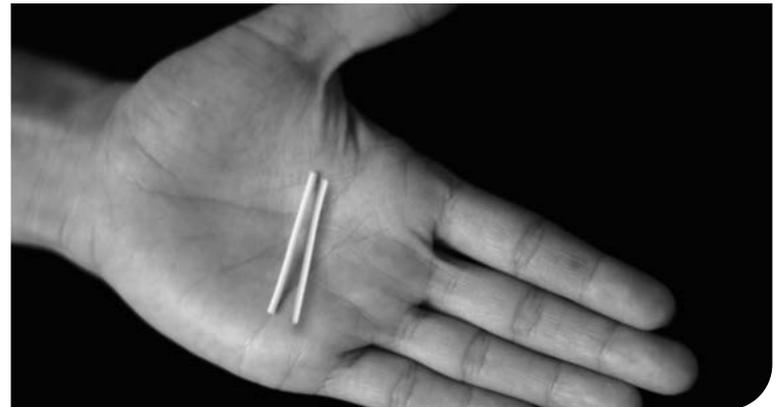
- **Protección mayor del endometrio**. Es útil en el tratamiento de las hiperplasias endometriales.
- Su uso puede **disminuir las convulsiones** epilépticas.
- **Disminución del sangrado uterino**. Se lo utiliza en aquellas patologías que requieren llevar a la persona usuaria a una amenorrea, a causa de malformaciones uterinas o enfermedades hematológicas.

14. En menores de 18 años, mujeres o PCG con otros factores de riesgo de osteoporosis y en mayores de 50 se deben considerar otras opciones.

9.3. Implantes subdérmicos

Puntos clave

- ✓ Son pequeños cilindros o cápsulas flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo.
- ✓ Su efectividad es muy alta.
- ✓ Es uno de los métodos reversibles de larga duración, porque previenen el embarazo a largo plazo y su acción se interrumpe cuando se extrae.
- ✓ Una vez colocados, no requieren que la persona usuaria realice ninguna acción para lograr el efecto anticonceptivo.
- ✓ Pueden utilizarse durante la lactancia.
- ✓ Pueden ser usados por aquellas personas que tienen contraindicación de recibir estrógenos.
- ✓ Suelen observarse irregularidades menstruales los primeros meses e incluso amenorrea, sin importancia clínica.
- ✓ No previene el VIH ni otras ITS. Por eso se recomienda su uso combinado con preservativo.



Es un **método anticonceptivo hormonal solo de progestágenos** que se coloca **debajo de la piel** (subdérmico) en forma de varillas (o pequeños cilindros) de liberación prolongada que, según el tipo de implante, dura entre 3 y 5 años.

Este MAC requiere ser colocado por una persona profesional entrenada. Se coloca mediante una pequeña incisión en la parte superior e interna del brazo, con anestesia local.

Tipos de implantes

Con etonogestrel (ETG):

- Implanon®: implante de una varilla de 4 cm x 2 mm que contiene 68 mg etonogestrel (3 keto desogestrel). Duración: 3 años¹⁵.
- Nexplanon®: es similar al Implanon.

Con levonorgestrel (LNG):

- Jadelle® es un implante de 2 varillas; cada varilla contiene 75 mg de LNG. Tiene una duración anticonceptiva de 5 años.
- Levoplant® (también comercializado como Sino-implant (II): implante de 2 varillas, cada varilla contiene 75 mg de LNG. Efectivo durante 3 años¹⁶.

Luego del tiempo de duración previsto para cada tipo de implante (de 3 a 5 años), la dosis disminuye haciendo que su efectividad sea menor.

9.3.1. Mecanismo de acción

El principal mecanismo de acción de los implantes subdérmicos es la inhibición de la ovulación, además del espesamiento del moco cervical que impide el ascenso de los espermatozoides.

9.3.2. Eficacia anticonceptiva

Su eficacia anticonceptiva es muy alta y no depende de la persona usuaria.

La tasa de embarazo no planificado en el primer año de uso es de 0,05 %. Se producen menos de 1 embarazo cada 100 personas usuarias (5 cada 10.000 en un año).

La eficacia del implante con etonogestrel es similar en personas con capacidad de gestar más allá del índice de masa corporal¹⁷.

En las personas con peso aumentado, la efectividad de los implantes con levonorgestrel puede disminuir hacia el final de su duración. En quienes tienen colocado un Jadelle y pesan más de 80 kg, se debe considerar seriamente retirar el implante de 2 varillas después de 4 años completos de uso para lograr la mayor eficacia anticonceptiva.

9.3.3. Recuperación de la fertilidad

Una vez que se retira se recupera la fertilidad de inmediato¹⁸. La hormona no permanece en el cuerpo.

9.3.4. Protección contra las ITS/VIH

No ofrecen ninguna protección contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Es por ello que se recomienda su uso combinado con preservativo.

9.3.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Casi todas las personas con capacidad de gestar pueden utilizar implantes de manera segura y eficaz. Al no contener estrógenos,

15. Si bien hay estudios que muestran la eficacia del implante de 1 varilla por 5 años, en nuestro país la ANMAT no ha extendido, a la fecha de esta publicación, su duración más allá de los 3 años.

16. Manual de planificación familiar (OMS, 2022). En la información del producto dice que fue precalificado por la OMS para 3 años, aunque tiene una vida útil de 4 años.

17. Ver Xu et al.

18. Ver NICE, 2005, 2009.

pueden ser usados por quienes no pueden usar métodos con estrógeno (por ejemplo, fumadoras independientemente de la cantidad y de la edad), y durante el posevento obstétrico inmediato, incluso si están amamantando.

Tanto los implantes con levonorgestrel como con los que contienen etonogestrel se encuentran dentro de las categorías 1 y 2 de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS en la mayoría de los casos.

Al tratarse de un método anticonceptivo reversible de larga duración y, a diferencia del DIU, tener la ventaja de no colocarse en el útero, es un MAC que suele ser aceptado y elegido por adolescentes.

El peso de las personas no implica una contraindicación para su uso.

Los implantes tienen las mismas recomendaciones de la OMS que para los AOPS (minipíldora y desogestrel). Solo se agrega en la categoría 3 los casos en que la persona 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):

- 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 por primera vez una migraña con aura durante el uso del implante.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 9.3. Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales solo de progestágenos. Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS.

9.3.6. Administración del método

9.3.6.1. Requisitos previos para la colocación

Previo a colocar implantes subdérmicos es indispensable conversar con la persona para dar información completa sobre el método e identificar posibles contraindicaciones para su uso.

19. Una mujer o PCG 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 o PCG 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).

Como señala el estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes realizado en nuestro país²¹ realizar una consejería de calidad en la que se brinde información a las personas usuarias sobre las ventajas del método así como sobre sus efectos secundarios, aumenta la confianza en el método y la percepción de su comodidad.

También es importante evaluar el mejor momento para la colocación, teniendo en cuenta que se debe priorizar no perder la oportunidad que, a la persona usuaria que lo desee, se le coloque el método el día que lo solicita siempre que esto sea posible. Si no es posible, diferir la colocación y programarla a la brevedad. Brindar métodos anticonceptivos (MAC) alternativos que pueda utilizar hasta la colocación.

No se requiere que la persona usuaria firme ni la historia clínica ni un consentimiento informado. Para colocar implantes, como cualquier otro MAC reversible, el consentimiento informado se brinda en forma oral. La persona profesional de la salud debe dejar constancia en la historia clínica que se brindó la información y el asesoramiento correspondiente y que la persona usuaria eligió este método.

En el caso de adolescentes (mayores de 13 años) pueden acceder en forma autónoma al método ya que, como el resto de los MAC reversibles, no implican un riesgo grave para la salud.²²

Solicitud de estudios

Se recomienda el *control de la tensión arterial* antes de iniciar el método. Sin embargo, no debe negarse el acceso a este método en el caso de que por algún motivo no pueda medirse la presión arterial. Para la colocación de implantes no son requisitos previos los exámenes pélvico y mamario, análisis de sangre, Papanicolaou. El control ginecológico se podrá efectuar en el momento de la consulta o posteriormente si en ese momento no puede realizarse o la persona no lo desea.

Asesoramiento de la persona usuaria

Como indica el Estudio de seguimiento y adherencia al implante en adolescentes y jóvenes en la Argentina (DSSR, 2018), al igual que en la evidencia internacional, los efectos secundarios constituyen los principales motivos de retiro del implante, principalmente los relacionados al sangrado menstrual, tanto la ausencia como el aumento del mismo, el aumento de peso y la cefalea.

Es fundamental brindar un adecuado asesoramiento sobre estos temas, antes de la colocación del dispositivo, para favorecer la continuidad de su uso.

Es importante trabajar con la persona usuaria sobre ventajas, desventajas, posibles complicaciones, eventuales efectos y alternativas para permitir una toma de decisiones informada.

En la consejería:

- Explicar que es un método de larga duración, ideal para aquellas personas que no planean un embarazo en los próximos años y buscan un método anticonceptivo duradero.
- Explicar que el efecto de los implantes cesa una vez que se retira. Sus hormonas no permanecen en el cuerpo. Y se recupera la fertilidad en forma inmediata.
- Explicar que no se mueven a otras partes del cuerpo si fueron correctamente colocados.
- Describir los efectos secundarios más frecuentes: cambios en el patrón de sangrado (sangrado irregular, amenorrea). Aclarar que los cambios del sangrado no son signos de enfermedad y que estos efectos secundarios suelen disminuir después de los primeros meses de colocación aunque que también pueden continuar.
- Explicar en qué consiste el procedimiento de colocación, cuánto tiempo va a durar y los cuidados inmediatos.

21. DSSR. (2018). Estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en la Argentina.

22. Para más información ver Capítulo 2. Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud.

- Informar sobre que es posible que sienta alguna molestia durante la colocación, pero que para la mayoría de las usuarias resulta un procedimiento completamente tolerable.
- Explicar a la persona usuaria la necesidad de consultar ante la presencia de determinados síntomas que pueden advertir una complicación: enrojecimiento de la piel, aumento de la temperatura, dolor en la zona de la colocación (ya que pueden ser signos de infección), o si se observa que alguna varilla se está saliendo por la incisión.
- Dar espacio a preguntas. Despejar dudas.
- Facilitar que pueda concurrir a nuevas consultas.

9.3.6.2. Momento de la inserción de los implantes subdérmicos

Las buenas prácticas para la inserción de métodos LARC^{23 24} recomiendan:

Proporcionar métodos LARC el mismo día que se solicite, siempre que sea posible, si se tiene certeza razonable de que no hay embarazo.

Ofrecer métodos LARC en el momento del parto o aborto.

Por lo general, **puede colocarse el implante en cualquier momento del ciclo si existe una razonable certeza de que no hay embarazo**. Hacerlo en los primeros días del ciclo, brinda seguridad de que no hay embarazo y a la vez, de que no se requerirá de un método de respaldo para evitar un embarazo hasta que el método colocado sea efectivo. Sin embargo, es muy importante valorar la situación individual de cada persona y las posibilidades concretas de concurrir nuevamente al centro de salud

Durante la menstruación (colocación dentro de los 5 días del ciclo)

- No se requiere método de respaldo.

Durante el resto del ciclo

- En cualquier momento si existe razonable certeza de que la persona no está embarazada.
- Agregar método de respaldo por 7 días.

Puerperio –Lactancia

- Menos de 6 semanas: inmediatamente.
- 6 semanas a 6 meses y con amenorrea: colocar si la mujer o PCG se encuentra con lactancia exclusiva o casi exclusiva, o si hay certeza de no embarazo.
- Más de 6 semanas y con ciclos menstruales: colocar como se indica en mujeres con ciclos menstruales

Post aborto

- Aborto del 1º y 2º trimestre, con o sin infección: inmediatamente.
- Si pasaron más de 12 días, se puede colocar en cualquier momento si existe una razonable certeza de que la persona usuaria no está embarazada

Cambio desde otro métodoreemplazar por puntito

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no esta embarazada
- No necesita esperar a su siguiente menstruación
- Agregar método de respaldo por 7 días.
- En el caso de que la persona haya estado usando anticonceptivos inyectables: se recomienda colocar el método cuando tenía que aplicarse la siguiente inyección. No se requiere método adicional.

23. Los métodos LARC incluyen: implantes subdérmicos, DIU con cobre y con levonorgestrel. Ver [Capítulo 4. Métodos anticonceptivos \(MAC\)- Generalidades](#).

24. En varias jurisdicciones del país profesionales de la licenciatura en obstetricia cuentan con la habilitación para realizar esta práctica, así como la colocación de DIU.

9.3.6.3. Inserción de los implantes subdérmicos

Tanto la inserción como la extracción de los implantes subdérmicos debe realizarla una persona profesional específicamente entrenada²⁵. Se utiliza anestesia local, y demora unos pocos minutos.

Se coloca de manera **subdérmica en el brazo no dominante** y la técnica para hacerlo depende del tipo de implante. Una vez colocado, el método en general **no se desplaza** de su lugar a otras partes del cuerpo.

Una colocación adecuada es el paso fundamental para la prevención de las complicaciones.

Durante el procedimiento

- Ir explicando a la persona 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.

Colocación de implantes subdérmicos

Deben ser insertados por vía subdérmica justo bajo la piel, en la cara interna de la parte superior del brazo **evitando el canal (surco) entre los músculos bíceps y tríceps** donde se encuentran los grandes vasos sanguíneos y los nervios del haz neurovascular más profundo en el tejido subcutáneo. La inserción debe realizarse en condiciones asépticas.

Debe ser posible palpar los implantes bajo la piel después de su colocación. Cuando son insertados a mayor profundidad que la capa subdérmica (inserción profunda) pueden no ser palpables y dificultar su localización y/o extracción.

Se recomienda que la persona profesional sanitaria esté sentada durante todo el procedimiento de inserción, de forma que el lugar de inserción y el movimiento de la aguja puedan verse con claridad desde el lateral.

Técnica de colocación del implante de una varilla

1. Solicitar a la persona usuaria *que se recueste de espaldas sobre la camilla*, con su brazo no dominante flexionado a la altura del codo y rotado externamente de manera que su mano se encuentre debajo de la cabeza o tan cerca como sea posible.

2. Identificar el lugar de inserción: en la cara interna de la parte superior del brazo, sobre el músculo tríceps, alrededor de 8-10 cm del epicóndilo medial del húmero y 3 a 5 cm por debajo del surco (o canal) entre los músculos bíceps y tríceps. Esta ubicación intenta evitar los grandes vasos sanguíneos y los nervios que se encuentran dentro y rodeando el canal.

3. Hacer dos marcas. 1. Marcar un punto donde se insertará el implante, y 2. Marcar un punto a pocos centímetros proximales de la primera marca, que servirá como guía de orientación durante el proceso de inserción.

4. Limpiar el lugar de inserción con una solución antiséptica.

5. Anestesiarse el lugar de inserción (por ejemplo, mediante la inyección de 2 ml de lidocaína 1 % justo debajo de la piel a lo largo del canal de inserción previsto).

6. Extraer del blíster el aplicador estéril precargado desechable del implante. No utilizar el aplicador si se duda de la esterilidad del mismo.

7. Con una mano sostener el aplicador desde la superficie granulada y *quitar el tapón transparente de protección de la aguja deslizando horizontalmente hacia adelante*. Se puede ver el color blanco del implante examinando la punta de la aguja. No tocar el gatillo hasta que haya insertado plenamente la aguja por vía subdérmica, para evitar retraer la aguja y liberar prematuramente el implante del aplicador.

8. Con la mano que tiene libre, *estirar la piel alrededor del lugar* de inserción con el pulgar y el dedo índice.

9. *Pinchar la piel ligeramente con la punta de la aguja* en un ángulo menor de 30°. Bajar el aplicador a una posición horizontal. Mientras que con la punta de la aguja se levanta la piel, deslizar la aguja en toda su longitud. Es posible sentir una ligera resistencia, pero no ejercer una fuerza excesiva. Si la aguja no se inserta en toda su longitud, el implante no estará correctamente insertado. Se recomienda estar sentado mirando lateralmente el aplicador y no desde arriba, de manera de poder ver mejor el movimiento de la aguja y si se ha insertado justo bajo la piel.

10. Durante el siguiente paso, es importante mantener el aplicador en la misma posición con la aguja insertada en toda su longitud, de ser necesario utilizar la mano libre para mantener el aplicador en la misma posición. *Desbloquear el gatillo empujándolo ligeramente hacia abajo y luego deslizarlo completamente hacia atrás hasta el final de la corredera.* De esta manera el implante pasará a su posición subdérmica final y la aguja quedará bloqueada dentro del cuerpo del aplicador. Si el aplicador no se mantiene en la misma posición durante este proceso o si el gatillo no se desliza completamente hacia atrás, el implante no estará insertado correctamente.

11. *Retirar el aplicador.*

12. Verificar siempre mediante una palpación la presencia del implante en el brazo de la persona usuaria inmediatamente después de la inserción. Palpando ambos extremos del implante, debe ser capaz de *confirmar la presencia de la varilla* de 4 cm.

13. Solicitar a la persona usuaria que palpe el implante.

14. *Limpiar nuevamente la zona y aplicar una gasa estéril con un vendaje compresivo* para reducir al mínimo la posibilidad de hematoma. Mantener la gasa ocluyendo durante 3 días y el vendaje compresivo por 24 horas.

15. El aplicador es de un solo uso y debe desecharse adecuadamente según la normativa para la manipulación de residuos biológicos peligrosos.

16. *Completar la tarjeta de la persona usuaria y entregársela* y realizar los registros según corresponda.

Profilaxis antibiótica

No es necesaria la profilaxis antibiótica para la colocación del implante subdérmico.

Técnica de colocación del implante de dos varillas

Los implantes se insertarán subcutáneamente a través de una incisión, en forma de V estrecha.

1. *Solicitar a la persona usuaria que se recueste de espaldas sobre la camilla* con su brazo no dominante flexionado a la altura del codo y rotado externamente de manera que la muñeca este en paralelo a la oreja o la mano colocada al lado de la cabeza.

2. *Identificar el lugar de inserción:* cara interna de la parte superior del brazo no dominante, a unos 8-10 cm por encima del epicóndilo medio del humero, evitando el canal (surco) entre los músculos bíceps y tríceps donde se encuentran los grandes vasos sanguíneos y los nervios del haz neurovascular más profundo en el tejido subcutáneo.

3. *Hacer tres marcas:* marcar un punto donde se insertará el implante, y Marcar dos puntos a pocos centímetros proximales de la primera marca, con una abertura aproximada de 30 grados. Estas marcas servirán como guía de orientación durante el proceso de inserción.

4. *Limpiar el lugar de inserción* con una solución antiséptica.

5. *Anestesiarse el lugar de inserción* (por ejemplo, mediante la inyección de 2 a 4 ml de lidocaína 1% justo debajo de la piel en las direcciones en las que se insertarán los implantes.

6. *Extraer del blister el trócar estéril y las dos varillas* teniendo cuidado para que no se contaminen.

7. *Realizar con un bisturí una incisión* de unos 2 mm en la piel en la cara medial del brazo previamente señalada. Puede introducirse directamente el trócar en caso que cuente con una punta adecuada.

8. *El trócar desechable tiene dos marcas:* una cerca del mango, que sirve para saber la distancia hasta la cual se deslizará el trócar por debajo de la piel antes de cargar cada varilla. Otra cerca de la punta, que será hasta donde se retirará el trócar luego de colocada la primera varilla. Evitar tocar en todo momento la parte del trócar que se deslizará por debajo de la piel.

9. *Introducir el trócar a través de la incisión.* Para facilitar la inserción subcutánea se puede levantar la piel ligeramente y deslizar hasta la marca del trócar, o hasta introducir unos 5,5 cm del mismo. No forzar el trócar. De existir alguna resistencia, intentar en otra dirección. Mantener en todo momento el bisel del trócar hacia arriba.

10. *Retirar el émbolo y cargar el primer implante* con los dedos o una pinza hasta notar una resistencia. Nunca forzar el émbolo.

11. *Liberar el primer implante* manteniendo en su sitio el émbolo y extrayendo suavemente el trócar de la incisión hasta que el émbolo lo pare o hasta la segunda marca cerca de la punta.

12. *Introducir deslizando nuevamente el trócar bajo la piel* hasta la marca de la base, al lado del primer implante, colocando los dos implantes en forma de V cerrada. Retirar el émbolo, cargar la segunda varilla y retirar completamente el trócar y émbolo. Retirar por completo únicamente luego de haber colocado ambas varillas.

Para evitar una expulsión, dejar una distancia de 0,5 cm entre la incisión y el extremo de ambas varillas.

13. *Verificar siempre mediante una palpación la presencia de los implantes* en el brazo de la persona usuaria inmediatamente después de la inserción.

14. Solicitar a la persona usuaria que palpe los implantes.

15. *Limpiar nuevamente la zona, aproximar los bordes de la incisión y aplicar una gasa estéril con un vendaje compresivo* para reducir al mínimo la posibilidad de hematoma. Mantener la zona cubierta y seca por 3 días.

16. Todos los materiales de un solo uso deben desecharse adecuadamente en un recipiente para objetos cortopunzantes.

17. *Completar la tarjeta de la persona usuaria y entregársela* y realizar los registros según corresponda.

No es necesaria la profilaxis antibiótica.

9.3.6.4. Eventos relacionados con la inserción de implantes

Las complicaciones debidas a la inserción y extracción de los implantes anticonceptivos son raras. Pueden incluir dolor, parestesia, sangrado, moretones, infecciones y cicatrices.

Implantes no palpables en el momento de la colocación

Si no se palpan los implantes o cuando su presencia sea dudosa, puede que no hayan sido insertados o que hayan sido insertados profundamente.

Si luego del momento de aplicación, no se palpan los implantes, se debe revisar todo el contenido del envase, incluido el aplicador.

Si los implantes se insertan profundamente, pueden producirse daños neurológicos o vasculares. Los casos de inserciones profundas o incorrectas se han relacionado con parestesia (por daño neurológico) y desplazamiento del implante (a causa de la inserción intramuscular o en la fascia), y en raros casos con inserción intravascular. Si se sospecha que se han insertado profundamente debe actuarse como se indica en el apartado.

Infección

Generalmente, una buena técnica antiséptica y cubrir el sitio de inserción o extracción con un vendaje estéril impide la infección.

Si la persona presenta signos o síntomas de infección en los primeros días después de la inserción o remoción de implantes, debe descartarse la infección de la piel. La causa más común de infección es la flora normal de la piel, por lo tanto, si se requieren antibióticos deben cubrir grampositivos de la piel. Si la infección no se resuelve, puede ser necesario quitar los implantes.

Hematomas

Los hematomas leves después de la colocación de implantes son comunes. Rara vez se desarrolla un hematoma grande. Aplicar gasa estéril con un vendaje compresivo durante 24 horas puede minimizar esta complicación. Las molestias causadas por los hematomas pueden aliviarse con hielo y medicamentos antiinflamatorios.

9.3.6.5. Control posinserción. Seguimiento

Es importante **brindar pautas de alarma** sobre signos de infección (como enrojecimiento, aumento de temperatura local o general, edema o dolor) en el sitio de inserción de los implantes, y explicar la importancia de realizar una consulta si esto ocurriera o si observara que el o los cilindros están saliendo por el orificio de inserción.

Se recomienda pactar con la persona usuaria una nueva visita luego de algunos meses de usar los implantes, para trabajar sobre las dudas que surjan. El método en sí mismo no necesita controles.

Es importante recordarle el tiempo de duración del efecto anticonceptivo para que regrese antes de que comience a perder eficacia. Allí se pautará la extracción y, si lo desea, la sustitución o cambio a otro método.

También debe recomendarse que consulte si no puede palpar los implantes o si impresiona que ha modificado su forma, si observa cambios en la piel o dolor alrededor de las varillas, si se embaraza,

o si desarrolla alguna condición que pueda implicar una contraindicación para el uso del método.

También si aumenta mucho de peso, ya que **el aumento de la masa corporal puede afectar la duración del método en algunos casos.**

9.3.6.6. Cómo suspender el método. Extracción de implantes

La extracción suele ser un procedimiento sencillo. Puede hacerse al final de la vida útil del método o a pedido de la persona usuaria.

La persona usuaria puede solicitar que se le retiren los implantes en cualquier momento que lo desee y estos deben ser extraídos.

Previo a la extracción

- Explicar en qué consiste el procedimiento de extracción, y cuáles son los cuidados inmediatos.
- Informar que es posible que sienta alguna molestia pero que para la mayoría de las personas usuarias resulta un procedimiento completamente tolerable.

Durante el procedimiento

- Ir explicándole a la persona 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.

Técnica de extracción

La retirada del método sólo debe realizarse en condiciones asépticas, por una persona profesional sanitaria, se recomienda

seguir los siguientes pasos:

Para extracción del implante de una varilla

1. Verificar mediante palpación la *localización exacta del implante* en el brazo y marcar el extremo distal (extremo más cercano al codo).

2. *Limpiar* el lugar donde se realizará la incisión con antiséptico.

3. *Anestesiar el brazo*, por ejemplo, con 0,5 a 1 ml de lidocaína 1 % en la zona marcada para la incisión. Inyectar la anestesia local solo por debajo del implante. La inyección de anestesia por arriba del implante dificultaría posteriormente su palpación.

4. *Empujar* hacia abajo el extremo proximal del implante para estabilizarlo; puede sobresalir una protuberancia que indica el extremo distal del implante.

5. Comenzando en la punta distal del implante, *hacer una incisión* longitudinal de 2 mm hacia el codo.

6. *Empujar suavemente el implante hacia la incisión* hasta que la punta sea visible.

7. *Sujetar el implante* preferentemente con pinzas curvas de mosquito y extraiga el implante.

8. Si el implante está encapsulado, hacer una incisión en la vaina de tejido y extraer el implante con las pinzas.

9. Si la punta del implante no se hace visible tras la incisión, insertar suavemente una pinza y girarla hacia su otra mano. Con un segundo par de pinzas diseccionar cuidadosamente el tejido alrededor del implante, sujetarlo y entonces extraerlo.

10. *Confirmar que se ha extraído la varilla completa*, de 4 cm de largo, mediante la medición de la longitud.

11. Una vez extraído el implante, *cerrar la incisión* con esteritrips o con un punto y aplicar una venda adhesiva. Mantener la zona cubierta al menos por 24 horas.

12. *Cubrir con una gasa estéril* durante 3 días y aplicar un vendaje compresivo durante 24 horas.

Para dos varillas

1. Verificar mediante palpación la *localización exacta del implante* en el brazo y marcar el extremo distal (extremo más cercano al codo). Este procedimiento puede llevar más tiempo que la inserción.

2. *Limpiar* el lugar donde se realizará la incisión con antiséptico.

3. *Anestesiar el brazo*, por ejemplo, con 0,5 a 1 ml de lidocaína 1 % en la zona marcada para la incisión. Inyectar la anestesia local por debajo de la zona donde se encuentra el implante con el fin de mantenerlo cerca de la superficie de la piel.

4. *Empujar* hacia abajo el extremo proximal de una varilla del implante para estabilizarla; puede sobresalir una protuberancia que indica el extremo distal.

5. *Hacer una incisión* con un bisturí en el extremo distal de 4 mm aproximadamente, bajo el vértice donde confluyen las dos varillas.

6. *Empujar suavemente cada implante hacia la incisión* hasta que la punta sea visible.

7. *Sujetar una varilla* preferentemente con pinzas curvas de mosquito y extraer el implante.

8. Si el implante está encapsulado, hacer una incisión en la vaina de tejido y extraer el implante con las pinzas.

9. *Confirmar que se ha extraído la varilla completa*, de 43 mm de largo, mediante la medición de la longitud.

10. Repetir el procedimiento para el segundo implante. Si la extracción resulta difícil o no es posible retirar ambas varillas, citar a la persona otro día para completar la extracción. Indicar un método de respaldo anticonceptivo no hormonal hasta el procedimiento.

11. Una vez extraídas las dos varillas, **cerrar la incisión** con esteritrips o con un punto y aplicar una venda adhesiva. Mantener la zona cubierta al menos por 24 horas.

12. Aplicar un vendaje compresivo con una gasa estéril para prevenir la aparición de hematomas.

9.3.6.7. Reinserción

Tras la extracción del implante, la inserción inmediata de un nuevo implante mantendrá una protección anticonceptiva continuada. Si la persona usuaria no desea continuar utilizando el implante, pero quiere continuar con la prevención del embarazo, realizar consejería para que pueda elegir otro método anticonceptivo.

Si desea continuar usando implantes, se puede insertar un nuevo implante inmediatamente después de la extracción del anterior usando la misma incisión. Se sugiere usar otro camino o canal subdérmico adyacente al anterior. Si el implante anterior estaba mal colocado, se sugiere utilizar un nuevo lugar.

Si el cambio se hizo a al finalizar su duración anticonceptiva o antes, no se requiere método adicional.

Esta información aplica tanto a implante de una como de dos varillas.

9.3.7. Efectos secundarios

Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la persona 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 personas los presentan.

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

- **Alteraciones del sangrado.** Son comunes, pero no son perjudiciales para la salud.

Pueden consistir en un **patrón de sangrado irregular** (ausencia, disminución, sangrados más frecuentes o continuos) y **cambios en la intensidad del sangrado** (disminución o aumento), o en la duración. Una de cada 5 personas usuarias de implantes experimenta amenorrea mientras que otra de cada 5 presenta sangrado frecuente y/o prolongado. El patrón de sangrado durante los tres primeros meses generalmente permite predecir el futuro patrón de sangrado. Lo más frecuente es que presenten sangrado irregular, que suele ser más prolongado durante el primer año y luego, se hace más regular o infrecuente, llegando incluso a la amenorrea.

Cuando el sangrado es muy prolongado o molesto, puede intentarse tratamiento con AINE (ibuprofeno 600 mg cada 8 h por 5 días; ácido mefenámico 500 mg cada 12 h por 5 días), ACO combinados de baja dosis (si es posible de acuerdo a los CME) cíclicos durante 2 a 3 ciclos, noretisterona 5 mg cada 12 h por 20 días durante 2 a 3 ciclos, estrógenos (parches o comprimidos), doxiciclina: 100 mg c/12 h/5 días, azitromicina: 500mg/día/5 días.

Si una persona usuaria de implantes presenta de manera repentina una **hemorragia uterina anormal**, debe ser evaluada de forma similar a aquellas que no se encuentran utilizando este método y los diagnósticos diferenciales son los mismos, incluyendo embarazo y la neoplasia ginecológica. Por otro lado, debido a que muchas personas usuarias de implantes son mujeres jóvenes, es posible esperar sangrado irregular e impredecible durante todo el tiempo de uso del método, lo cual no necesariamente requerirá una evaluación adicional.

- *Cefaleas.*
- *Depresión.*
- *Acné (puede mejorar o empeorar).*
- *Variaciones de peso.*
- *Tensión mamaria.*
- *Mareos.*
- *Cambios de humor.*
- *Náuseas.*

9.3.7.1. 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. Otras complicaciones pueden ser: hematomas, parestesia y extrusión.

Implantes no palpables

Siempre que un implante no sea palpable, se debe excluir el embarazo y recomendar el uso de un método anticonceptivo de respaldo hasta que se confirme la presencia del implante. En caso de corresponder, recomendar anticoncepción de emergencia.

La inclusión de bario en el implante de una varilla permite *localizarlo fácilmente mediante una radiografía. Una ecografía será útil en la localización de cualquier modelo de implante no palpable.*

Cuando el implante no es palpable, no se debe intentar la extracción hasta que se determine la localización del mismo. Si la persona usuaria presenta un implante profundo, incluso si está insertado muy profundamente en el músculo o cercano a un paquete vasculonervioso, *debe ser extraído quirúrgicamente por una persona profesional con manejo anatómico del miembro superior.*

La cirugía exploratoria sin el conocimiento previo de la ubicación exacta del implante está totalmente desaconsejada.

Rotura de un implante o implantes doblados in situ

Se han notificado casos de rotura de los implantes o de implantes doblados mientras éste se encontraba inserto. Basándose en datos in vitro, cuando un implante está roto o doblado, la velocidad de liberación del progestágeno puede aumentar ligeramente. No se espera que este cambio tenga efectos clínicamente significativos. Cuando se extraiga un implante, es importante extraerlo completamente.

Embarazo

El riesgo de embarazo en personas usuarias de implantes anticonceptivos es muy bajo (menos del 1 %).

Si la persona desea continuar con el embarazo, el implante debe ser removido y debe informarse que el implante no produce malformaciones.

Interacciones medicamentosas de anticonceptivos de solo progestágeno

Son pocas las interacciones medicamentosas que pueden darse en general con el uso de anticonceptivos de solo progestágeno. Deberá indagarse en la consejería previa la utilización de medicaciones de uso prolongado para realizar los ajustes necesarios en caso de requerir respaldo anticonceptivo adicional.

Cuadro 9.3.

Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales solo de progestágenos.**
Clasificación de acuerdo a los Criterios de elegibilidad de la OMS 2015

	AOPS	AMPD	Implante
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa	1	1	1
Inhibidores NO nucleósidos de la transcriptasa reversa	2	1	2*
Inhibidores de la proteasa	2	1	2
Anticonvulsivantes (fenitoína, carbamacepina, 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*

*Estudios farmacocinéticos sugieren interacciones farmacológicas entre el implante subdérmico y algunas drogas que se utilizan en la terapia antirretroviral para el VIH, algunos anticonvulsivantes y antibióticos específicos que se indican generalmente en el tratamiento para la tuberculosis. Estas interacciones pueden reducir la efectividad anticonceptiva y deberán tenerse en cuenta en el uso prolongado con estos medicamentos. Se sugiere sumar el uso del preservativo ante estas situaciones.

** Para más información sobre interacciones con drogas antirretrovirales, Ver Cuadro 17.1.

Capítulo 10

Dispositivos intrauterinos

Puntos clave

- ✓ Son métodos reversibles de larga duración. Su efectividad es muy alta y no depende de la persona usuaria.
- ✓ Existen diferentes tipos y modelos. La duración del efecto anticonceptivo varía de 3 a 10 años.
- ✓ Se recupera la fertilidad en forma inmediata cuando se extrae.
- ✓ El DIU de cobre es el método de anticoncepción de emergencia más eficaz
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.

Revisaron contenidos de este capítulo:

Edición 2019, Lic. Romina Castellani (DNSSR), 2014 Dra. Silvina Arrossi, Dra. Rosa Laudi, Dra. Vilda Discacciati, Dr. Luis Paul y Lic. Irina Perl, (Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino), Ministerio de Salud de la Nación.



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 de plástico flexible 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 o PCG 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

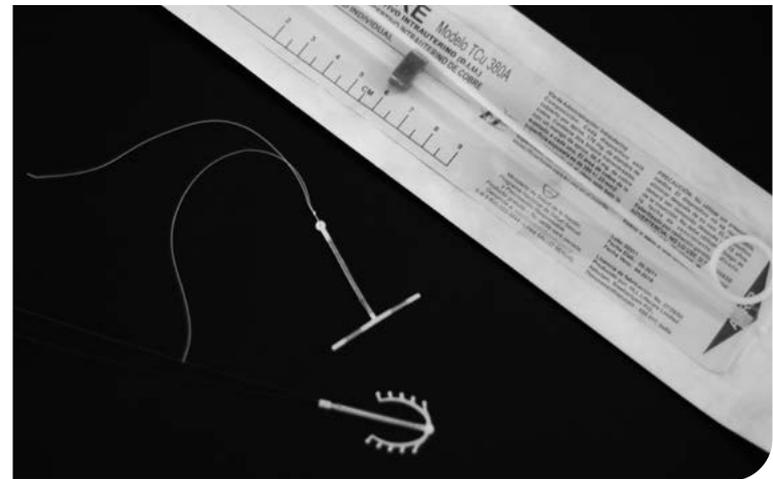
Actualmente hay 2 tipos en uso:

- 1. Dispositivo intrauterino con cobre (DIU-Cu)**
- 2. Dispositivo intrauterino con progestágeno (levonorgestrel) (DIU-Lng)**, también conocido como Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU).

10.1. Dispositivo intrauterino (DIU) con cobre

Puntos clave

- ✓ Los DIU 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).
- ✓ Es el método más eficaz en anticoncepción de emergencia (99 % de eficacia).
- ✓ Puede ser indicado en forma segura a la mayoría de las personas con capacidad de gestar, hayan tenido hijas/es/os o no, incluso a adolescentes.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.

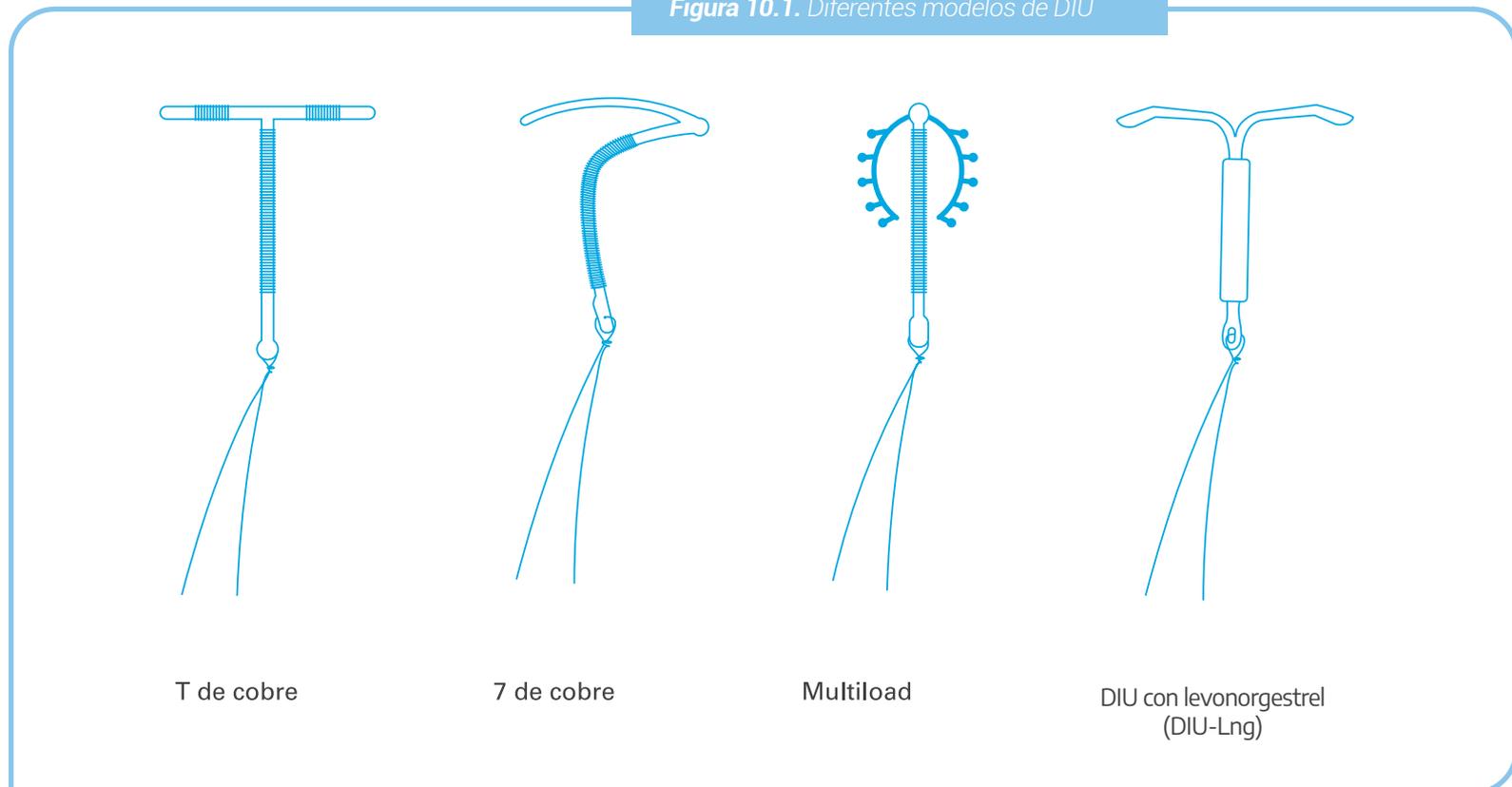


La mayoría de los DIU están formados por una estructura de plástico, con un vástago vertical que es rodeado por el hilo de cobre y una o dos ramas horizontales (rectas o curvas, según el modelo de DIU), que en algunos modelos llevan unos anillos de cobre. Toda esta estructura va inserta dentro de la cavidad uterina (Figura 10.2). 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.

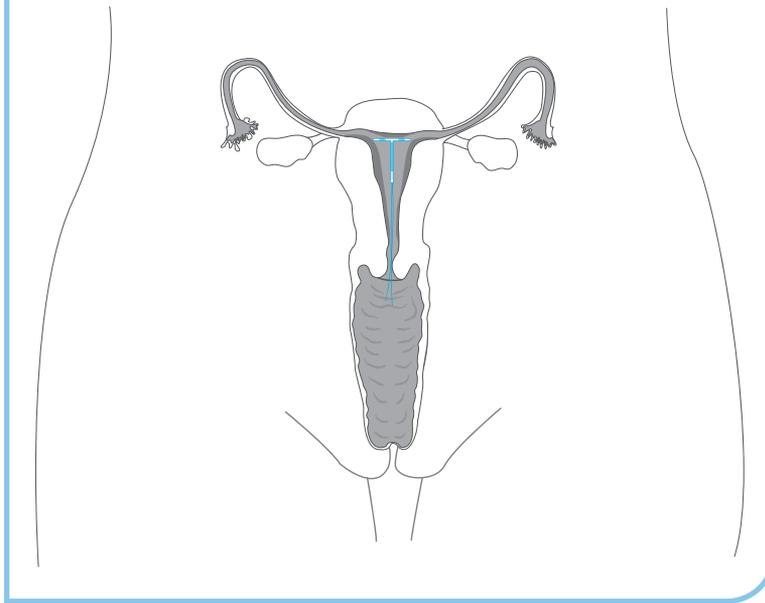
Los DIU con cobre (Cu) son los más utilizados en la actualidad. Existen **diferentes modelos: T, 7, Multiload, Nova T** (Figura 10.1), siendo uno de los más difundidos a nivel mundial el DIU T Cu 380 (Figura 10.3).

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 10.1. Diferentes modelos de DIU



Fuente: elaboración propia. 2014

Figura 10.2. DIU inserto en la cavidad uterina

Fuente: elaboración propia. 2014

10.1.1. Mecanismo de acción

La acción de los **DIU-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.

Figura 10.3. DIU T Cu 380

Otras/es/os autoras/es 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 cobre exacerba la reacción inflamatoria.

Todas estas acciones apuntan a un mecanismo anticonceptivo prefertilización.

10.1.2. 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 persona usuaria.

Con el uso correcto: menos de 1 embarazo cada 100 mujeres o PCG por año de uso (6 embarazos cada 1.000 mujeres o PCG).

Con el uso habitual: menos de 1 embarazo cada 100 mujeres o PCG por año de uso (8 embarazos cada 1.000 mujeres o PCG).

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*.

10.1.3. Uso de DIU de cobre en anticoncepción de emergencia

Hay dos tipos de anticonceptivos de emergencia: los métodos hormonales conocidos como anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) ([Ver Capítulo 7](#)) y el dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu). Ambos deben ser opciones que la persona pueda evaluar y elegir.

La colocación de DIU es el método más eficaz en anticoncepción de emergencia si se coloca dentro de los 5 días (o 120 horas) de la relación sexual sin protección, pero también puede insertarse después, si es dentro de los 5 días siguientes al día esperado para la ovulación.

Evita un embarazo en más del 99 % de los casos.

La persona deberá recibir previamente la consejería completa del DIU como método anticonceptivo de uso regular.

El mecanismo de acción es el mismo que en anticoncepción prolongada.

A diferencia de la AHE, el DIU de cobre como AE puede ser colocado en personas independientemente de su IMC (índice de masa corporal) y no tiene interacciones medicamentosas. Se deberán evaluar los criterios de elegibilidad según condiciones de salud de la persona usuaria, por lo que requiere de correcta y completa anamnesis y especuloscopia y tacto vaginal bimanual, como en su colocación habitual.

Puede estar menos disponible que la AHE por requerir de un consultorio, instrumental adecuado y profesionales de la salud con entrenamiento para su colocación.

Una ventaja de utilizar el DIU como anticonceptivo de emergencia es que una vez colocado, la persona usuaria puede permanecer con un método de larga duración, seguro, efectivo y reversible. En caso de su uso en víctimas de violencia sexual, es importante tener especialmente en cuenta conversar con la persona sobre el procedimiento de colocación para que evalúe si quiere y puede transitarlo, considerando su situación psico emocional luego de la violación sexual¹.

Dado que el uso de AE reduce, pero no elimina por completo la posibilidad de embarazo, debe informarse sobre la importancia de la realización de un test de embarazo en caso de ausencia de menstruación en la fecha esperada.

10.1.4. Recuperación de la fertilidad

Al retirar el DIU, la reacción inflamatoria desaparece rápidamente y la fertilidad **se recupera sin demora**. La tasa de embarazo de quienes han usado este método es similar a las que han dejado de usar otros métodos anticonceptivos.

* Si bien hay estudios que muestran una efectividad del DIU T Cu380 por 12 años (OMS 2022), en nuestro país la ANMAT no ha extendido, a la fecha de esta publicación, su duración anticonceptiva más allá de los 10 años.

1. Ver: Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales, actualización 2021.

No es necesario “*hacer un descanso después del DIU*” si se quiere iniciar la búsqueda de un embarazo.

10.1.5. Protección contra el VIH y otras ITS

El DIU no ofrece ninguna protección contra el VIH y otras ITS. Es indispensable recomendar su prevención y la importancia de la doble protección (DIU + preservativo).

10.1.6. Quién puede y quién no puede utilizar este método

La mayoría de las personas con útero pueden 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-Cu puede producir un **aumento del sangrado menstrual**, en aquellas personas 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. Para las personas con anemia el DIU con cobre es considerado **categoría 2** por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En estas situaciones el DIU con levonorgestrel (DIU-Lng) es una opción.

El DIU **también puede ser indicado en forma segura a adolescentes.** Aunque la posibilidad de expulsión y extracción por sangrado o dolor es mayor en las menores de 20 años que en las mujeres o PCG 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).

Cuadro 10.1.

Dispositivos intrauterinos: ventajas y desventajas de su uso

Dispositivos intrauterinos	
Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> - Alta efectividad anticonceptiva. - Método reversible en forma inmediata. - Anticoncepción duradera. - Baja posibilidad de falla por error de la usuaria. - No necesita motivación para su uso. - Método desvinculado del coito. - No interacciona con medicaciones. 	<p>Efectos adversos frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor sangrado menstrual. - Goteo intermenstrual. - Cólicos durante la menstruación. <p>Riesgo (infrecuente) de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expulsión. - Perforación uterina durante la colocación. <p>Contraindicaciones orgánicas, determinadas por la anatomía.</p> <p>No protege contra ITS.</p> <p>Requiere intervención profesional para su colocación y extracción.</p>

Fuente: elaboración propia basada en Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington: CCP y OPS, 2019.

El hecho de **no tener hijas/es/os o nuliparidad** fue considerado, durante años, una contraindicación para usar DIU, puesto que se creía que la condición de no haber tenido hijas/es/os aumentaba los riesgos de perforación uterina, expulsión o infección pelviana (que dejara como secuela riesgo de esterilidad). Sin embargo, **no se asocian mayores tasas de perforación, expulsión o infección con la nuliparidad.** Sí hay estudios que indican que las personas adolescentes de 14 a 19 años pueden tener más posibilidades de expulsar el DIU porque su útero es más pequeño, sin que esto represente una contraindicación para su uso².

En varias investigaciones recientes se ha demostrado que quienes no han tenido hijas/es/os no tienen más riesgo de alguna de estas complicaciones (perforación, expulsión o infección) que las que han tenido).

En los casos de personas con capacidad de gestar con enfermedades que generan mayor susceptibilidad a las infecciones (tratamientos quimioterápicos, corticoterapia, inmunodepresión, reemplazo valvular cardíaco, valvulopatía) y aquellas personas usuarias que sufren sangrado menstrual abundante 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 2015):**

- 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 ovario³: no se recomienda colocar DIU cuando la persona ya tiene diagnóstico de la patología, ya que cualquier

tratamiento del cáncer (histerectomía o radioterapia) implica su remoción. Si la persona usuaria ya 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 persona usuaria tiene prácticas sexuales que la exponen a ITS, y no usa preservativo, se considera categoría 2 o 3 dependiendo de la situación singular. Si 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.
- Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) para el inicio.
- LES con Trombocitopenia severa para el inicio del método⁴.
- TBC pélvica para la continuación.

■ **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 posaborto séptico.

3. Categoría de inicio: 3, continuación: 2.

4. Categoría de inicio: 3, continuación: 2.

5 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.

- Cáncer cervical: no se recomienda colocar un DIU si la persona ya tiene diagnóstico de cáncer de cuello uterino, ya que cualquier tratamiento del cáncer (histerectomía o radioterapia) implica su remoción. Si ya 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 o PCG con VPH (virus del papiloma humano) y NIC (neoplasia intraepitelial cervical).⁶

- Cáncer endometrial: para el inicio.⁷
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina.
- Anormalidades anatómicas que distorsionen la cavidad uterina.
- EPI actual para el inicio.⁸
- 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.

10.1.7. Administración del método

10.1.7.1. Momento de inserción

En la mayoría de personas con capacidad de gestar puede colocarse el DIU en 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 una persona profesional de la salud con entrenamiento adecuado para hacerlo⁹.

Es importante recordar que para la inserción de métodos LARC se recomienda:

Proporcionar métodos LARC el mismo día que se solicitan, siempre que sea posible, si el embarazo puede ser razonablemente excluido.

Ofrecer métodos LARC en el posevento obstétrico.

6 Ver OMS, 2007; Boletín Médico IPPF, 2007; Castellsagué et al., 2011.

7 Categoría de inicio: 4, continuación: 2.

8 Categoría de inicio: 4, continuación, 2. Debe tratarse la EPI con antibióticos adecuados. Generalmente no es necesario retirar el DIU si la persona usuaria desea continuar con éste. Entre personas usuarias de DIU tratadas por EPI, no hubo diferencias en la evolución clínica si se retiró el DIU. [Ver en este capítulo "Conductas ante interurrencias infecciosas y no infecciosas."](#)

9. En varias jurisdicciones del país profesionales de la licenciatura en obstetricia cuentan con la habilitación para realizar esta práctica, así como la colocación de implantes subdérmicos anticonceptivos.

Cuadro 10.2.

Cuándo comenzar o insertar el DIU (DIU-Cu / DIU-Lng)

Durante la menstruación (inserción durante los primeros 5 días del ciclo)	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad de ausencia de embarazo. • Mayor facilidad para la inserción: el ístmus cervical tiene mayor diámetro y elasticidad (no es absolutamente cierto que el OCI se encuentre más abierto). • El sangrado pos inserción no preocupa a la persona usuaria ya que queda enmascarado por el sangrado menstrual. • Nulligestas: puede ser más dificultosa la inserción por estrechez cervical, siendo necesaria la dilatación cervical con bujías de Hegar N° 2 y 3.
Durante el resto del ciclo menstrual	En cualquier momento si se tiene certeza razonable que la persona no está embarazada.
Cambio desde otro método	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Posparto (Ver Capítulo 16. AIPEO)	<ul style="list-style-type: none"> • Posalumbramiento: durante los 10 minutos después de la expulsión de la placenta. • Posparto inmediato: hasta 48 horas posparto. • Poscesárea: la inserción a través de la incisión de la cesárea se considera segura. O a partir de la 4ta semana poscesárea. • La colocación del DIU posparto requiere entrenamiento de la persona profesional. <p>Se recomienda las inserciones posplacenta e intracesárea, por sus tasas de expulsión más bajas.</p>
Puerperio – Lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Si pasaron más de 48 h esperar por lo menos 4 semanas para su colocación. • Si ha reiniciado sus menstruaciones, colocar el DIU como se indica en mujeres o PCG con ciclos menstruales.
Posaborto	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto del 1° y 2° 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 persona 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.

Fuente: elaboración propia basada en Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. OMS. 2018

Recomendaciones para el equipo de salud:

Establecer un vínculo que favorezca una comunicación fluida entre el equipo de salud y la persona usuaria contribuye a mejorar la adherencia al método. Iniciar la consulta hablando sobre intereses, inquietudes y dudas que traen las personas 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.

10.1.7.2. Requisitos previos a la inserción del DIU

Requisitos indispensables

- *Conversar con la persona usuaria* en el encuadre de la consulta para dar información sobre el método e identificar posibles contraindicaciones al uso del DIU.
- Es importante *descartar la posibilidad de embarazo actual*, previa colocación del DIU. Si la persona no presenta síntomas o signos de embarazo y cumple cualquiera de los criterios detallados en el Capítulo 4, apartado 4.7.2. ¿Cómo descartar embarazo?, se puede tener la certeza razonable de que no está embarazada.
- *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 persona usuaria firme un consentimiento informado, ni en la historia clínica.* La persona profesional de la salud debe dejar constancia en la historia clínica de que brindó la información y el asesoramiento correspondiente y que la persona seleccionó este método. Esto también aplica a adolescentes mayores de 13 años, quienes pueden acceder de manera autónoma, sin el acompañamiento de sus progenitores o representantes legales (Ver Capítulo 2. Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud).

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 especuloscopia (para arribar al diagnóstico clínico de “vagina sana”).

Es decir que la persona puede comenzar a utilizar DIU:

- Sin realizarse un examen de VIH y otras ITS.
- Sin realizarse análisis de sangre, ni otras rutinas de laboratorio.
- Sin realizarse una pesquisa de cáncer cervical.
- Sin realizarse un examen de mama.
- Sin que esté en los primeros días del ciclo menstrual (siempre que se tenga certeza razonable de que no hay embarazo).

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 persona usuaria

Se espera que la información a trabajar con la persona 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 que es posible que sienta alguna molestia o calambre durante la inserción*, pero que para la mayoría de las personas resulta un procedimiento completamente tolerable.¹⁰
- *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 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, aun teniendo estos efectos secundarios.

10. Menos del 5 % siente un dolor severo y solo el 1 % puede experimentar una reacción con sudoración, náuseas, descenso de la presión arterial y eventual pérdida del conocimiento.

- **Explicar sobre 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 persona con vagina sana, salvo en las situaciones en las que por la condición médico-clínica la presencia de bacterias en la sangre (que pueden ser movilizadas durante la colocación), genere algún riesgo a su salud (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 persona usuaria mantenga prácticas que conlleven un alto riesgo de contraer ITS, y/o no pueda realizarse el seguimiento adecuado.

10.1.7.3. Colocación del DIU

En este apartado se mencionan las técnicas de colocación *De Empuje* y *De Retiro*. La técnica de colocación del DIU *posparto inmediato (DIUPP)* se desarrolla en el punto 10.1.11.

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 especuloscopia.

Durante el procedimiento habitual:

- Ir explicándole a la persona 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 tres técnicas de colocación:

- De retiro: utilizada, por ejemplo, para los DIU tipo Multiload.
- De empuje: utilizada para los DIU T de Cobre
- DIUPP: colocación posparto inmediato¹¹. Se describirán a continuación las dos primeras técnicas. Para la descripción de la técnica de colocación de DIUPP, [ver Capítulo 16, AIPEO](#).

Inserción con técnica de empuje

(Ver Cuadro 10.3. Colocación del DIU con técnica De Empuje para DIU T de Cobre).

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, y luego:

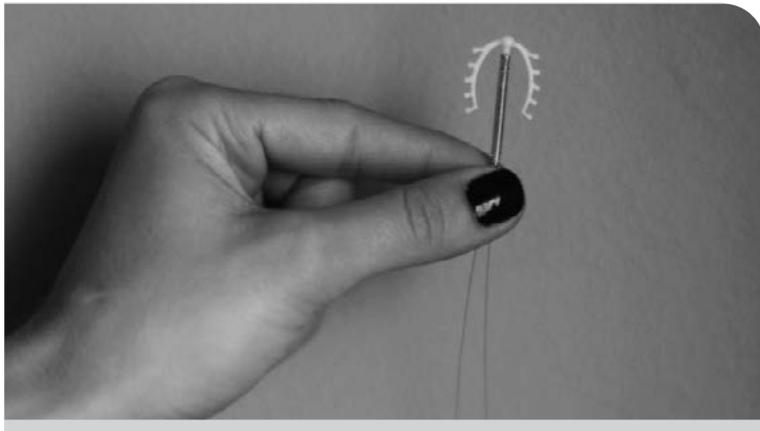
- Asegurar que el brazo vertical del DIU esté completamente dentro del tubo de inserción.

11. La colocación del DIUPP está contraindicada cuando hubo rotura de membranas de más de 18 horas, hay signos de corioamnionitis, cuando existe una hemorragia posparto no resuelta o cuando existe un traumatismo genital extensor cuya reparación se interrumpiría con la colocación del DIU.

- Ajustar el tope deslizante 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 deslizante 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.

Entregar por escrito a la persona usuaria la información sobre el modelo de DIU colocado, la fecha de colocación y el vencimiento de su eficacia anticonceptiva. Dejarlo también asentado en la historia clínica.

Figura 10.4. DIU tipo Multiload



10.1.7.4. 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 una persona profesional más experimentada. Puede intentarse la dilatación del canal cervical con un dilatador, realizar la colocación bajo control ecográfico, o eventualmente bajo control histeroscópico.

La **imposibilidad de insertar el DIU** en el útero es una eventualidad muy infrecuente; puede deberse a intolerancia de la persona

usuaria (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 persona 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 persona usuaria y con su consentimiento

Dolor durante la inserción y/o en las primeras 24 horas:

tratamiento con AINE 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 h.

10.1.7.5. Recomendaciones poscolocación

- Mientras dure el sangrado poscolocación, se recomienda no mantener relaciones sexuales con penetración vaginal, no colocar óvulos ni tampones y no hacer duchas vaginales con bidet ni baños de inmersión.
- Si se estaba menstruando al momento de la colocación, el sangrado puede ser más abundante de lo habitual. Esto Consultar si los dolores o el sangrado son muy intensos.
- Para los dolores es posible tomar AINE.

Es importante consultar si presenta:

- Flujo con mal olor.
- Dolor intenso o en aumento en la parte baja del abdomen.
- Pérdida de sangre abundante por la vagina.
- Picazón, molestias o dolor en la vulva o la vagina.
- Molestias durante las relaciones sexuales.
- Si siente el DIU en el canal.

10.1.7.6. Control posinserción. Seguimiento

El control del DIU de cobre es clínico: se realiza una especuloscopia para observar los hilos y detectar si existe algún proceso infeccioso. Si está disponible un ecógrafo el control se puede realizar mediante ecografía.

Controles sugeridos en los casos en que sea posible:¹²

- Se recomienda no tener relaciones sexuales con penetración pene-vagina, no usar tampón vaginal ni realizar baños de inmersión.
 - Después de la primera menstruación poscolocación o entre 3 y 6 semanas tras la inserción.
 - A los 6 meses de colocado y luego una vez por año.
- En determinadas circunstancias en las que el acceso al sistema de salud es muy complejo, por razones geográficas o cualquier otra razón, o ante la solicitud de la persona, se puede explicar cómo controlar los hilos del DIU, introduciendo los dedos en la vagina,

indicándole que no tire de ellos. No debe negarse el acceso a un DIU a una persona por considerar que el seguimiento le sería difícil o imposible.

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 persona usuaria 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.

En caso de requerirse rastreo ecográfico para valorar la posición intrauterina del DIU se recomienda valorar su distancia con respecto 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.

10.1.7.7. 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 persona usuaria, ya sea porque quiere abandonar el método o desea buscar un embarazo, por intolerancia, por razones médicas, o en la menopausia.

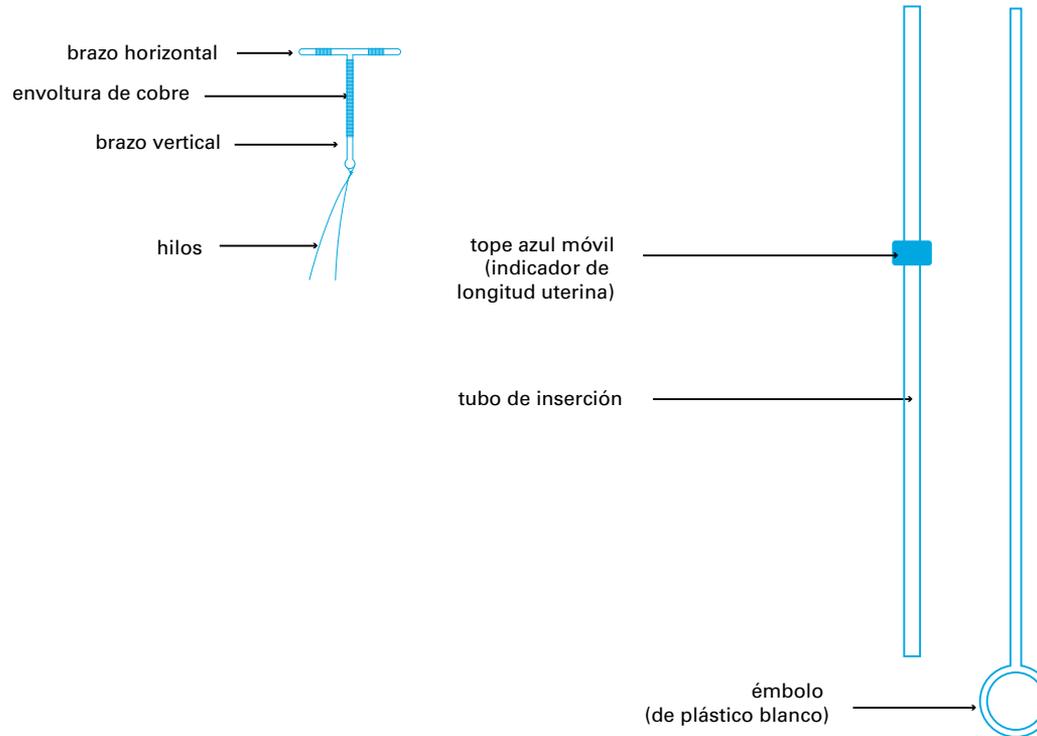
12. "Consenso sobre Dispositivos Intrauterinos", elaborado por: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA), Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ), Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Centro de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA). Publicado en Revista AMADA Vol. 2 N° 1, páginas 5 a 25, Buenos Aires, Agosto de 2006. On line en: http://www.amada.org.ar/images/consenso_dispositivos_intrauterinos.pdf

Inserción con técnica De Empuje

Cuadro 10.3.

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 **especulo 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

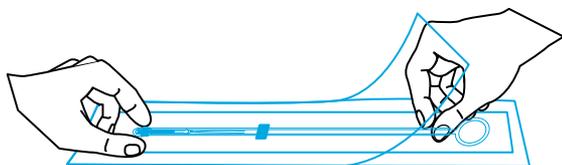
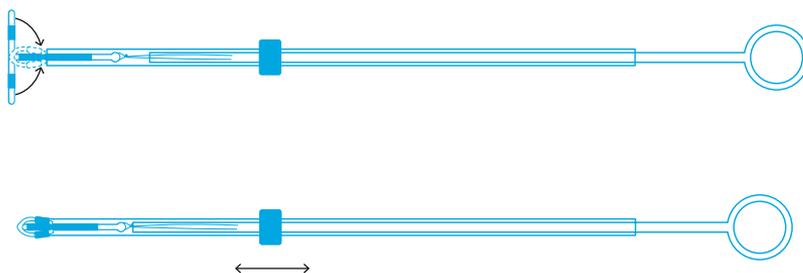


FIGURA 2



- 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").

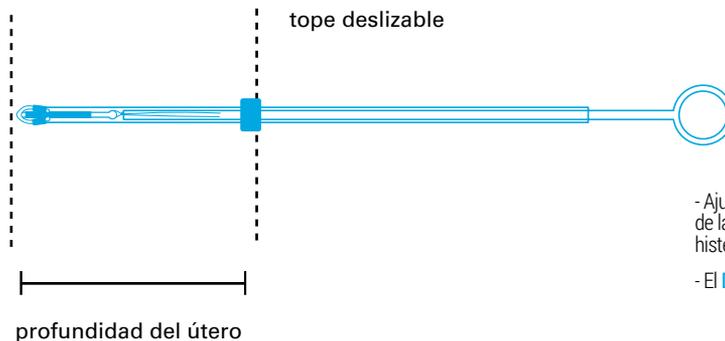
- Colocar el émbolo dentro del tubo de inserción, casi tocando el extremo de la "T".

- 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

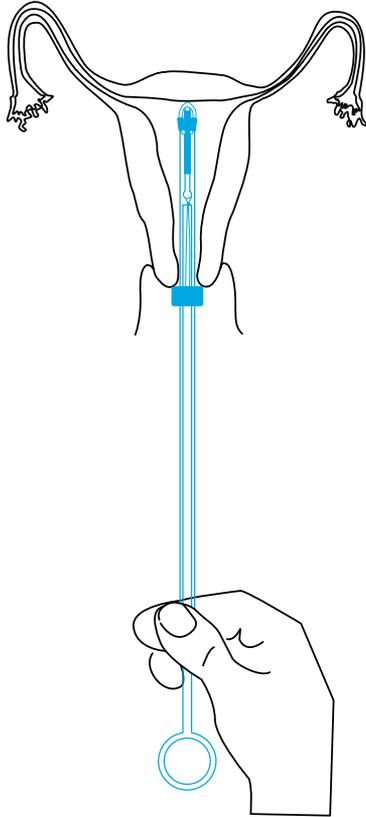


- Ajustar el tope deslizable marcador de longitud uterina (generalmente de color azul) con ayuda de la escala impresa en la etiqueta del envase, de acuerdo a lo medido previamente con el histerómetro. El tope debe ubicarse en el mismo plano que los brazos de la "T".

- El **DIU T Cu 380** ya está listo para su inserción.

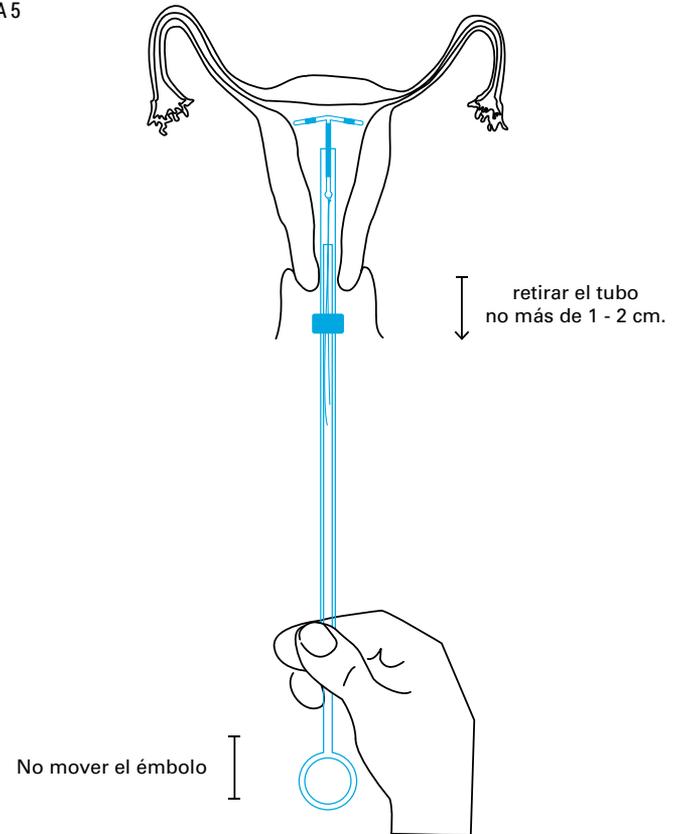
4. INSERCIÓN DEL DIU

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 deslizante quede en contacto con el cuello. Asegurar que el tope esté en un plano horizontal.

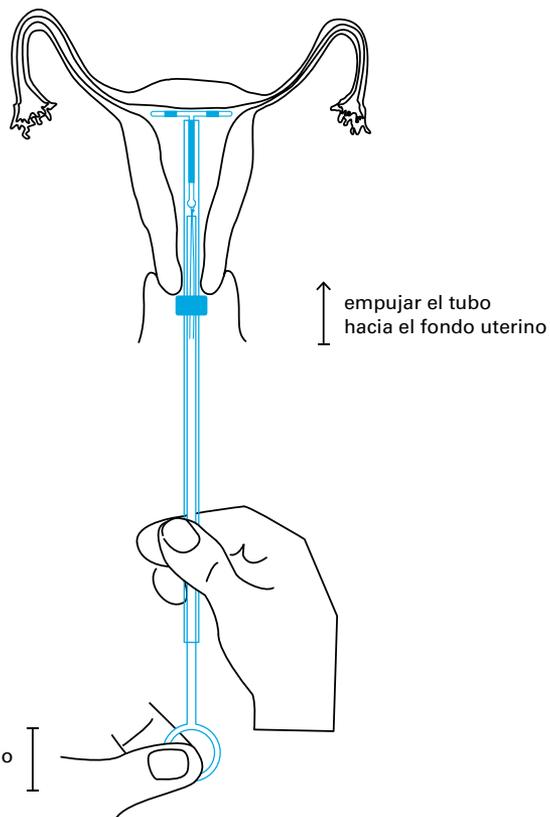
FIGURA 5



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".

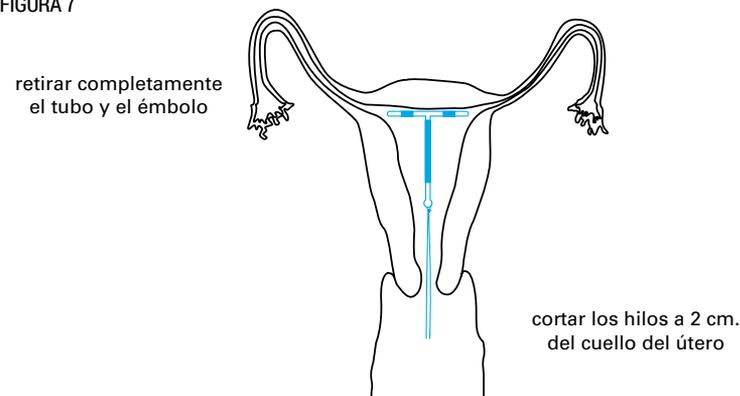
Sigue 4. Inserción del DIU

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 persona puede experimentar alguna molestia como dolor tipo cólico, sangrado o mareo. Contemplar un tiempo para su recuperación.

Para extraerlo, es importante cumplir con antisepsia rigurosa igual que en la colocación. Se toman los hilos del DIU con una pinza y se tracciona suavemente de los mismos. Es recomendable tomar el hilo del punto más alto posible, no de las puntas, y tener en cuenta que una fuerza excesiva en la tracción puede cortarlos. Durante la extracción, la persona puede experimentar alguna molestia como dolor tipo cólico, sangrado o mareo. Es por eso que se debe contemplar un tiempo para su recuperación.

Si bien la extracción puede hacerse en cualquier momento del ciclo menstrual, se ha expresado preocupación con respecto al riesgo de embarazo cuando se retira un DIU en pleno ciclo, cuando la persona ya ha tenido relaciones sexuales. Esa preocupación dio origen a la recomendación de que el DIU se deje colocado hasta la siguiente menstruación.

Si al traccionar de los hilos, el DIU no puede extraerse, puede citarse a la persona usuaria durante la menstruación, puesto que el cérvix está más entreabierto. 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 una persona profesional más experimentada para intentar la dilatación del canal cervical con un dilatador.

La persona usuaria puede solicitar que se le retire el DIU en cualquier momento que lo desee.

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 persona 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 persona usuaria tolere el procedimiento.
- Cuando esto no es factible, debe recurrirse a un legrado o a una histeroscopia.
- 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 persona lo ha expulsado. Un 10 % de las expulsiones pueden ser asintomáticas.

10.1.7.8. Recambio del DIU

Una vez cumplido el tiempo de vida útil del dispositivo, si la persona 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.

10.1.8. Reemplazo de DIU por otro método anticonceptivo

Reemplazo de DIU por ACO: En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual puede iniciarse el uso de ACO. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.

Luego de más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual, puede iniciarse el uso de ACO, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo:

- Con actividad sexual con penetración pene-vagina durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento del próximo sangrado.
- Sin actividad sexual con penetración pene-vagina durante el ciclo menstrual actual: si se retira el DIU, se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si no usará protección adicional, se recomienda que el DIU se retire al momento del siguiente sangrado.

10.1.9. Efectos secundarios

Como se plantea en el ítem "Asesoramiento a la persona usuaria" (10.1.7.2. Requisitos previos a la inserción del DIU), es importante conversar 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 personas los presentan. Además de brindarle información, es importante preguntar y escuchar cómo afectan estos cambios la vida cotidiana, 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. En ocasiones pueden presentarse coágulos; en otras, 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 personas 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 aumento del sangrado menstrual es la anemia. Es muy importante tener en cuenta este efecto secundario en quienes 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 persona 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 persona 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 de la persona 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 cistoscopia (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 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 posperforación **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 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 20 días, por lo cual toda infección posterior a ese plazo no es vinculable al procedimiento de la colocación.

10.1.10. Conducta ante interurrencias infecciosas y no infecciosas

Aquí se presenta la conducta a seguir ante una persona 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 persona 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:

- 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 persona

usuaria por 24 h.

- No hay evidencia científica acerca de la utilidad de administrar medicación útero inhibidora.

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 persona usuaria de DIU que en la 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 persona 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 de menos de 1,5 embarazos por cada 1.000 mujeres o PCG 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 persona 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.

Quienes presentan infecciones cervico-vaginales 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 de la persona médica tratante la decisión de extraer o mantener in situ el DIU, teniendo en cuenta los deseos de la persona usuaria
- Cuando la persona 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 persona 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 h. 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 persona profesional se asegure de que la persona usuaria concorra 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 persona 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.

10.1.11. Colocación del DIU posevento obstétrico

Promover **el acceso al DIU luego de un parto, cesárea o aborto forma parte de la estrategia de anticoncepción posevento obstétrico**.

La consejería para la colocación del DIUPP (ya sea posparto o poscesárea) se debe realizar con anticipación, preferentemente durante los controles del embarazo.

La consejería posinterrupción voluntaria de embarazo puede abordarse en la primer consulta o en posteriores, según cada situación individual.

La técnica de colocación del DIU posparto inmediato (DIUPP) es distinta de la colocación habitual y requiere de entrenamiento por parte de la persona profesional (Ver Capítulo 16. AIPEO. Técnica de colocación de DIUPP)¹³.

13. También puede ampliar información en: Guía de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO) (DNSSR, 2021).

10.2. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-Lng)

Puntos clave

- ✓ Es un dispositivo en forma de T que se coloca en el interior del útero y libera levonorgestrel en forma constante. También se lo denomina SIU (Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel).
- ✓ Su principal mecanismo de acción es alterar el moco cervical y evitar la proliferación del endometrio, impidiendo de esta manera el ascenso de los espermatozoides.
- ✓ Brinda protección de 3 a 5 años, según el modelo.
- ✓ Puede ser usado en forma segura por la mayoría de las personas con capacidad de gestar, aunque está especialmente indicado en aquellas que tienen menstruaciones muy abundantes, porque reduce sustancialmente el flujo menstrual.
- ✓ Suelen observarse cambios en el sangrado pero no son perjudiciales.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.

El **dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-Lng)** es un método anticonceptivo reversible de larga duración (LARC), seguro y eficaz. Si bien cualquier persona con capacidad de gestar puede usarlo, está especialmente indicado en aquellas que tienen menstruaciones muy abundantes, dado que su principal ventaja es reducir el sangrado menstrual en forma significativa.

También se lo denomina SIU (Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel).

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 este en que **libera una sustancia llamada levonorgestrel**, en forma constante.

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 DIU-Lng, 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 DIU-Lng surgió como alternativa anticonceptiva al DIU con cobre, para evitar los sangrados menstruales muy abundantes que éste produce en algunas personas usuarias.

Sin embargo, hoy también es indicado en personas con sangrados abundantes, independientemente de la necesidad de anticoncepción, como alternativa a los clásicos tratamientos quirúrgicos. De esta manera, la persona usuaria evita la cirugía, solucionando su problema de manera menos invasiva.

Tipos de DIU-Lng o SIU

Existen distintos modelos de DIU que varían según su contenido de levonorgestrel.

- Diu-Lng medicado con 13,5 mg de levonorgestrel, duración 3 años. BLUSIRI ®

- DIU-Lng medicado con 19,5 mg de levonorgestrel. Duración anticonceptiva de 5 años. Kyleena ®
- DIU-Lng medicado con 52 mg de levonorgestrel. Tiene una duración anticonceptiva de 5 años.¹⁴ Mirena ®. Disponible en la canasta de insumos de la DNSSR, y se detalla a continuación.

10.2.1. Mecanismo de acción

El levonorgestrel liberado por el DIU produce cambios en el moco cervical que impiden el ascenso de los espermatozoides. Además, evita la proliferación del endometrio. Esta alteración evita que los espermatozoides sufran los cambios que necesitan para poder fecundar al óvulo.

La reducción gradual del grosor endometrial y la conversión del endometrio funcional a un estado de reposo resistente a la estimulación estrogénica genera la disminución gradual de la pérdida sanguínea menstrual.

El levonorgestrel también puede inhibir la ovulación durante los primeros ciclos poscolocación, dado que los niveles de levonorgestrel son más altos, pero su interferencia con la función ovárica es mínima.

10.2.2. Eficacia anticonceptiva

Son altamente efectivos ya que su eficacia no depende prácticamente de la intervención de la persona usuaria, siendo casi igual el uso habitual del correcto (0,2 embarazos cada 100 personas/año).

El efecto anticonceptivo dura 5 años. Actualmente, se llevan a cabo algunos estudios para determinar si puede utilizarse por más tiempo.

14. Si bien hay estudios que muestran la eficacia del DIU-Lng por ocho años, en nuestro país la ANMAT no ha extendido, a la fecha de esta publicación, su duración anticonceptiva más allá de los cinco años.

Si se realiza la inserción del DIU-Lng a partir de los 45 años con indicación anticonceptiva, se puede continuar su uso hasta 7 años. Respecto al grado de satisfacción, más del 90 % de las personas usuarias del DIU-Lng refieren un alto grado de satisfacción con el método.

10.2.3. Recuperación de la fertilidad

Una vez que se retira el DIU-Lng, su acción desaparece rápidamente y se recupera la fertilidad sin demora. La hormona no permanece en el cuerpo. La posibilidad de concepción posterior a su remoción es del 80 % durante el primer año, similar a la tasa de embarazo en las parejas que no venían usando método anticonceptivo.

10.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS

El DIU-Lng no ofrece ninguna protección contra el VIH ni otras infecciones de transmisión sexual.

10.2.5. Quién puede y quién no puede utilizar este método

En general, la mayoría de las personas con útero pueden utilizar el DIU-Lng como método anticonceptivo en forma segura. Sus principales ventajas son la alta eficacia anticonceptiva de 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 DIU-Lng 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 DIU- Lng:

- Menor riesgo de embarazo ectópico (0,02 a 0,06 /100 personas 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 endometriosis profunda.

Criterios de elegibilidad:

El DIU-Lng comparte, para las diferentes categorías, algunos criterios con el DIU de cobre y otros con los anticonceptivos solo de progestágeno (ASP).

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.
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna, con niveles reducidos o indetectables de B-hCG.
- Cáncer de ovario (inicio).
- Alto riesgo de infecciones de transmisión sexual: si la persona usuaria tiene prácticas sexuales que la exponen a ITS, y no usa preservativo, se considera categoría 2 o 3 dependiendo de la situación singular.
- TBC pélvica para la continuación.
- Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) para el inicio.
- Cursando una trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta un episodio de cardiopatía isquémica y estaba usando DIU-Lng (continuación).

- LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando DIU-Lng (continuación).
- 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.

Situaciones en las que se *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 posaborto séptico.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada, antes de la evaluación.
- Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles persistentemente elevados de B-hCG o enfermedad maligna.
- Cáncer cervical para el inicio.
- Cáncer endometrial para el inicio.
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina.
- Anormalidades anatómicas que distorsionen la cavidad uterina.
- EPI actual para el inicio.
- Cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonococo para el inicio.
- TBC pélvica: para el inicio.
- Cáncer de mama actual.

10.2.6. Administración del método

10.2.6.1. Momento de la inserción

Los momentos de inserción son los mismos que para el DIU-Cu (ver apartado [10.1.7.1.](#) y [Cuadro 10.2.](#))

10.2.6.2. Requisitos previos a la inserción del DIU-Lng

Los requisitos son los mismos que para la inserción del DIU-Cu (ver apartado [10.1.7.2.](#)), a la que se suma la recomendación de controlar la tensión arterial por tratarse de un método con hormonas.

Asesoramiento a la persona usuaria

La alteración del sangrado es uno de los principales motivos por los cuales se discontinúa este método. Es fundamental brindar un adecuado asesoramiento sobre el tema, antes de la colocación del dispositivo, para favorecer la continuidad de su uso.

Es importante que el equipo pueda:

- Explicar que es un método de larga duración, ideal para aquellas personas que no buscarán un embarazo en los próximos años y quieren un método anticonceptivo duradero.
- Explicar que el DIU-Lng deja de funcionar una vez que se retira. Sus hormonas no permanecen en el cuerpo.
- Describir los efectos no anticonceptivos más frecuentes: cambios en el patrón de sangrado (sangrado irregular, amenorrea).
- Informar que parte del levonorgestrel es absorbido por el organismo pudiendo generar algunos efectos secundarios propios de los métodos hormonales (acné, cefalea, dolor mamario). Avisar que estos efectos colaterales suelen disminuir después de los primeros meses de colocación.

Sobre la colocación

- Explicar en qué consiste el procedimiento de colocación, cuánto tiempo va a durar y los cuidados inmediatos. Recomendar no realizar actividades que requieran de grandes esfuerzos luego de la colocación y pueda tomarse unas horas de descanso.
- Informar que es posible que sienta alguna molestia durante la colocación, pero que para la mayoría de las personas resulta un procedimiento completamente tolerable.
- Dar espacio a preguntas acerca de la percepción de los hilos. Despejar dudas sobre relaciones sexuales y DIU.

- Explicar 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?

Profilaxis antibiótica

No es necesaria la profilaxis antibiótica para la colocación del DIU en una persona con vagina sana, salvo en las situaciones en las que por la condición médico-clínica 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.

10.2.6.3. Colocación del DIU-Lng

Para colocar el DIU-Lng es indispensable realizar el examen bimanual, para determinar el tamaño y la posición del útero, y la especuloscopia¹².

Durante el procedimiento:

- Ir explicando a la persona 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.

Técnica de inserción

Previo a la colocación:

1. Antes del procedimiento, la persona usuaria debe evacuar la vejiga.
2. Realizar examen ginecológico bimanual.
3. Colocar un espéculo vaginal y visualizar el cuello uterino.
4. Limpiar el cuello y la vagina con una solución antiséptica como el yodo.
5. 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.
6. Medir la cavidad endometrial con histerómetro, hasta tocar el fondo uterino.

Colocación:

7. Abrir completamente el envase. A continuación, usar guantes estériles o la técnica estéril sin tocar la cánula ni el DIU en ningún momento.
8. Tomar el introductor desde el mango, y girar el introductor para que la escala de centímetros quede hacia arriba.
9. Comprobar que los brazos del DIU estén en posición horizontal. Manteniendo esta posición (puede usarse el envase estéril como tope para ayudar a mantenerla), empujar el deslizador hacia adelante (es decir hacia el DIU) hasta llegar al final. De esta manera, se carga el DIU en la cánula. Tener cuidado de no mover el deslizador hacia abajo porque eso puede liberar el DIU prematuramente, y una vez liberado no se puede volver a cargar.
10. Sujutando el deslizador en el final del recorrido (arriba), colocar el anillo a la medida de la histerometría de la cavidad uterina (si no se tienen guantes estériles, esto puede hacerse con ayuda del envase estéril, sin tocar).
11. Sosteniendo el deslizador en la misma posición (final del recorrido), introducir el introductor por el cuello uterino hasta que el anillo esté 1,5-2 cm del cuello uterino.

12. Existen situaciones particulares que requieren de un entrenamiento más específico como, por ejemplo, para colocar un DIU posparto inmediato o durante un posaborto del 2do trimestre. En caso de requerirse este tipo de procedimiento, y no contar con profesionales con adecuado entrenamiento, se sugiere postergar la colocación hasta por lo menos 4 semanas posteriores al evento, y ofrecer mientras tanto, otro método anticonceptivo.

12. Sosteniendo firmemente el introductor para que no se mueva de lugar, mover el deslizador hacia abajo hasta la marca para abrir los brazos horizontales del DIU. Esperar 5-10 segundos para que los brazos se abran por completo.
13. Adelantar el introductor lentamente hacia el fondo uterino hasta que el anillo toque el cuello del útero.
14. Sosteniendo firmemente el introductor para que no se mueva de lugar, liberar el DIU moviendo el deslizador hacia abajo.
15. Sosteniendo el deslizador lo más abajo posible, retirar el introductor lentamente.
16. Cortar los hilos del dispositivo a 2 ó 3 cm del orificio cervical.

En todos los casos entregar por escrito a la persona usuaria la información sobre el modelo de DIU colocado, la fecha de colocación y el vencimiento de su eficacia anticonceptiva. Dejarlo también asentado en la historia clínica.

10.2.6.4. Eventos relacionados con la inserción

Los eventos relacionados con la inserción del DIU-Lng pueden ser los mismos que los relacionados a la inserción del DIU-Cu (Ver apartado 10.1.7.4.).

10.2.6.5. Recomendaciones poscolocación

Las recomendaciones poscolocación son las mismas que en el DIU Cu (ver apartado 10.1.7.5.).

10.2.6.6. Control posinserción. Seguimiento

El control luego de la inserción del DIU-Lng es el mismo que si se trata de un DIU-Cu (Ver 10.1.7.6.).

10.2.6.7. Cómo suspender el método: extracción del DIU-Lng

El modo de extracción del DIU-Lng es similar al del DIU-Cu (Ver apartado 10.1.7.7.).

Para cambio de método ver Cuadro 4.5. Reemplazo de un MAC por otro.

10.2.6.8. Reinscripción del DIU-Lng

Una vez cumplido el tiempo de vida útil del dispositivo, si la mujer desea continuar con el método, puede colocarse un nuevo DIU-Lng. 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 y los riesgos de infección.

10.2.7. Efectos secundarios

Es importante conversar 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 o PCG los presentan.

- **Alteraciones del sangrado.** Son comunes, pero no son perjudiciales para la salud. Es muy importante conversar con la persona usuaria sobre estos posibles efectos secundarios previo a la colocación. Este asesoramiento puede ser la ayuda más importante para que se mantenga la adherencia al método. En general, los cambios suelen consistir en sangrados más leve y de menos días de duración, o sangrado infrecuente o irregular e incluso amenorrea. Aclarar, por ejemplo, que esto "no es malo" y que "la sangre no se acumula en su cuerpo". El riesgo de presentar sangrado más prolongado o intenso se observa principalmente en los primeros 3 a 6 meses, disminuyendo con el tiempo.
 - ✓ **Amenorrea:** el DIU-Lng produce amenorrea en el 50 % de las usuarias a los 2 años de uso. Si bien esto es considerado una ventaja por muchas mujeres o PCG, otras prefieren tener la menstruación regularmente y les desagrada dejar de menstruar.
 - ✓ **Goteo persistente:** se trata de un goteo escaso y persistente que suele presentarse en los primeros meses después de la colocación. Suele disminuir con el tiempo.

Cuando **el sangrado es muy prolongado o molesto**, puede intentarse tratamiento con ACO de baja dosis (de acuerdo a los CME) de manera cíclica o continua durante 3 meses.

Frente a una mujer que utiliza DIU-Lng y que presenta de manera repentina una **hemorragia uterina anormal**, debe ser evaluada de forma similar que quienes no se encuentran utilizando este método, y los diagnósticos diferenciales son los mismos, incluyendo embarazo y la neoplasia ginecológica.

- **Tensión mamaria**: es un efecto adverso raro. 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. La mayoría son asintomáticos y se reabsorben espontáneamente.

10.2.8. Conducta ante interurrencias infecciosas y no infecciosas

La conducta frente a interurrencias es la misma que si se tratara de un DIU-Cu (Ver apartado 10.1.10).

Capítulo 11

Anticoncepción quirúrgica

Puntos clave

- ✓ La ligadura tubaria y la vasectomía son métodos anticonceptivos permanentes que se realizan a través de cirugías sencillas.
- ✓ Se recomienda para personas que no desean tener hijas/es/os, o que tienen y no desean tener más.
- ✓ Para su realización se requiere ser mayor de edad y firmar un consentimiento informado.
- ✓ Los equipos deben brindar información en lenguaje sencillo y accesible y ofrecer los ajustes razonables en los casos en que las personas usuarias lo requieran.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.



11.1. Anticoncepción Quirúrgica (AQ). Generalidades

La ley 26.130 de Contracepción Quirúrgica fue sancionada en el año 2006 y otorga el derecho a acceder a la ligadura tubaria y a la vasectomía. A fines del 2021, se sancionó la ley 27.655 que modifica 2 de sus artículos para adecuarlos a la normativa internacional en materia de Derechos Humanos y derechos de las personas con discapacidad.

La ley con su modificatoria, establece que toda persona mayor de edad puede acceder a la anticoncepción quirúrgica habiendo otorgado su consentimiento informado.

La AQ debe realizarse de manera gratuita, tanto si se realiza en hospitales públicos o a través de obras sociales y prepagas.

La Resolución N° 755/06 del Ministerio de Salud establece que obras sociales y prepagas deben cubrir el 100 % de la intervención.

11.1.1. Requisitos para acceder a la AQ

Según lo establece la ley 26.130 y su modificatoria (ley 27.655), la ligadura tubaria y la vasectomía son prácticas autorizadas para toda persona siendo requisitos

Que la persona solicitante sea mayor de edad: es decir, 16 años. Así lo estipula el Código Civil y Comercial en su artículo art. 26 que afirma que a partir de los dieciséis años la/le/el adolescente es considerado como persona adulta para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo

Que la persona solicitante otorgue su consentimiento informado por escrito luego de haber recibido información clara y completa: una consejería para el acceso a la anticoncepción quirúrgica debe brindar información objetiva, pertinente, precisa, confiable, accesible y actualizada como se detalla en el punto sobre consejería.

No se deben pedir requisitos adicionales que no menciona la ley. No es requisito haber tenido hijas/es/os, no se puede solicitar la conformidad del cónyuge o conviviente, ni se requiere de autorización judicial en ningún caso.

11.1.2. Derechos de las personas con discapacidad

Las **personas con discapacidad** (PCD), sin excepción, tienen derecho a brindar el consentimiento informado por sí mismas para acceder a la AQ, en igualdad de condiciones con las demás personas. En ningún caso se requiere de autorización judicial para dar acceso. Así lo afirma el artículo 3, modificado por la Ley 27.655. Para poder acceder de manera autónoma en condiciones de igualdad las PCD tienen derecho a recibir la información sobre ligadura tubaria, vasectomía y métodos anticonceptivos en **medios y formatos accesibles** y a solicitar sistemas de **apoyo y ajustes razonables** (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud).

11.1.3. Persona con capacidad restringida por sentencia judicial

Si quien solicita la ligadura tubaria o la vasectomía es una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y dicha sentencia designa apoyo para el ejercicio del derecho previsto en la ley 26.130, el consentimiento informado debe ser prestado por la persona con la asistencia prevista. Es central tener en cuenta que, tal como lo plantea el artículo 32 del Código Civil y Comercial el o los apoyos designados deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida.

La voluntad de las personas con discapacidad no puede ser sustituida ni por el equipo de salud ni por su familia o terceras personas. Existen numerosas denuncias de organizaciones de personas con discapacidad sobre la realización de esterilizaciones en forma compulsiva.

Sustituir la voluntad de las personas con discapacidad, es un delito y las/los profesionales que lo hicieran o consintieran, son pasibles de responsabilidades administrativas y penales.

11.1.4. Consejería

Desde el equipo de salud se debe brindar a la persona que solicite la LT o la vasectomía información objetiva, pertinente, precisa, confiable, accesible y actualizada sobre:

1. La naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar.
2. La existencia y disponibilidad de otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos autorizados que pueden ser una alternativa a la AQ. Los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) pueden ser una opción para quienes deseen mantener la anticoncepción en forma prolongada.
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 posquirúrgico
- Complicaciones a corto y largo plazo. Implicancias sobre la salud
- Efectividad. Tasa de falla
- Reversibilidad (escasas posibilidades y no gratuidad de la práctica).

11.1.5. 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 hijas/es/os (en caso de que no los tenga) o tener más hijas/es/os en el futuro.

Quien realiza la consejería, 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 hijas/es/os", debe recomendarse otro método anticonceptivo.

Es útil acompañar la consejería con apoyo gráfico para que la persona usuaria cuente con este material, que pueda llevarse lo para tomar una decisión informada y conocer más detalles antes de la intervención.

Cuando una persona solicita información sobre anticoncepción quirúrgica, es recomendable brindar información tanto de la LT como de la vasectomía, remarcando las principales diferencias entre ambos procedimientos.

11.1.6. 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 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 salud reproductiva en el momento oportuno.

En muchos casos, la internación para el parto o cesárea puede ser una oportunidad para informar sobre el acceso a métodos anticonceptivos, entre ellos la AQ. Los controles prenatales también constituyen momentos favorables de consejería sobre AQ y sobre anticoncepción en general. Si la persona elige la AQ es importante que el equipo de salud deje constancia de que la persona accedió a la consejería para que se garantice el acceso a la práctica durante la internación por el parto o cesárea.

Esto requiere del trabajo coordinado entre los equipos de salud que atienden a la persona gestante 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 anticonceptiva durante el período prenatal (ya sea durante los controles del embarazo o la internación del parto), se lo puede hacer durante el posparto inmediato, luego de que hayan pasado la tensión del parto y los efectos residuales de la anestesia y/o de los sedantes.

La decisión acerca de realizar o no la cirugía, pertenece solo a la persona usuaria. Quienes integran los equipos de salud tienen el deber de asegurarse que la decisión sea tomada por la propia persona y que no esté presionada o forzada por nadie

11.1.7. 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”¹⁻².

Por ello es fundamental que la consejería que se brinda sea detallada, precisa y accesible, de forma de brindar información lo suficientemente clara que le permita tomar la decisión de realizarse la LT o la vasectomía.

El consentimiento informado, en este caso, 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. La persona profesional de la salud debe dejar constancia por escrito en la historia clínica que proporcionó esta información, y la persona debe firmar.³⁻⁴ Además, el consentimiento debe incluir todo lo referido a la cirugía en sí misma, incluyendo la posibilidad de falla del método anticonceptivo (aun siendo baja).

1. HIGHTON, Elena y WIERZBA, Sandra M., “La relación médico-paciente; el consentimiento informado”, p. 11, Ed. Ad_hoc, 1991.0

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.

3. La Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud afirma en el artículo 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.

4. Para acceder a los cuadernillos escritos en lectura fácil y a los formularios para firmar el consentimiento informado para ligadura tubaria y vasectomía <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-ligadura-de-trompas-uterinas-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado>
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-vasectomia-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado>

11.2. Ligadura tubaria (LT)

Puntos clave

- ✓ Método anticonceptivo permanente para personas con capacidad de gestar. 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.
- ✓ Se puede acceder a este método a partir de la mayoría de edad.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso de preservativo.

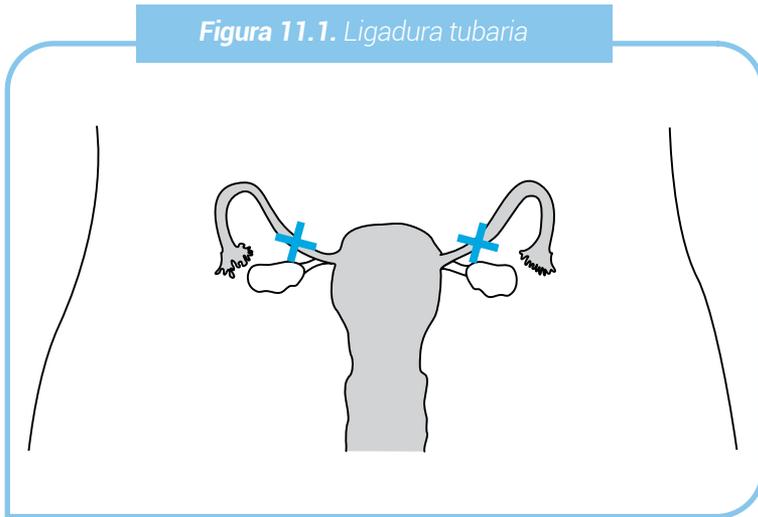


La ligadura tubaria es un método anticonceptivo permanente para personas con capacidad de gestar, que consiste en la oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la unión de las gametas (óvulo-espermatozoide).

11.2.1. Mecanismo de acción

La oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas uterinas 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. No afecta la función del ovario.

Figura 11.1. Ligadura tubaria



Fuente: elaboración propia. Edición 2014.

11.2.2. Eficacia anticonceptiva

La LT es un método altamente efectivo, alcanza el 99,5 % de efectividad.

11.2.3. Recuperación de la fertilidad

La cirugía para revertir la LT 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. La Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida contempla el acceso al diagnóstico, los medicamentos, terapias de apoyo y tratamientos de fertilización de baja y de alta complejidad a toda persona que atraviesa situaciones que le impiden quedar embarazada sin asistencia médica. (Ver Capítulo 2. Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud).

Igualmente, hay que tener presente que la mayoría de las personas 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 personas que se han realizado la LT pueden llegar a solicitar en un futuro la recanalización de las trompas.

11.2.4. Protección contra el VIH y otras ITS

La LT no ofrece ninguna protección contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Es por ello que se recomienda el uso combinado con preservativo.

11.2.5. Quién puede y quién no puede usar el método

Según la OMS (2015), 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.⁵

5. Para más información consultar "Criterios de elegibilidad de la OMS" (2015).

Las recomendaciones de los Criterios de elegibilidad de la OMS (2015) tienen relación con la posibilidad de efectuar el procedimiento quirúrgico de manera segura, y no con el método en sí mismo.⁶

Cuadro 11.1.

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 2015

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.	<ul style="list-style-type: none"> - Nulípara. - Mujeres que han tenido 1 o más partos. - Lactancia. - Posparto menor a 7 días o luego de los 42 días de puerperio. - Preeclámancia leve. - Posaborto sin complicaciones. - Antecedentes de embarazo ectópico. - Tabaquista. - Antecedentes 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. - Antecedentes 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 (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana). - Mayor riesgo de ITS. - Alto riesgo de VIH o persona viviendo con VIH (no se necesita de 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.

6. Ver Capítulo 5. Criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos.

Cuadro 11.1. 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 2015. Continuación.

Categoría	Criterios de elegibilidad de la OMS
C Cuidado	<p>El procedimiento normalmente se realiza en condiciones de rutina pero con preparación y precauciones adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <ul style="list-style-type: none"> - Adenoma hepático benigno. - Tumor hepático maligno. - Talasemia y anemia de células falciformes. - Anemia ferropénica con HB entre 7 y 10 g/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	<p>El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo. - Posparto 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 postaborto. - Hemorragia pre o posparto 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 en curso. - Sangrado vaginal sin diagnóstico (debe evaluarse antes de realizar el procedimiento). <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad trofoblástica gestacional maligna o niveles elevados persistentes de B-hCG. - Cáncer de cuello uterino, 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 ferropénica con Hb menor de 7 g/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.
E Especial	<p>El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanas/es/os y personal experimentado 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 persona usuaria o si hay cualquier otro retraso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perforación uterina posparto o posaborto (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, BDT o HTA). - Enfermedad vascular. - Enfermedad vascular complicada (alto riesgo de complicaciones derivadas de la anestesia y cirugía). - Endometriosis. - Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS). - Tuberculosis (TBC) pelviana. - Nefropatía, retinopatía o neuropatía diabética o DBT de más de 20 años de evolución. <ul style="list-style-type: none"> - 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 desconocido, 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 personas que eligen este 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, no es necesario hacer nada más para protegerse del embarazo.
- No protege contra las ITS ni el VIH.

11.2.6. Procedimiento quirúrgico

La cirugía es sencilla. La realiza una persona profesional calificada, en un quirófano, y requiere anestesia total o peridural.

11.2.6.1. Antes del procedimiento (prequirúrgico)

En general, la persona 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.

Los exámenes complementarios serán los que sugiera la persona profesional dentro de los protocolos de evaluación prequirúrgica en relación a la situación médico clínica de la persona usuaria al momento de la cirugía.

Se debe solicitar a la persona usuaria que utilice un método anticonceptivo seguro hasta el día de la operación y que continúe utilizándolo hasta el siguiente período menstrual.

11.2.6.2. Momento para realizar la LT

La intervención debe realizarse en cualquier momento que sea razonablemente seguro que la persona no esté embarazada. Se recomienda solicitar a la persona usuaria 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:** se conoce como LT del intervalo.
- **Asociada a un evento obstétrico:** Según los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS 2015, podrá realizarse en el plazo máximo de 7 días o más allá de los 42 días posparto. Es conveniente que se realice inmediatamente o preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores, por razones técnicoquirúrgicas, para aprovechar la oportunidad de la internación y para disminuir el riesgo de infección que aumenta luego de ese lapso. También se podrá practicar intracésárea o posaborto.

11.2.6.3. Vía de abordaje

La elección de la vía de abordaje estará sujeta a las posibilidades del centro que efectuará la práctica y al momento de la intervención.

LT en el intervalo:

Mini laparotomía: se efectúa a través de una pequeña incisión suprapúbica transversal.

Laparoscopia: 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.

LT posparto inmediato o dentro de las 48 horas de internación:

Minilaparotomía: se realiza a través de una pequeña incisión semicircular de 2 o 3 cm en la línea media a nivel infraumbilical.

LT intracavárea: debe realizarse luego de realizar la histerorrafia y su adecuada hemostasia.

LT posaborto:

En los casos de abortos producidos en el primer trimestre de embarazo la ligadura tubaria es similar a un procedimiento de intervalo, y en el segundo trimestre, a un procedimiento posparto. Este procedimiento puede efectuarse inmediatamente después del tratamiento posaborto, salvo en los casos en que se presente una infección o pérdida sanguínea grave; en ese caso es necesario aplazar la práctica hasta que cure la infección por completo o se sane la lesión.

Tener en cuenta la importancia de proporcionar la consejería adecuada y obtener el consentimiento informado, lo que a menudo no es posible en el momento de prestar atención de urgencia.

11.2.6.4. 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.

11.2.7. Posoperatorio

El tiempo de internación dependerá del momento en que se realizó la práctica y el tipo de técnica utilizada. Si el posoperatorio evoluciona adecuadamente, en general la internación no supera las 24 a 48 horas. Si el procedimiento es por laparoscopia incluso puede darse el alta el mismo día.

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 posquirúrgicos. Debe controlarse la herida en busca de signos de infección y retirar los puntos.

11.2.8. 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.

11.3. Vasectomía

Puntos clave

- ✓ Método anticonceptivo permanente para personas con sistema pene-testículos. 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.
- ✓ Debe usarse otro método anticonceptivo durante los tres meses posteriores a la vasectomía.
- ✓ No protege contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso de preservativo.



La vasectomía es un método anticonceptivo quirúrgico permanente, 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 forma parte de las desigualdades entre los géneros ya que se suele adjudicar la responsabilidad del cuidado en las relaciones sexuales a las mujeres o PCG. En el mismo marco, suele identificarse la fertilidad con la potencia sexual.

Asimismo, no solo es un método poco demandado sino poco ofrecido por los servicios de salud. Y en los casos en que es demandado, la accesibilidad suele ser muy dificultosa. De este modo, el sistema de salud suele reproducir las desigualdades en materia de género.

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.

11.3.1. 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.

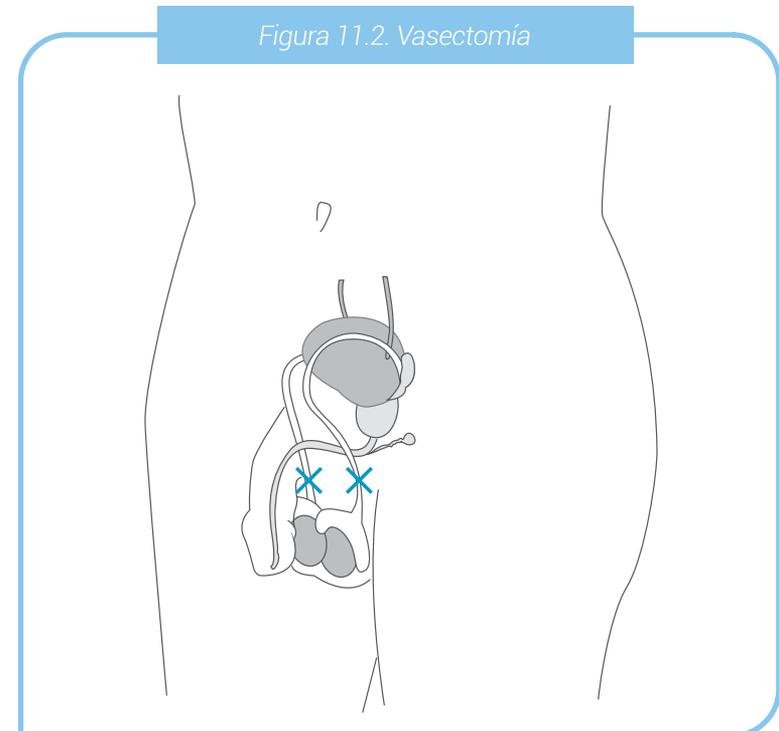
11.3.2. Eficacia anticonceptiva

La eficacia es mayor al 99,5 % si se respeta el cuidado anticonceptivo en los tres meses posteriores a la cirugía.

11.3.3. Recuperación de la fertilidad

La mayoría de las personas que deciden someterse a la 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 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.



Fuente: elaboración propia. 2014

Para lograr un embarazo luego de una vasectomía, también pueden practicarse técnicas de fertilización asistida. La Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida contempla el acceso al diagnóstico, los medicamentos, terapias de apoyo y tratamientos de fertilización de baja y de alta complejidad a toda persona que atraviesa situaciones que le impiden quedar embarazada sin asistencia médica. (Ver Capítulo 2, Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud). Para más información comunicarse con el Programa de Reproducción Médicamente Asistida del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

11.3.4. Protección contra el VIH y otras ITS

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

11.3.5. 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 11.2.

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 2015

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.	<ul style="list-style-type: none"> - Alto riesgo para VIH (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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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). - Criptorquidia.
E Especial	El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanas/es/os y personal experimentado 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 persona usuaria o si hay cualquier otro retraso.	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS), en presencia de enfermedades relacionadas. 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 tiene la misma firmeza, duración y se 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 las mujeres.
- No tiene efectos colaterales a largo plazo.
- No requiere anestesia general como la LT.
- No protege contra las ITS ni VIH.

11.3.6. Procedimiento quirúrgico**11.3.6.1. Momento para realizar la vasectomía**

El procedimiento puede realizarse en cualquier momento en que se lo solicite, luego de un debido asesoramiento y consentimiento informado.

11.3.6.2. 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 (técnica de vasectomía sin bisturí) o de una pequeña incisión en el escroto, se identifican ambos conductos que transportan el espermatozoide al pene (conductos deferentes) y bloquean mediante ligadura, sección o cauterización.

Es responsabilidad del equipo de salud, explicar cuál es la técnica recomendada para el momento solicitado, según la situación particular de cada persona.

11.3.7. Cuidados posoperatorios

La cirugía es ambulatoria, es decir que no requiere internación. Se indica reposo por 2 días, y el uso de ropa ajustada para ayudar a sostener el escroto. Esto reduce la hinchazón, el sangrado y el dolor. La persona no debe mantener relaciones sexuales durante al menos 3 días.

Puede presentar molestia 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 sucederá tres meses luego de la operación. Se recomienda que durante ese período se produzcan eyaculaciones para eliminar los espermatozoides acumulados.

Si durante los tres meses posteriores a la vasectomía se mantienen relaciones sexuales con penetración pene-vagina es necesario el uso de algún método anticonceptivos adicional.

Si está disponible, 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 si se mantienen relaciones sexuales con penetración pene-vagina deberá utilizar otro método anticonceptivo.

11.3.8. Complicaciones y riesgos

Las complicaciones son poco frecuentes (1 % a 2 %), mayoritariamente hematomas o infecciones de la herida.

Capítulo 12*

Métodos químicos

Puntos clave

- ✓ Son métodos anticonceptivos de baja eficacia. Por este motivo, suelen usarse como respaldo de otros métodos.
- ✓ Pueden aumentar lubricación durante la penetración.
- ✓ No protegen contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.

(*) En este capítulo se presenta solo lo esencial sobre métodos químicos.



12.1. 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.

12.1.1. 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.

12.1.2. Eficacia

En general, son anticonceptivos de **baja eficacia**. Su eficacia depende de la persona usuaria.

- **Con el uso correcto:** 18 embarazos cada 100 mujeres o PCG durante el primer año de uso.
- **Con el uso común:** 28 embarazos cada 100 mujeres o PCG durante el primer año de uso.

12.1.3. Recuperación de la fertilidad

Al suspender la colocación del espermicida se recupera la fertilidad sin demora.

12.1.4. 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.

12.2. Quién puede y quién no puede utilizar este método

Los espermicidas son seguros y aptos para casi todas las personas con capacidad de gestar. No pueden ser utilizados por aquellas que presentan alergia a los espermicidas.

No provocan defectos de nacimiento y no dañan al feto si se produce un embarazo utilizando el espermicida, o se 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):

- Enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS).
- Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS).
- Personas que se encuentran recibiendo terapia antirretroviral.

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

- Personas que presentan alto riesgo de infección por VIH.

12.3. 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 si son óvulos, tabletas o supositorios.
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.

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.
- Informar que 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.

12.4. 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.*

Capítulo 13

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)

Puntos clave

- ✓ Durante las consejerías es prioritario trabajar sobre los métodos elegidos por las personas. Los MBCF son una alternativa para quienes deciden usar métodos “naturales” por distintas razones.
- ✓ La eficacia depende exclusivamente de la persona usuaria y su/s pareja/s sexuales, de su motivación y de la identificación de los días fértiles de la persona con capacidad de gestar.
- ✓ Las personas no están protegidas contra el VIH y otras ITS. Por eso se recomienda el uso combinado con preservativo.



13.1. Características

Los **métodos basados en el conocimiento de la fertilidad** son métodos anticonceptivos basados en la *abstención del coito vaginal* en los momentos fértiles.

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 durante la fase fértil del ciclo, con el fin de evitar un embarazo. 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 persona de sus días fértiles, y de su convicción y voluntad de abstenerse del coito vaginal, o utilizar otro método como preservativo, durante esos días. Si la persona usuaria de los MBCF está en pareja, los acuerdos y negociaciones sobre cuándo tener relaciones sexuales deberán incluir y contemplar la necesidad de abstenerse de relaciones sexuales con penetración pene-vagina durante los períodos fértiles o utilizar un método alternativo, como el preservativo, en esos días.

En la consejería es importante hablar de la voluntad de la persona usuaria de utilizar MBCF y de la necesidad de negociación con la pareja para lograr su cooperación para garantizar la adherencia al método. En ese sentido, es importante contemplar que las desigualdades de género pueden producir situaciones de presión o de violencia sexual que requieren ser visibilizadas y abordadas.

El coito interruptus (“acabar afuera”) no es una opción segura para ser utilizada durante los períodos fértiles, puesto que su uso habitual tiene una alta tasa de falla.

13.1.1. Clasificación

Según la forma de valorar los días fértiles, se denominan:

Clasificación según la forma de valorar los días fértiles:

- *Métodos basados en el calendario: del ritmo (Ogino-Knaus) y de los días fijos.*
- *Método de la temperatura basal.*
- *Método de las secreciones cervicales o método de Billings.*
- *Método sintotérmico: combina temperatura basal y las secreciones vaginales.*

13.1.2. Eficacia

La eficacia de los MBCF depende exclusivamente de la persona usuaria y su/s pareja/s sexuales.

Con el uso habitual: se producen cerca de 24 embarazos cada 100 mujeres o PCG 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. Van de menos de un embarazo cada 100 personas que lo usan (0,4) a 5 embarazos cada 100.

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.

13.1.3. Retorno de la fertilidad luego de interrumpir su uso

No afectan la fertilidad.

13.1.4. Protección contra el VIH y otras ITS

Los MBCF no ofrecen ninguna protección contra el VIH ni otras ITS.

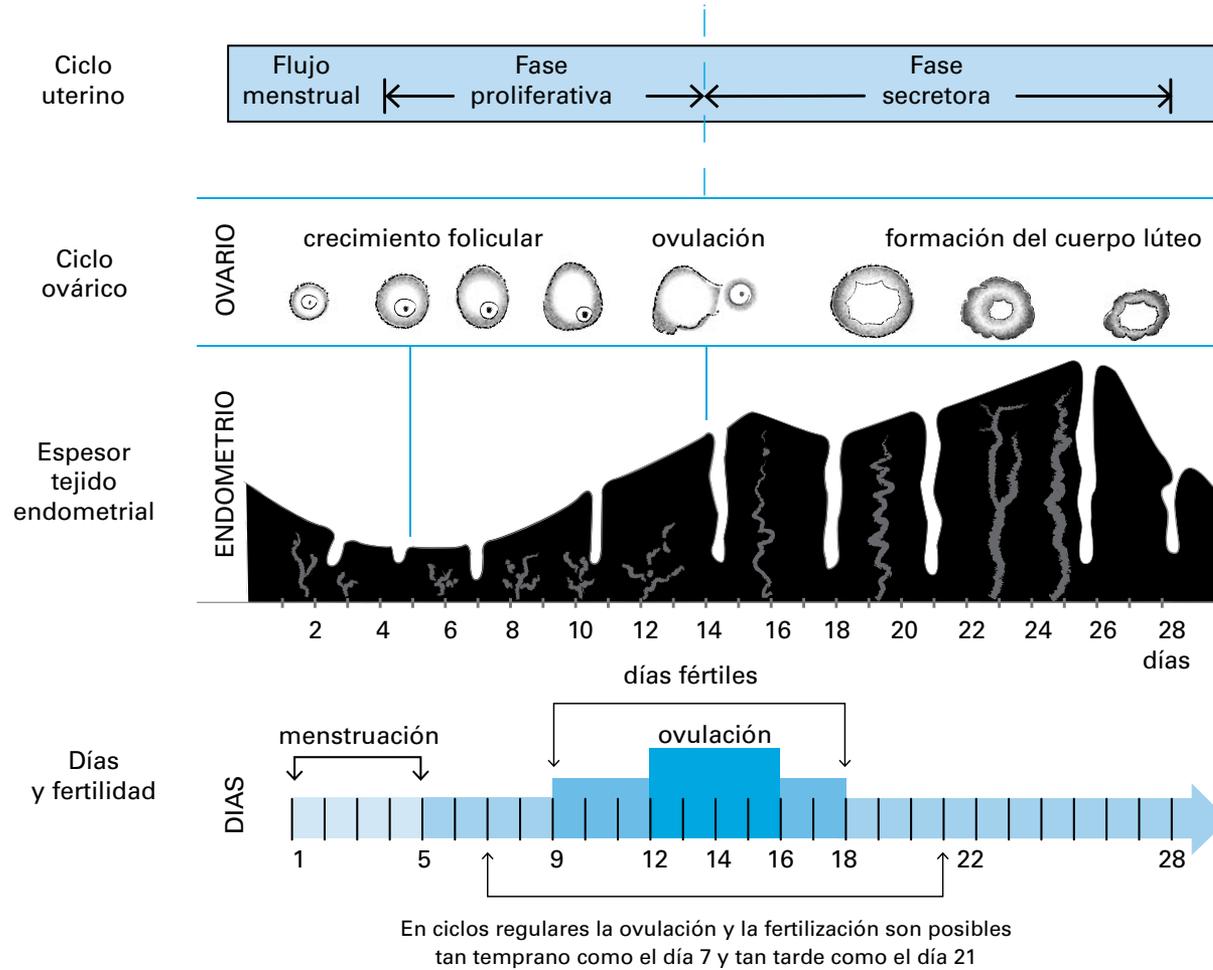
13.1.5. Efectos secundarios

No presentan efectos colaterales ni riesgos para la salud.



Figura 13.1. Fisiología del ciclo menstrual

Para comprender mejor los métodos naturales es importante tener en claro la fisiología del ciclo menstrual¹ y realizar esta explicación a las personas usuarias interesadas en estos métodos. Poder identificar los días fértiles puede ser útil tanto para quienes desean evitar un embarazo, como para quienes desean quedar embarazadas.



Fuente: elaboración propia. Ed. 2014.

1. Para más información ver el Capítulo 3 Anatomía y fisiología de los órganos genitales.

13.2. Métodos 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.

Método de los días fijos

Se considera **días fértiles del día 8 al 19**. En esos días *no se pueden tener relaciones sexuales con penetración pene-vagina* sin utilizar un método adicional, como preservativo. Se puede tener relaciones con penetración pene-vagina sin protección anticonceptiva adicional del 1 al 7 y del 20 en adelante. Existe un "collar del ciclo" con cuentas de diferentes colores para ayudar a las personas usuarias de este método a contabilizar los días fértiles y los no fértiles.

De los métodos del calendario, el más seguro es el método del ritmo que se describe a continuación.

Método del ritmo (Ogino-Knaus)

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 persona debe abstenerse de coito vaginal desde el día 8 del ciclo hasta el día 21.

De los métodos del calendario, el método del ritmo es el más efectivo.

Los métodos del calendario deben utilizarse con precaución en la adolescencia, ya que recién se han iniciado los ciclos o en aquellas personas 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 de un método del calendario luego de un parto o si se está 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 persona usuaria debe tener presente que **algunos medicamentos de uso crónico pueden alterar sus ciclos menstruales**, como por ejemplo algunos ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), algunos antidepresivos (inhibidores selectivos de la receptación de serotonina); en el caso de antiinflamatorios no esteroideos su uso prolongado puede retrasar la ovulación. Por ello, es conveniente brindar información actualizada y correcta a quien está recibiendo un tratamiento crónico.

13.3. Método de la temperatura basal

La **temperatura del cuerpo de la persona** 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 persona debe **abstenerse de mantener relaciones con penetración pene-vagina 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.

13.3.1. Desventajas

- Debe tomarse la temperatura todos los días.
- No pueden adoptarlo las mujeres o PCG que trabajan en horarios nocturnos o las que padecen afecciones que determinan estados febriles; tampoco las mujeres o PCG potencialmente anovuladoras, especialmente en la adolescencia y en la perimenopausia.
- Para ser efectivo requiere de largos períodos en los que hay que abstenerse de prácticas sexuales con penetración pene-vagina.

13.4. Método del moco cervical o método de billings

Se basa en la *observación de los cambios* que ocurren en el **moco cervical**. Requiere un entrenamiento 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, no se deben mantener relaciones sexuales con penetración pene-vagina, ya que ese es el período fértil.

Este método debe evitarse ante infecciones cervicovaginales, secreciones vaginales debido a estímulo sexual y durante la lactancia.

13.5. Método sintotérmico

Es una técnica mediante la cual la persona 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 14

Anticoncepción en la adolescencia

Puntos clave

- ✓ La escucha atenta y empática es fundamental en la atención de adolescentes y menores de 15 años que solicitan por primera vez un MAC.
- ✓ La elección del método debe ser libre y personal. El equipo de salud tiene que respetar la decisión de la persona adolescente.
- ✓ Desde los 13 años pueden acceder a información y a todos los métodos anticonceptivos reversibles sin compañía de personas adultas y a partir de los 16 años también a la anticoncepción quirúrgica.
- ✓ La consejería debe incluir la prevención de embarazos, la prevención VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y el trabajo sobre prácticas de cuidado.
- ✓ Es importante transmitir que muchos MAC están incluidos en el PMO y garantizados de forma gratuita en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas.

En la actualización de este capítulo participaron:
en edición 2023 Ofelia Musacchio y Eugenia Soubies, Dirección de Adolescencias y Juventudes (DIAJU), Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida, Subsecretaría de Estrategias Sanitarias, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación Argentina.



Introducción

Los métodos anticonceptivos, tal como se anticipó en el Capítulo 5, pueden utilizarse durante toda la vida fértil de las personas. Sin embargo, hay circunstancias particulares que inciden en la elección o recomendación del método.

En este capítulo la atención está centrada en la *adolescencia*, etapa en la vida que, por los cambios físicos, psíquicos y sociales, merece especial atención por parte del equipo de salud.

14.1. 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 y personal. El equipo de salud tiene que respetar la decisión de la persona adolescente, sin criticar ni prejuizar.
- ✓ Es importante brindar información sobre los métodos anticonceptivos, incluidos los de larga duración (LARC) y sus beneficios.
- ✓ Un aspecto a trabajar en la consejería con adolescentes es el uso del preservativo asociado a otro método como “doble protección”.
- ✓ Es conveniente aprovechar la oportunidad para informar sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), dónde y cómo adquirirla, y entregarla preventivamente para cualquier emergencia junto con preservativos.



La *adolescencia* es la etapa de la vida comprendida generalmente entre los 10 y 19 años de edad (OMS)*. Se divide en adolescencia temprana, hasta los 14 años, y tardía, que abarca de los 15 hasta los 19 años. Esta etapa está caracterizada por una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales, entre otros.

Durante la misma suelen iniciarse las relaciones sexuales, por lo que es importante garantizar la educación sexual integral y el acceso a información sobre anticoncepción y prevención de VIH y otras ITS. Es importante aprovechar las instancias de contacto del adolescente con el sistema de salud para ofrecerles consejería de salud sexual en general y de métodos anticonceptivos en particular. La garantía del derecho a la información y el acceso al MAC permiten evitar embarazos no intencionales y mejorar las prácticas de cuidado de la salud en general.

Es importante tener en cuenta que el marco legal vigente define como adolescentes a las personas a partir de los 13 años, momento desde el cual pueden solicitar y consentir cualquier práctica y tratamiento en salud que no implique un riesgo grave para su salud o vida. Asimismo, el Código Civil y Comercial argentino reconoce a las personas a partir de los 16 años como adultos para la toma de decisiones sobre su cuerpo y su salud. (Ver Capítulo 2. Derechos sexuales y derechos reproductivos: marco jurídico para la atención en salud).

Niñas/es/os y adolescentes tienen derecho a la información, clara, completa y basada en evidencia científica. La obligatoriedad de brindarles atención supone siempre el trato digno y respetuoso, y el respeto a la intimidad y a la confidencialidad de la consulta.

Las consultas realizadas por adolescentes sobre métodos anticonceptivos deben ser tomadas como consultas de urgencia, ya que puede tratarse de una oportunidad única para evitar tanto un

embarazo no intencional como la transmisión de ITS. Es importante que el equipo de salud no interponga sus valores personales (por ejemplo, sobre el inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, prácticas, etc.) a la hora del asesoramiento. Las/es/os adolescentes tienen derecho a recibir información clara, oportuna, completa y científicamente validada sobre métodos anticonceptivos y prevención de ITS sin obstáculos, incluyendo la entrega de preservativos. Pueden acceder en forma autónoma a todos los métodos anticonceptivos reversibles desde los 13 años.

Antes de esta edad, es recomendable procurar el asentimiento de una persona adulta de su confianza, que no reemplaza el consentimiento de la/e/el adolescente, sino que representa un apoyo en la toma de decisiones. Es importante, además descartar siempre posibles situaciones de violencia sexual. A partir de los 16 años podrán acceder además a métodos permanentes como ligadura tubaria y vasectomía firmando un consentimiento informado.

Quiénes son adolescentes pueden encontrarse en situaciones de mayor vulnerabilidad debido a:

- No ser consideradas/es/os protagonistas de las decisiones respecto de su salud y su cuerpo.
- Educación sexual poco accesible, escasa o deficiente.
- En algunos casos, sentimiento de invulnerabilidad o poca percepción de los riesgos.
- Dependencia económica.
- Situaciones en las que son objeto de presiones, manipulaciones o abuso de poder.
- Poca difusión.

Si en el proceso de atención de NNNA se detecta una situación de embarazo es importante evaluar posibles situaciones de violencia sexual. Además, se debe brindar una consejería en derechos donde se informen los riesgos asociados a la continuidad de un embarazo en la niñez o adolescencia, así como el derecho a la IVE/ILE, que debe garantizarse sin dilaciones si es la decisión de la/e/el NNNA. En caso de que se sospeche la existencia de una situación de abuso sexual deben activarse los mecanismos para la protección de derechos de la/e/el NNNA.¹

14.1.1. Consejería en la adolescencia

A continuación, se exponen algunos puntos a trabajar durante la consejería con adolescentes:

- Conversar sobre la centralidad del consentimiento para todas las prácticas sexuales. Problematizar ideas como las de “confianza”, “prueba de amor”, “una vez que dijiste que sí, no vale arrepentirse”, “se lo debía”, “estaba entregada”, etc. Estas representaciones obstaculizan el ejercicio de una sexualidad más segura, y colocan a quienes son adolescentes en situaciones de vulnerabilidad.
- Dialogar sobre la importancia de decidir el inicio de las relaciones sexuales más allá de las presiones.
- Destacar la importancia del autoconocimiento para poder tener experiencias sexuales placenteras. Informar sobre los beneficios de la masturbación, así como de las diferentes respuestas sexuales y las posibilidades para evitar prácticas sexuales que resulten dolorosas o displacenteras.
- Partir de los conocimientos previos sobre ciclo menstrual, anatomía, anticoncepción. Utilizar recursos didácticos para explicar lo que sea necesario.
- Ayudar a identificar recursos materiales y afectivos para prácticas de autocuidado.
- Apuntar a construir estrategias para consensuar o negociar el uso del preservativo; proveer preservativos y anticoncepción de emergencia (AHE).
- Dar información clara sobre los diferentes MAC, incluyendo los de larga duración y sus beneficios. Plantear cuales son los métodos incluidos en la canasta que deben ser cubiertos en forma gratuita por el subsistema público, así como por las obras sociales y prepagas.
- Proveer el método anticonceptivo en caso de que la persona elija uno. Así como preservativos y AHE (y la información de cómo proveerse de los mismos en el futuro).
- Informar que, ante situaciones de embarazo no intencional, puede consultar al equipo de salud y solicitar información sobre interrupción voluntaria y legal de embarazo.
- Combinar la información sobre métodos anticonceptivos con la relativa a la prevención del VIH y otras ITS, señalando lo óptimo de la “doble protección”. Además, brindar asesoramiento sobre el uso del campo de látex.
- Conversar sobre la importancia de poder elegir si tener hijas/es/ os o no, y cuándo, en relación a su proyecto de vida. Informar sobre la importancia de utilizar métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no intencionales.

La consejería es un espacio privilegiado para conversar con las y los adolescentes acerca del VIH y otras ITS, y 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 ejercer prácticas de cuidado de manera activa.

1. Para mayor información consultar: **Hoja de ruta para la Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud** / 3a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; UNICEF, 2021. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/Atencion_Menores_de_15_embarazadas_6-2021.pdf
Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: lineamientos para su abordaje interinstitucional / Silvia Chejter ; Valeria Isla. - 2a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/AbusoSexual_lineamientos2021.pdf

Algunas sugerencias para las consejerías para adolescentes:

- Brindar asesoramiento garantizando la privacidad de la consulta.
- Contar con recursos didácticos (láminas, rotafolios, muestras de métodos anticonceptivos) así como preservativos, AHE para entregar y test de embarazo disponible para utilizar en caso de ser necesario.
- Informar sobre el derecho a la confidencialidad y asegurarlo.
- Escuchar atentamente y hacer preguntas abiertas tales como "¿En qué puedo ayudarte?" y "¿Qué preguntas tenés?" y partir de sus intereses.
- Usar un lenguaje sencillo y evitar los términos técnicos.
- Si la persona usuaria lo desea, incluir a otras personas de su confianza en la consejería.
- Hablar sin emitir juicios haciendo eje en sus derechos (por ejemplo, decir "vos podés" en lugar de "vos debés"). Respetar sus decisiones, brindando información para que puedan elegir visualizando diferentes posibilidades.
- Tomarse el tiempo para abordar en profundidad las preguntas, temores y desinformación sobre relaciones sexuales, ITS y MAC.
- Incluir información respecto a pubertad, menstruación, masturbación, eyaculación nocturna, higiene de los genitales, etc.
- Tener una escucha atenta para detectar posibles situaciones de violencia y abuso.

El acceso a la información y a espacios de reflexión sobre sexualidad es central para que se construyan procesos de fortalecimiento de la autonomía durante la adolescencia.

Desde el año 2006 la Ley 26.150 establece la implementación de educación sexual integral como parte de un proyecto educativo en todos los niveles de enseñanza, que requiere de un trabajo articulado con los centros de salud, las familias y las organizaciones sociales.

Los contenidos de la ESI atraviesan distintas áreas y/o disciplinas, responden a las distintas etapas del desarrollo durante la niñez y la adolescencia y contempla situaciones de la vida cotidiana del aula y de la escuela, así como sus formas de organización.²

Desde los equipos de salud que trabajan con adolescentes puede ser necesario y conveniente generar **espacios de reunión para poner en común y reflexionar sobre el trabajo cotidiano**. Pensar con otras/es/os y multidisciplinariamente puede mejorar la satisfacción del equipo y mejorar los resultados logrados en la atención. Asimismo, es recomendable realizar articulaciones interinstitucionales e intersectoriales con escuelas y otros espacios donde concurren personas adolescentes y jóvenes habitualmente para facilitar el acceso a la información, a métodos anticonceptivos y a los cuidados de la salud en general. En algunas jurisdicciones existen ASIE (asesorías en salud integral en escuelas secundarias) que son espacios donde se brinda información y están articuladas con centros de salud.³

2. Para más información, consultar en: **Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias. Lineamientos para la implementación**. Ministerio de Salud de la Nación - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 1ª edición, Buenos Aires, julio 2018. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001282cnt-0000001282cnt-lineamientos-asie-msal.pdf>

Implementación de Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias durante la pandemia de Covid-19: sistematización de experiencias territoriales. Dirección de Adolescencias y Juventudes - Ministerio de Salud de la Nación, 2021. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/ASIE%20virtuales%20-%20Remotas_Web.pdf

14.1.2. ¿Qué métodos anticonceptivos se pueden utilizar durante la adolescencia?

Durante la adolescencia se puede utilizar, en general, cualquier método anticonceptivo de manera segura. **La edad**, por sí misma, **no constituye una razón médica** para no otorgar métodos a una persona adolescente.

En el proceso de asesoramiento para la elección de los métodos anticonceptivos, debe tenerse en cuenta lo siguiente: *Si tiene alguna otra condición personal o de salud que pueda influir en la elección*, es necesario tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad según la situación singular. Los criterios utilizados en personas adultas, referentes a patologías, se aplican también a las jóvenes.

Las preferencias y posibilidades para sostener la adherencia al método, y la situación de contexto para acceder al mismo. Las condiciones de vida, así como las creencias, costumbres y preferencias constituyen aspectos importantes que cada persona debe considerar en la elección del método. También es importante informar sobre la efectividad de cada uno de ellos.

El método anticonceptivo ideal será aquel que mejor se adapte a las necesidades de cada adolescente. En el proceso de toma de decisión es importante que la persona pueda ponderar las inquietudes, dudas o dificultades con respecto a algunos métodos contra las ventajas de evitar un embarazo no intencional. Si la persona elige un método de larga duración, es clave facilitar el acceso a su colocación.

La consulta por anticoncepción es una URGENCIA. La persona adolescente que solicita un método siempre debe irse con una RESPUESTA ANTICONCEPTIVA.

A continuación, se presentan los MAC 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.

14.1.2.1. Preservativo peneano y vaginal

No hay ninguna restricción para su uso. El preservativo es el único método que protege contra el VIH y otras ITS y evita el embarazo.

El preservativo en la consejería con adolescentes:

- No dar por sentado que conocen su uso correcto. Se puede hacer una demostración y ensayar en una maqueta la técnica correcta, solicitándole a la/le/el adolescente 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.
- En cada consulta es importante incentivar y reforzar su uso y que este sea adecuado. Asimismo, dar oportunidad para hablar de los posibles problemas que esté teniendo para negociar su uso brindando nuevas herramientas o técnicas que lo faciliten.
- Dar información sobre el uso correcto de lubricantes y sobre el campo de látex.
- Entregar AHE en forma preventiva y brindar información para su utilización en caso de ser requerida.

Para más información sobre preservativo peneano y vaginal, consultar el cap. 6, Métodos de barrera, en esta publicación.

14.1.2.2. Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración

Si bien los anticonceptivos orales son muy utilizados entre las personas adolescentes, de acuerdo con las investigaciones, más de la mitad los discontinúa durante el primer año de uso. Las personas adolescentes tienen más probabilidades de suspender el método que personas más grandes. E incluso si las personas adolescentes continúan con la toma de pastillas, suelen presentar frecuentemente olvidos y otros errores en la toma.

Las investigaciones han demostrado que cuando quienes son adolescentes reciben un adecuado asesoramiento sobre métodos anticonceptivos que incluya los LARC (por sus siglas en inglés: Long Acting Reversible Contraception), los eligen y usan con satisfacción. Los LARC son aquellos métodos que **permiten prevenir un embarazo durante un período prolongado sin requerir de la intervención activa de la persona usuaria**. Se incluyen dentro de estos métodos a los dispositivos intrauterinos (DIU con cobre y con levonorgestrel) y a los implantes subdérmicos.

El proyecto CHOICE⁴ comparó las tasas de falla anticonceptiva entre mujeres o PCG de diferentes edades. Lo que mostró que las tasas de embarazo no planificado en mujeres o PCG menores de 21 años que usaban pastillas, parches o anillos anticonceptivos prácticamente duplicaban las tasas en mujeres o PCG mayores que usaban esos métodos. Las tasas de embarazo no planificado entre mujeres o PCG que usaban AMPD inyectable y métodos LARC eran bajas, sin distinción por edad de las personas usuarias. El riesgo de embarazo no planificado con pastillas, parches o anillos es 20 veces más alto que con métodos LARC.

Los Criterios médicos de elegibilidad consideran categoría 2 el uso de los dos tipos de DIU en adolescentes y categoría 1 el uso de implante subdérmico. La DSSR realizó un estudio de seguimiento y adherencia al implante subdérmico en adolescentes y jóvenes en Argentina (DSSR, 2018) que demostró altos niveles de satisfacción y confianza por parte de las usuarias.

Tanto el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) como el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists recomienda que los métodos de larga duración figuren entre los más recomendados para jóvenes y adolescentes.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

El DIU es un método que **puede utilizarse en adolescentes de manera segura, incluso si son nulíparas**. En el Cuadro 14.1 se presentan los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso del DIU. Forma parte de *los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC)* que tienen como ventaja no requerir de la acción cotidiana de la persona usuaria.

Destacar en la consejería que el DIU brinda seguridad y alta eficacia al no exigir otra motivación más allá de la relacionada con su inserción; es de uso permanente y continuo y demanda un seguimiento relativamente espaciado. Puede ser preferido por quienes no desean métodos hormonales. No inhibe la ovulación.

Los cambios en el patrón de sangrado son frecuentes y deben ser informados en la consejería sobre el método.

Puede ser elegido cuando hay dificultades para la adherencia a otros métodos o existen contraindicaciones a otros MAC.

Ofrecerlo como anticoncepción posevento obstétrico es una opción para quienes no desean un embarazo y contribuye a disminuir la tasa del segundo embarazo en la adolescencia y reducir asimismo, el periodo intergenésico.

El equipo de salud debe tener en cuenta que existen estudios que indican que las personas adolescentes de 14 a 19 años pueden tener más posibilidades de expulsar el DIU porque su útero es más pequeño, sin que esto represente una contraindicación. No es requerimiento realizar una ecografía para evaluar el tamaño uterino previo a la colocación de DIU, pero si durante la misma se constata una histerometría menor a 6 cm debe optarse por un DIU de menor tamaño que el habitual u otro MAC.

4. nota al pie: *The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, et al. Am J Obstet Gynecol 2010;203:115.e1-7. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910826/>

Existen modelos de DIU medicados con levonorgestrel (DIU-Lng o SIU, Sistema intrauterino) que no suelen utilizarse con frecuencia en la adolescencia pero podrían considerarse más allá de su efecto anticonceptivo. Si bien son dispositivos que liberan hormonas, su acción es local a nivel del útero y generalmente las personas que lo utilizan continúan ovulando. La amenorrea secundaria a su uso puede ser un motivo para ser elegido en personas que deseen o requieran disminuir o interrumpir sus menstruaciones en forma sostenida (por ejemplo, varones trans, personas no binarias, personas con anemia crónica o sangrados uterinos abundantes).

Los dispositivos intrauterinos no protegen contra el VIH y otras ITS. Por eso es recomendable la provisión de métodos de barrera y la información para su uso adecuado.

Cuadro 14.1.

Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso del DIU

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Condición	Categoría	
	DIU-Cu	DIU-Lng
Edad		
Menarca < de 20 años	2	2
> de 20 años	1	1
Nulíparas	2	2
Paridad	1	1

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015.

Implantes subdérmicos

Forman parte de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) que tienen como ventaja no requerir de la acción cotidiana de la persona usuaria.

Hay de 1 o 2 varillas.

Contienen solo progestágeno, por lo tanto, son una opción para aquellos casos en que estuviera contraindicado el uso de estrógenos y durante la lactancia.

Su uso es discreto (no se ve).

No requiere la exposición de genitales para su inserción.

Es uno de los métodos con mayor eficacia anticonceptiva reversible ya que depende menos de la persona usuaria y del sistema de salud.

Su duración anticonceptiva es de 3 o 5 años, según el modelo.

Su colocación y extracción dependen de personal entrenado.

Los cambios en el patrón de sangrado deben ser informados en la consejería sobre el método.

No protegen contra el VIH y otras ITS. Por eso es recomendable la provisión de métodos de barrera y la información para su uso adecuado.

14.1.2.3. Métodos anticonceptivos reversibles de corta duración

Según la clasificación en cuanto al tiempo de duración anticonceptiva, los métodos anticonceptivos de corta duración son: los métodos inyectables con progestágeno solo o AMPD, los anticonceptivos combinados inyectables o ACI, los anticonceptivos orales combinados, los anticonceptivos orales de progestágeno solo, y otros métodos hormonales combinados como anillos vaginales y parches transdérmicos.

Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo o AMPD

Su aplicación trimestral favorece la continuidad en su uso.

Son de uso discreto (no se ven).

El lugar de aplicación intramuscular puede ser elegido según la preferencia de la persona usuaria (brazo, cadera o glúteo).

Los cambios en el patrón de sangrado deben informarse en la consejería previa.

Su uso continuo durante la adolescencia debe hacerse habiendo considerado previamente otras opciones debido a no haber alcanzado aún el pico de masa ósea. Puede ser considerado como método de transición a otro, por ejemplo posteriormente a un evento obstétrico.

Se sugiere control anual de la tensión arterial.

Los cambios en el patrón de sangrado son frecuentes y deben ser informados en la consejería sobre el método.

La amenorrea secundaria a su uso puede ser un motivo para ser elegido en personas que deseen o requieran disminuir o interrumpir sus menstruaciones en forma sostenida (por ejemplo, varones trans, personas no binaries, personas con anemia crónica o sangrados uterinos abundantes).

No protegen contra el VIH y otras ITS. Es recomendable entregar junto con métodos de barrera y AHE preventiva, con la información adecuada para utilizarla en caso de ser necesaria.

Anticonceptivos combinados inyectables o ACI

Su aplicación mensual favorece la continuidad en su uso.

Son de uso discreto (no se ven).

El lugar de aplicación intramuscular puede ser elegido según la preferencia de la persona usuaria (brazo, cadera o glúteo).

Los cambios en el patrón de sangrado son frecuentes y deben ser informados en la consejería sobre el método.

Pueden entregarse varias ampollas en una consulta para favorecer su adherencia.

No protegen contra el VIH y otras ITS. Es recomendable entregar junto con métodos de barrera y AHE preventiva, con la información adecuada para utilizarla en caso de ser necesaria.

Anticonceptivos orales

Anticonceptivos combinados orales (ACO)

Los ACO constituyen, junto con el preservativo, uno de los métodos más conocidos y utilizados por 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 minimizar los efectos secundarios y los temores asociados al uso.

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.

No protegen contra el VIH y otras ITS. Es recomendable su provisión junto con métodos de barrera y AHE preventiva con la información adecuada para utilizarla en caso de ser necesaria.

Anticonceptivos orales con progestágeno solo

Son de toma diaria y continua. Su margen de toma depende de su composición y es menor que en los ACO.

Se pueden plantear estrategias en el recordatorio de toma para disminuir el riesgo de olvidos.

Los cambios en el patrón de sangrado son frecuentes y deben ser informados en la consejería sobre el método.

Pueden entregarse varias cajas en una consulta para favorecer su adherencia.

No protegen contra el VIH y otras ITS. Es recomendable su provisión junto con métodos de barrera y AHE preventiva con la información adecuada para utilizarla en caso de ser necesaria.

Otros métodos anticonceptivos hormonales

Existen también otros métodos hormonales combinados con otras vías de administración, como los parches y anillos vaginales. Al no ser visibles para el resto de las personas, los hace más discretos.

Al no depender de una toma diaria, requieren menor motivación por parte de la persona usuaria.

No protegen contra el VIH y otras ITS. Es recomendable la provisión de métodos de barrera y AHE preventiva con la información adecuada para utilizarla en caso de ser necesaria.

Los parches y anillos vaginales no están incluidos en la canasta de métodos gratuitos.

14.1.2.4. Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)

Las personas adolescentes pueden tomar 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 **la categoría 1 y 2 en los Criterios médicos de elegibilidad**, ya que no posee contraindicaciones para su uso.

La AHE es la última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo no intencional.

Es conveniente aprovechar las oportunidades de contacto de adolescentes con el sistema de salud para brindar información sobre 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 tengan en su casa ante cualquier emergencia, hay que informar dónde y cómo adquirirla.

Es muy útil entregar folletería informativa sobre AHE.

Algunas situaciones pueden requerir el uso de doble dosis de AHE con Lng 3mg debido a su posible reducción en la efectividad: en personas con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² y en quienes usen inductores de las enzimas hepáticas CYP450 (medicamentos contra el VIH: efavirenz y ritonavir, ciertos medicamentos para la tuberculosis y la epilepsia, y medicamentos que contienen hierba de San Juan).

Aunque la AHE puede tomarse las veces que sea necesario, es importante informar 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 persona usuaria y dificultar el adecuado seguimiento de algunos métodos.

Uso frecuente de ahe y 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 persona 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 que resulte más cómodo y pueda sostenerse en el tiempo. Puede iniciarse un método anticonceptivo en forma segura luego de la toma de AHE.

Si bien muchas veces las demandas de 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.

14.1.2.5. Método de lactancia amenorrea (MELA)

Es apropiado solo para las adolescentes que están en amenorrea en los primeros seis meses posparto, que amamantan en forma exclusiva. Es importante advertir que tiene una elevada tasa de falla por las condiciones que hay que cumplir para que sea eficaz. Para más información ([Ver Capítulo 16. Anticoncepción posevento obstétrico](#)).

14.1.2.6. Anticoncepción quirúrgica

A partir de la sanción del Código Civil y Comercial (CCyC) del 2015 toda persona mayor de 16 años es considerada como adulta para decidir sobre su salud y su cuerpo. Es por eso que a partir de los 16 años⁵ las/es/os adolescentes tienen derecho a acceder a *la anticoncepción quirúrgica* de manera autónoma.

Debido al carácter permanente de la vasectomía y la ligadura tubaria, es importante que la persona adolescente que esté considerando la AQ piense cuidadosamente si querrá o no tener hijas/es/os (en caso de que no los tenga) o tener más en el futuro.

Durante la consejería, al momento de brindar información sobre todos los MAC, se puede hacer hincapié en los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) como una alternativa para quienes deseen mantener la anticoncepción en forma prolongada y en caso de ser elegidos facilitar su acceso.

Debe tenerse en cuenta que las personas jóvenes son quienes tienen mayores posibilidades de arrepentirse de la anticoncepción quirúrgica⁶. 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 la práctica, previa firma del consentimiento informado. Forma parte de las obligaciones profesionales el cumplimentar el requerimiento y llevar adelante la anticoncepción quirúrgica.

14.1.2.7. Otros métodos anticonceptivos de menor efectividad

Dentro de estos métodos anticonceptivos encontramos el diafragma, los espermicidas y esponjas, y los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Son métodos que tienen la particularidad de requerir un alto nivel de conocimiento sobre el cuerpo y de reconocimiento sobre sus cambios. Es por eso que debe advertirse a las personas adolescentes sobre su baja efectividad y su falta de protección contra el VIH y otras ITS.

5. Las únicas exceptuadas son las personas mayores de edad con sentencia firme y vigente de restricción de la capacidad para decidir sobre su salud o su cuerpo.

6. Ver Regret following female sterilization at a young age: a systematic review (Kathryn et al., 2006) y Female sterilisation in the United States (Borrero y Zite, 2011).

Diafragma

Habitualmente, la adolescencia no suele presentar contraindicaciones orgánicas para el uso del diafragma, como podrían ser el deficiente tono muscular de la vagina y distopías, 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 uso es muy poco frecuente.

Espemicidas y esponjas

Si la persona 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 usarlos junto con un método de barrera, por ejemplo, el preservativo. Además, es necesario informar que **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 y otras ITS.**

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)

Los ciclos menstruales irregulares frecuentes en la adolescencia 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 quienes recién han iniciado sus ciclos, ya que puede resultar difícil identificar el período fértil. **Los MBCF tienen una baja eficacia.**

Por último, es conveniente dar lugar en la consejería al tema del coito interrumpido, brindando información correcta sobre la baja efectividad de esta práctica. A su vez, es una oportunidad para conversar sobre los cuidados para evitar la transmisión de VIH y otras ITS. Es recomendable la provisión de métodos de barrera y AHE preventiva con la información adecuada para utilizarla en caso de ser necesaria.

Capítulo 15

Anticoncepción en la perimenopausia

Puntos clave

- ✓ En la perimeopausia, como en el resto de las etapas de la vida, es importante brindar información sobre métodos para prevenir embarazos a las personas sexualmente activas.
- ✓ Las personas que no desean embarazos necesitan un método anticonceptivo hasta que la menopausia sea confirmada.
- ✓ Algunos MAC presentan ciertos riesgos y beneficios no anticonceptivos en esta etapa de la vida.
- ✓ Los equipos pueden brindar información sobre los cambios que algunas personas pueden ir vivenciando.
- ✓ En las consejerías también es relevante brindar información sobre prevención de VIH y otras ITS.

15.1. Anticoncepción en la perimenopausia

Puntos clave

- ✓ Aunque la fertilidad disminuye con los años, las mujeres o PCG sexualmente activas que no desean embarazos y mantienen relaciones sexuales con penetración pene-vagina, 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 en esta etapa de la vida, por si se verifica algún cambio en las condiciones de salud que pueda modificar la elegibilidad 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 mayores de 50 años o luego de dos años en menores de 50. Por lo tanto, se la reconoce solamente en forma retrospectiva. En la mayoría de las mujeres o PCG esto ocurre entre los 45 y 55 años.

Durante la perimenopausia ocurren ciclos ovulatorios y anovulatorios, por lo tanto, aunque la fertilidad disminuye, las personas con capacidad gestante sexualmente activas que no desean embarazos necesitan un método anticonceptivo hasta que la menopausia sea confirmada.

15.1.1. Consejería en la perimenopausia

En el momento de la consejería, puede ser necesario dar lugar a que se expresen sensaciones y sentimientos que atraviesa la persona en esta situación vital, donde se produce el fin de la función reproductiva. 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 personas con capacidad de gestar 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 personas gestantes mayores de 40 años.

Alteraciones menstruales: suele ser común que se experimente un cambio en el patrón de sangrado menstrual (ciclos más cortos y/o más 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.

15.1.2. ¿Qué métodos anticonceptivos se pueden utilizar 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 persona 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 persona usuaria, para que realice una elección más adecuada según sus necesidades y posibilidades.

15.1.2.1. Métodos de barrera: preservativo peneano y vaginal

No hay ninguna restricción para el uso de *preservativos* en la perimenopausia y debe recordarse la importancia de su uso para la prevención de ITS. En caso de que presente sequedad vaginal, el uso del preservativo peneano 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 accesibilidad¹ 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. agregar luego de punto seguido:

El preservativo vaginal viene lubricado. Se aconseja frotar el paquete entre las manos para esparcir el lubricante en el interior antes de abrirlo.

Es importante incluir, además en la consejería, la provisión preventiva de anticoncepción hormonal de emergencia informando sobre su uso adecuado y oportuno.

15.1.2.2. 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 quienes tienen contraindicada la anticoncepción hormonal de manera continua.

15.1.2.3. Anticonceptivos hormonales combinados (AHC) (orales, inyectables, parches, anillos vaginales)

En mujeres o PCG \geq 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.

Beneficios no anticonceptivos en la perimenopausia con el uso de 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:** en algunos casos se ven más beneficios con los regímenes extendidos (se utilizan de manera continua, sin intervalos libres, por lapsos de al menos 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 personas 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 ya que algunos estudios señalan un leve aumento del riesgo mientras otros no lo confirman. Sin embargo, los estudios están de acuerdo en que no aumenta la muerte por cáncer de mama en usuarias de anticonceptivos hormonales combinados².

1. La DNSSR distribuye sobres de 3g. de gel lubricante en base acuosa, que están disponibles en todos los efectores de salud.

2. Ver Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of general practitioners' oral contraception study (Hannaford et al., 2021). La razón por la que no aumenta la muerte por cáncer de mama en personas usuarias AHC podría deberse a que las personas usuarias estos métodos están más cerca del sistema de salud y hacen más controles con lo que aumentaría la detección y diagnóstico precoz. También se puede ver: Oral contraceptive use and mortality after 36 years of follow-up in the nurses' health study: prospective cohort study. (Charlton et al., 2014); No increase in breast cancer risk in Japanese women taking oral contraceptives: a case-control study investigating reproductive, menstrual and familial risk factors for breast cancer (Ichida et al., 2015); Hormonal contraception and risk of breast cancer: a critical look (Barrigaa et al., 2018)

La historia de la enfermedad benigna de la mama o antecedentes familiares de cáncer de mama no debe ser considerado como una contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

- *Enfermedad cardiovascular y cerebrovascular*: en mujeres o PCG 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. Se deben tener en cuenta otros factores de riesgo de TEV como la obesidad, el tabaquismo y la historia familiar de TEV para evaluar la prescripción de AHC en mujeres o PCG mayores de 40 años.
- *Leve aumento del riesgo de ACV isquémico* que se asociaría al uso de AHC en mujeres o PCG que padecen migraña con aura o en personas usuarias de los antiguos anticonceptivos con dosis estrogénica mayores de 50 mcg. Hay que tener en cuenta otros factores de riesgo para ACV isquémico como el tabaquismo, obesidad, edad, dislipemia, fibrilación auricular entre otros³.

Situaciones en las que no se recomienda el uso de AHC:

- *El cigarrillo y la edad* son factores de riesgo independientes para las enfermedades cardiovasculares. Las mujeres o PCG \geq de 35 años que fuman menos de quince cigarrillos por día corresponden a la categoría 3 y las que fuman \geq de quince cigarrillos corresponden a la categoría 4 de los Criterios de elegibilidad de la OMS.
- *La hipertensión arterial* aumentaría el riesgo de ACV e IM en las personas usuarias de AHC, por lo que dependiendo la situación es categoría 3 ó 4 de los CME.
- *Las personas con enfermedad cardiovascular, ACV o migraña con y sin aura* presentan contraindicación para el uso de AHC, al igual que las que presentan múltiples factores de riesgo (edad avanzada, tabaquismo, diabetes e hipertensión).

La tensión arterial debe ser medida antes y al menos 6 meses después de iniciado el uso de AHC en mayores de 40 años y monitorearla por lo menos una vez por año.

15.1.2.4. Anticonceptivos hormonales solo de progestágeno (orales, inyectable, implantes y DIU-Lng o SIU)

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 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 DIU-Lng en el tratamiento del sangrado uterino abundante*. Es una opción de utilidad en el sangrado menstrual abundante, frecuentemente observado en las mujeres o PCG mayores de 40 años luego que otras patologías hayan sido excluidas.
- *Métodos reversibles de larga duración*, implantes y DIU-Lng, pueden ser tan efectivos como la anticoncepción quirúrgica.

3. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. (Roach RE, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015).

Controversias en el uso de ASP

- **Cáncer de mama:** la evidencia que relaciona los anticonceptivos solo de progestágenos (ASP) y el cáncer de mama no es concluyente por el menor número de casos incluidos en los estudios de investigación. Una revisión de 6 estudios sugirió que el uso de anticonceptivos con progestágeno solo (implante, DIU- Lng, AOPS e inyectables) no aumenta el riesgo de cáncer de mama.⁴
- **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. Si bien no hay un límite de edad para el uso de AMPD, a las mujeres o PCG mayores de 50 años, generalmente se les recomienda cambiar por otros métodos. Si desea continuar con este, valorar beneficios y riesgos potenciales.
- **El retorno de la fertilidad** puede llegar a postergarse hasta 1 año luego de la discontinuación de los progestágenos inyectables de depósito. Es necesario informarlo a mujeres o PCG cercanas a los 40 años que usen inyectables trimestrales y quieran embarazarse en el futuro.
- **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 con el uso de AMPD** que baja la HDL y aumenta la resistencia a la insulina, retiene agua y sodio, aumenta el peso y el perímetro abdominal. La indicación de inyectables de progestágenos (AMPD) en las mujeres o PCG con múltiples factores de riesgo arterial cardiovascular corresponde a la categoría 3 de la OMS.

15.1.2.5. Dispositivos intrauterinos

Las alteraciones en el patrón de sangrado menstrual son frecuentes en la perimenopausia, como también ocurre en personas usuarias de DIU. Las menstruaciones abundantes y prolongadas, el dolor menstrual y el sangrado intra-cíclico son frecuentes en los primeros 3-6 meses posinserción, en especial del DIU con cobre.

El siguiente tratamiento puede ofrecerse durante los días de sangrado menstrual:

- En primer lugar, ácido mefenámico 500 mg hasta 3 veces por día, por 5 días o el uso de otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- En segundo lugar, evaluar la indicación de ácido tranexámico (agente hemostático).
- NO debe usarse la aspirina.

Si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos (mioma, pólipos, patología neoplásica). Si el sangrado continúa siendo muy abundante o prolongado, especialmente si hay signos clínicos de anemia, o si la mujer o PCG no tolera el sangrado, se debe retirar el DIU y ayudarla a elegir otro método.

La tasa de expulsión disminuye a medida que aumenta la edad de la mujer o PCG; es menor en mayores de 40 años. La inserción puede resultar más dificultosa, a causa de la menor elasticidad del canal cervical.

El DIU-Lng o SIU ofrece importantes beneficios no contraceptivos especialmente adecuados en mujeres o PCG mayores de 40 años, ya que ha demostrado ser muy efectivo en lograr la mejoría del sangrado menstrual, la dismenorrea, endometriosis, adenomiosis y la hiperplasia de endometrio.

4. Progestin and breast cancer risk: a systematic review. Breast cancer research and treatment (Samson, M., et al., 2016).

15.1.2.6. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (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.

15.1.2.7. Anticoncepción quirúrgica

La ligadura de trompas no presenta diferencias en los beneficios durante la perimenopausia con respecto a otras edades. En el caso de los riesgos, estarían asociados al evento quirúrgico en sí mismo.

15.1.3. ¿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 personas usuarias de anticoncepción hormonal. Debe informarse a quienes utilizan anticoncepción hormonal que la amenorrea no es un indicador confiable de falla ovárica.

En las mujeres o PCG \geq 50 años que están en amenorrea y utilizan ASP (píldoras, implantes o DIU- Lng), es posible realizar la medición de FSH (hormona folículo estimulante) sérica. La valoración de dos determinaciones de FSH \geq 30 UI /L con un intervalo de 6 a 8 semanas permitiría discontinuar el método anticonceptivo luego de un año. Otra alternativa sería continuar el método hasta los 55 años.

Si no hay factores de riesgo cardiovascular la anticoncepción hormonal combinada puede continuarse hasta los 55 años. Si hubiera factores de riesgo puede cambiarse a algún MAC de solo progestágeno (implante o AOPS).

En personas usuarias de DIU-Lng que están en amenorrea podría ser de utilidad agregar un dosaje de estradiol: un resultado de FSH mayor o igual a 30 UI/L y un estradiol menor de 20 pg/ml garantiza que ese aumento de FSH es por falla ovárica y no por un pico ovulatorio.

En mujeres o PCG menores de 50 años, que estén cómodas con el uso de la anticoncepción hormonal combinada no es necesario interrumpir el uso de la AHC para evaluar la función ovárica. Se puede continuar de forma ininterrumpida hasta los 50 años, ya que la AHC constituye una excelente opción de terapia hormonal en la transición menopáusica.

A partir de los 50 años, en mujeres o PCG que usan anticoncepción hormonal combinada para valorar el cese de la función ovárica, se deben obtener dos determinaciones de FSH separadas por 6 a 8 semanas, realizadas a partir del día 14 o más de haber dejado de tomar el anticonceptivo. Si ambos resultados de FSH son mayores o iguales a 30 UI/L se puede suspender la anticoncepción. Se sugiere en este período de espera el uso de un método no hormonal.

A partir de los 50 años, en mujeres o PCG que usan inyectables solo de progestágeno para evaluar el cese de la función ovárica, se deben obtener dos dosajes de FSH mayores o iguales a 30 UI/L separados por 90 días y realizados justo antes del día de la aplicación.

En el caso de quienes usan inyectables solo 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 DIU-Lng a partir de los 45 años con indicación anticonceptiva, la OMS afirma que se puede continuar su uso hasta 7 años; la FSRH sugiere que si la persona usuaria lo desea puede continuar el uso hasta los 55 años (FSRH, 2017).

Anticoncepción no hormonal

Personas usuarias de DIU de cobre podrán suprimir el método o retirarse el DIU luego de un año de amenorrea en mayores de 50 años y luego de dos años en menores de 50. En el caso del DIU con ≥ 300 mm² de cobre, 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.

En la menopausia, luego de discontinuar el uso de MAC, recomendar la continuidad en el uso de preservativos y asesorar sobre la técnica de uso correcto contribuye a prevenir las ITS incluido el VIH.

Indicadores para sugerir a la persona usuaria que vuelva a la consulta:

Resulta clave habilitar el acceso a nuevas consultas de seguimiento a las personas que se encuentran en la perimenopausia cuando están usando métodos anticonceptivos. Además de las condiciones que implica el uso de cada método específicamente, en los casos de quienes están atravesando esta etapa de la vida es importante tener en cuenta las siguientes pautas de cuidado para sugerirles volver a consultar:

- 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 la persona usuaria 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 o PCG ≥ 40 años.
- Si luego de 3-6 meses de la inserción de un DIU DIULng continúa con las alteraciones en el sangrado.

Capítulo 16

Anticoncepción posevento obstétrico*

Puntos clave

- ✓ Es una estrategia para el acceso a métodos anticonceptivos luego de un parto, cesárea o aborto que hace hincapié en la oferta y colocación de los métodos de larga duración.
- ✓ Tanto el posparto como el posaborto, son una oportunidad para realizar intervenciones que contribuyan a la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil y al cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- ✓ Es fundamental la articulación con los efectores de salud que realizan control de embarazo (y como parte del mismo brindan consejería en métodos anticonceptivos para el posparto).
- ✓ En caso de lactancia debe brindarse información clara sobre el mecanismo de acción de los MAC y su relación con la leche humana.
- ✓ En general, en el posaborto no hay contraindicación para el uso de ningún método anticonceptivo.

En la actualización de este capítulo participó en 2019: la Lic. Romina Castellani (DSSR), Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

* Para ampliar información sobre este tema, consultar Guía de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO). (DNSSR, 2021).



Introducción

La concurrencia de una persona con capacidad de gestar 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 o PCG concurren en forma anual a la revisión ginecológica, muchas otras personas solo 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 salud reproductiva y garantizar el acceso al método elegido en el momento del alta o antes de la misma.

Las exigencias del puerperio muchas veces dificultan que la persona pueda utilizar adecuadamente algunos anticonceptivos usuario-dependiente observándose una baja adherencia a estos. Los métodos de larga duración son una opción para quienes no desean embarazarse por un período extendido de tiempo y son especialmente eficaces porque su uso correcto no depende de la persona usuaria.

Tanto durante el puerperio como luego de un aborto, se pueden utilizar métodos anticonceptivos para prevenir un nuevo embarazo. Es necesario conocer las particularidades de estos dos momentos, para informar adecuadamente sobre las diferentes opciones posibles y acompañar a la persona en su elección.

16.1. 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 posparto o con la introducción de alimentos y bebidas suplementarios en la dieta de la/le/el bebé.
- ✓ Existen métodos que pueden utilizarse durante la lactancia para garantizar una anticoncepción más segura, y que no dependen de la misma.
- ✓ Si la consejería pudo concretarse durante el control prenatal y la persona eligió anticoncepción quirúrgica, colocación de DIU o implante subdérmico, debe aprovecharse la oportunidad de la internación para su concreción.



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 en la Argentina cerca de 100 % de los partos son institucionales y que las mujeres o PCG permanecen internadas un promedio de 48 horas (DEIS, 2018), este momento es una oportunidad privilegiada para que el equipo de salud acompañe la atención con pautas de cuidado que contribuyan a la prevención de la mortalidad materna y brinde **información y acceso efectivo a un método anticonceptivo de alta eficacia para la persona que lo desee**. Esto forma parte de la *estrategia de AIPEO* (anticoncepción inmediata posevento obstétrico).¹

La AIPEO facilita la reducción de los intervalos intergenésicos cortos con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna (Conde Agudelo et al., 2000).

Desde una perspectiva pediátrica, los intervalos cortos entre nacimientos se asocian con un mayor riesgo de mortalidad neonatal, mortalidad infantil, muertes en niños menores de 5 años y desnutrición infantil (WHO, 2007; Rutstein SO, 2005).

Desde un punto de vista obstétrico, se han asociado intervalos entre nacimientos cortos con mayor riesgo de parto prematuro, nacimiento de un bebé pequeño para la edad gestacional y de aborto espontáneo (Shulman y Merritt, 1976). Además el uso de la anticoncepción segura moderna y, en lo posible de larga duración, podría evitar el 32 % de las muertes maternas mediante la prevención de partos inseguros, así como abortos (Arulkumaran et al., 2018).

En los controles prenatales, dar espacio a la consejería en anticoncepción permite mejorar las condiciones para la toma de decisiones. Es más importante aún en el caso de que la persona

usuaria elija un método de larga duración o anticoncepción quirúrgica. Si durante el transcurso del embarazo su decisión es realizarse una ligadura tubaria, ya sea por solicitud espontánea o por decisión luego de una consejería, se recomienda incluir el consentimiento firmado dentro de la documentación a presentar al momento del parto. Es fundamental que el equipo de salud del hospital garantice la intervención quirúrgica sin otro requisito. Para el caso de que la persona elija un DIU o implante subdérmico, es necesario garantizar su colocación antes del alta de la institución.

16.1.1. Consejería en el parto, puerperio y lactancia

La situación de periparto es un momento especial para la persona gestante 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 o PCG propiciando que tome sus propias decisiones en forma autónoma, consciente e informada.

El periodo prenatal, representa una oportunidad para que las personas reciban información y consejería en anticoncepción ya que muchas de ellas tendrán acceso a servicios de salud durante el embarazo. No obstante, si esta situación no ha podido darse, el momento de la internación también es oportuno para dar asesoramiento.

Luego del egreso hospitalario muchas mujeres o PCG no vuelven a consultar por ellas mismas, pero sí lo hacen por sus hijas/es/os. Es por ello que la construcción de un vínculo empático antes del alta es muy importante para facilitar la adherencia a los controles posparto, donde pueda continuarse con el cuidado en relación a la salud sexual y salud reproductiva.

1. Para ampliar información sobre este tema, consultar Guía de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO). (DNSSR, 2021).

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, ocurre aproximadamente a las 4 a 6 semanas posparto en el caso que la persona no esté amamantando. En el caso de quienes amamantan el período de anovulación se extiende, 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.²

Definiciones a tener en cuenta:

Lactancia exclusiva: significa que la/le/el bebé, además de la leche humana, no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua. La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 horas. Y tiene que ser diurna y nocturna.

Lactancia casi exclusiva: significa que la/le/el bebé recibe algo de líquido o alimento además de la leche, pero que no supera el 10% del total de lo ingerido. La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 horas. Y tiene que ser diurna y nocturna.

- Inicio de la ovulación:

Si no se amamanta de manera 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 (TEV)

- El riesgo de TEV es elevado 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 posparto.

- Este riesgo de TEV es el mismo en quienes amamantan y en quienes no lo hacen.

En las estrategias para aumentar la accesibilidad a los métodos anticonceptivos resulta conveniente sumar a quienes realizan controles de salud de las/os bebés, así como a los equipos de salud de los vacunatorios.

Antes del alta es importante brindar información sobre los lugares donde continuar con la atención en salud sexual y salud reproductiva, y acceder a la entrega periódica de métodos anticonceptivos en el caso que la persona haya optado por métodos

que no sean de larga duración, e **incluir una nota de contra referencia.** Con este fin, es de suma utilidad contar con folletería, dar la información también por escrito o incluirla en la libreta sanitaria. Para esto es necesario que el equipo de salud cuente con información actualizada de los efectores que prestan **servicios en salud sexual y salud reproductiva cercanos al domicilio de la persona** usuaria, si es posible con horarios de atención y modos de acceso (turno espontáneo, programado, derivación, etc.).

2. Ver con mayor detalle en este mismo capítulo Método Lactancia y Amenorrea (MELA).

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 persona gestante como para la/le/el hijo/a/o que tiene y que vendrá.
- Estimular la lactancia.
- 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 humana.
- Explicar que la amenorrea está asociada a un alto grado de protección contra el embarazo, pero sólo en las situaciones en que se sostiene la lactancia exclusiva y que aún no se menstrúa. Antes de que la/el bebé comience a incorporar alimentos, es conveniente haber decidido con qué método continuar, si es que está usando un método que se relacione con la amenorrea por lactancia ([ver apartado MELA -Método de lactancia y Amenorrea-](#) y [Ver capítulo 8](#)).
- Remarcar que el riesgo de embarazo aumenta con la primera menstruación posparto, con la introducción de alimentos o bebidas suplementarios en la dieta de la/le/el bebé y con intervalos prolongados entre mamadas (intervalo de 10 horas).
- 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.
- Informar acerca de la eficacia de los métodos de larga duración (DIU o implante).

Muchas personas en situación de posparto

- Desean limitar sus embarazos o postergar el siguiente
- Reanudarán pronto la actividad sexual.
- Transitan un momento de mucha demanda con poco tiempo para organizarse y enfocarse en un método usuariodependiente (ACO, métodos barrera).

Por eso, trabajar sobre la estrategia de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO) es un modo de ofrecer una respuesta acorde al contexto de la persona.

16.1.2. ¿Qué métodos anticonceptivos pueden usarse durante el puerperio?

Para valorar la seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos luego de un parto vaginal o cesárea, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

Las preferencias y posibilidades de la persona usuaria 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 horas, 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 o si la/le/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).

Cuadro 16.1. Resumen de los métodos que pueden utilizarse durante el puerperio y momento de inicio³

Método	Momento de inicio del método		
	Con lactancia exclusiva o casi exclusiva	Con lactancia parcial o no amamanta	
Método de amenorrea de lactancia (MELA) ⁴	Inmediatamente.	No corresponde.	
Preservativos penéanos	Inmediatamente.	Inmediatamente.	
Preservativos vaginales	Inmediatamente.	Inmediatamente.	
Anticonceptivos solo de progestágenos:	AOPS (levonorgestrel, linestrenol, desogestrel)	Inmediatamente (categoría 2 OMS.)	Inmediatamente (Categoría 2 con amamantamiento parcial y Categoría 1 sin amamantar).
	Implantes	Inmediatamente (categoría 2 OMS.)	Inmediatamente (categoría 2 con amamantamiento parcial y categoría 1 sin amamantar).
	AMPD (inyectable trimestral)	A partir de las 6 semanas después del parto (categoría 3 OMS antes de las 6 semanas)	Inmediatamente.
	Anticoncepción hormonal de emergencia	Puede utilizarse en cualquier momento.	
Anticonceptivos combinados:	Anticonceptivos orales (ACO), parches, anillos vaginales	A partir de los 6 meses después del parto.	Lactancia parcial: a partir de 6 meses después del parto. No amamanta: a partir de los 21 días o 6 semanas post parto, según la condición clínica de la persona.**
	Inyectables mensuales (ACI)	A partir de 6 meses después del parto.	Lactancia parcial: a partir de 6 meses después del parto. No amamanta: a partir de los 21 días después del parto. **
DIU-Cu	Dentro de las 48 horas posparto o a partir de la cuarta semana posparto o cesárea*.		
diu-Lng o SIU	Dentro de las 48 horas posparto o a partir de la cuarta semana posparto o cesárea*.		
Ligadura tubaria	Dentro de los 7 días. Caso contrario, esperar 6 semanas.		
Vasectomía	En cualquier momento. Si se 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 quienes no amamantan.		
Espemicidas	Inmediatamente.	Inmediatamente.	

3. Cuadro extraído de Planificación familiar: un manual para proveedores (OMS, 2007). Actualización en base a los Criterios Médicos de Elegibilidad 2015 (OMS, 2015) y Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de métodos anticonceptivos (OMS, 2018).

4. Ver MELA más adelante en este capítulo.

*No se les debe insertar un DIU-Cu ni DIU-Lng a las mujeres o PCG que tienen sepsis puerperal (CME, categoría 4).

** Luego de los 21 días de puerperio: según la OMS, si la mujer o PCG no presenta ningún otro factor de riesgo de tromboembolia venosa, por lo general, puede iniciarse el uso de ACO, parche o anillo vaginal (CME, categoría 2). Si presenta otros factores de riesgo para TEV es categoría 3.

Si tiene alguna otra condición que pueda condicionar la elección del método: al igual que cualquier mujer o PCG, es necesario tener en cuenta los criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos según la situación singular de la persona.

Ventajas de los LARC en el posevento obstétrico

Estos métodos permiten prevenir un embarazo de manera eficaz durante un período prolongado sin requerir la intervención activa de la usuaria. Incluyen los dispositivos intrauterinos (DIU con cobre y con levonorgestrel) e implantes subdérmicos.

Durante el puerperio suele dificultarse el uso adecuado de métodos anticonceptivos usuario-dependientes observándose una baja adherencia a estos. Los *métodos de larga duración* son una **opción especialmente recomendada en este período para quienes no desean embarazarse por un período extendido de tiempo, son especialmente eficaces porque su uso correcto no depende de la persona usuaria.**

Luego de un aborto, también son una opción recomendable, puesto que brindan alta seguridad y permiten evitar la repitencia del aborto.

En ambos casos (luego de un parto o cesárea, o luego de un aborto) garantizar el acceso durante la internación⁵ evita que la persona deba regresar al sistema de salud para obtener la anticoncepción, lo que puede implicar una oportunidad perdida.

°Ventajas de los métodos reversibles de larga duración

- Efectividad anticonceptiva independiente de la motivación o adherencia de la persona usuaria.
- Más alta efectividad anticonceptiva y continuidad de todos los métodos reversibles.
- Reversible en forma inmediata.
- Anticoncepción duradera.
- Baja posibilidad de falla por error de la persona usuaria.
- Desvinculados del coito.
- No requieren de visitas frecuentes al sistema de salud y ni de mayores gastos luego de colocados.
- Alto costo-efectividad.
- Pocas contraindicaciones.

16.1.2.1. 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 la persona lactante.*
- *Que mantenga eficacia anticonceptiva.*

1. Métodos de barrera:

Durante la lactancia pueden usarse métodos de barrera del mismo modo que fuera del puerperio. Se debe informar que es un método cuya eficacia puede ser baja. Si usa diafragma, puede retomar su uso 6 semanas posparto, teniendo en cuenta que si lo usaba antes del mismo es necesario actualizar la medida.

5. 0 en la atención ambulatoria en el caso de algunos abortos.

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. 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.

La lactancia es la forma de alimentación más saludable para la mayoría de las/es/os bebés durante por lo menos los primeros seis meses de vida. Conjuntamente con otros alimentos, la leche humana puede ser parte primordial de la dieta de la/le/el niño/a hasta los dos años de edad.

Condiciones para que el método MELA sea efectivo:

- Lactancia exclusiva.
- Amenorrea.
- Hasta los primeros 6 meses posparto.

Si alguna de las tres condiciones previas cambia y no se desea otro embarazo, debe agregarse otro método anticonceptivo.

Condiciones del amamantamiento para el uso de MELA:

- La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 horas.
- No reemplazar la lactancia con otros alimentos, los cuales no deben superar el 10 % del total ingerido por la/le/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 importante asesorar a la persona 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 intencional.

No se puede recomendar MELA como método anticonceptivo si:

- Aparece la menstruación.
- La/le/el bebé es mayor de seis meses.
- La lactancia no es exclusiva o las frecuencias de las mismas son discontinuadas con intervalos largos.
- La persona está bajo tratamiento con algunos medicamentos (reserpina, ergotamina, antimetabolitos, cortisona, ciclosporina, bromocriptina, medicamentos radiactivos, litio, algunos anticoagulantes).
- Existe un consumo problemático de alcohol o de drogas.
- La persona puérpera es VIH positivo o tiene hepatitis viral activa: en ambas la lactancia está contraindicada (para evitar la transmisión vertical).

Eficacia: si se cumplen todas las condiciones, la eficacia es de un 98 % durante los primeros 6 meses posparto (2 embarazos cada 100 mujeres o PCG que usan el método correctamente en los primeros seis meses posparto).

Cuadro 16.2.

Características del MELA

Ventajas del MELA	Desventajas del MELA
<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a promover hábitos de lactancia. • Puede usarse inmediatamente después del parto. • Está desvinculado del coito. 	<ul style="list-style-type: none"> • La lactancia frecuente es difícilmente sostenible por personas que trabajan fuera del hogar. • Es necesario tener presente el tiempo de duración del método y anticipar con qué MAC se continuará, para tenerlo accesible y administrado y no interrumpir la anticoncepción. • No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.

Fuente: adaptado de Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington: CCP y OPS, 2019.

Si se está amamantando, con el fin de aumentar la eficacia del MELA y garantizar una anticoncepción más segura, se recomienda combinar éste con otros métodos.

3. Dispositivo intrauterino (DIU):

Es un método de alta efectividad que no requiere de ninguna acción por parte de la persona usuaria y no tiene ningún efecto en la lactancia.

La colocación del DIUPP implica una técnica especial distinta a la colocación del DIU en intervalo⁶.

El procedimiento para la inserción de DIUPP es seguro y fácil si bien las tasas de expulsión son más altas en comparación con las inserciones en el intervalo (10 % vs. 1 %); las altas tasas de continuación después de la inserción inmediata de la DIUPP superan la tasa de descenso del dispositivo y, en consecuencia, el procedimiento es altamente rentable (Bahamondes et al., 2020).

Material necesario en la sala de partos o quirófano

Para realizar la colocación del DIUPP es necesario que en la sala de partos o quirófano se encuentre disponible el siguiente material: DIU T–Cu, pinza Pean sin cremallera o Kelly larga de 33 cm (para tomar el DIU), pinza de anillos (para tomar el cuello) tipo Foester –ideal de ramas largas–, gasas esterilizadas, antiséptico con base de agua.

Momentos posibles de la inserción del DIU:

- a) Posparto
- b) Intracesárea
- c) A partir de la 4ª semana posparto o poscesárea

a. Posparto

Durante el posparto el DIU puede colocarse en el posalumbramiento o en el posparto inmediato.

Posalumbramiento: durante los 10 minutos después de la expulsión de la placenta.

Posparto inmediato: hasta 48 horas después del parto.

En ambas oportunidades, no hay aumento en el riesgo de infección, perforación o sangrado. Hay un aumento en la tasa de expulsión que puede ser de un 10 a un 15 %, por lo que debe brindarse información para que la persona esté atenta y concurra a control si es necesario. La inserción posalumbramiento se asocia con un menor riesgo de expulsión en comparación a la inserción posparto inmediato (USAID ACCESS, 2010). La técnica de colocación requiere mayor entrenamiento de la persona profesional.

La inserción se realiza luego de la expulsión de la placenta y debe ser realizada por profesionales capacitadas/es/os. Las inserciones posplacenta e intracesárea, tienen tasas de expulsión más bajas. Uno de los elementos a tener en cuenta en la colocación del DIUPP es que **los hilos inicialmente no serán visibles después de la inserción debido al tamaño del útero posparto**. Usualmente, descenderán a través del cuello uterino hacia la vagina para cuando la persona tenga su visita de seguimiento (4-6 semanas).

6. También puede ampliar información en: Guía de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO) (DNSSR, 2021)

Recomendar no traccionar de los hilos, de ser necesario se podrán recortar en la visita de seguimiento.

El descenso de los hilos puede retrasarse o no producirse sin que esto afecte la efectividad del método. Solo es importante confirmar que el DIU no haya sido expulsado.

Preparación

- Verificar si tiene disponibles y listos todos los instrumentos y suministros.
- Verificar que el envase del DIU no esté abierto o dañado y revisar la fecha de vencimiento.
- Abrir y acomodar todo el instrumental esterilizado e insumos sobre una superficie seca y esterilizada (campo esterilizado) como por ejemplo un campo/toalla o bandeja de metal. El uso de una mesa adicional es recomendable para evitar la contaminación cruzada con el instrumental utilizado durante el parto.
- Utilizar una gasa esterilizada o una esponja/pinza de anillos o su equivalente, aplicar antiséptico con base de agua sobre la vagina y el cuello uterino dos o más veces antes de la inserción del DIU. Limpiar desde la parte interna de la abertura del cuello uterino hacia afuera.
- Si los guantes esterilizados se contaminan durante el proceso de aplicación antiséptica, cambiarlos por un par nuevos antes de proceder a la inserción. Comenzar por retirar el DIU del envase esterilizado y durante todo el procedimiento utilizar la técnica "no tocar" a fin de reducir el riesgo de contaminar la cavidad uterina.

Técnica de colocación de DIUPP

Existen dos técnicas de colocación de DIUPP: la técnica instrumental y la técnica manual.

Técnica instrumental

- Sostener delicadamente el labio anterior del cuello uterino con la pinza de anillos (se puede utilizar la misma con la que se limpio el cuello uterino y los bordes de la vagina)
- Con la mano dominante, utilizar la pinza placentaria para sostener el DIU dentro del empaque esterilizado. Usar un instrumento lo suficientemente rígido para manipular el ángulo

vagino-uterino, y lo suficientemente largo para llegar al fondo (pinza Kelly o de anillos larga)

- Levantar suavemente el labio anterior del cuello uterino utilizando la pinza de anillo, para que permita la introducción de la pinza que lleva el DIU.
- Tratando de no tocar las paredes de la vagina, insertar la pinza con el dispositivo a través del cuello uterino y hacia la cavidad uterina inferior.
- Mover delicadamente el DIU hacia el útero, hasta llegar a la pared posterior del segmento inferior del útero donde se produce una leve resistencia.
- Sacar la pinza de anillos y lentamente retirarlas del cuello uterino; dejarla en el campo esterilizado.
- Apoyar la mano libre sobre la pared abdominal y empujar el útero (en forma ascendente y luego descendente) en dirección hacia la cabeza de la mujer o PCG. Esta maniobra permite enderezar el segmento uterino bajo y el ángulo vagino-uterino para facilitar la inserción del DIU. Mantener la presión de la mano hasta el fin del procedimiento.
- Progresar la pinza que sostiene el DIU delicadamente hasta sentir la resistencia del fondo uterino. Mantenerla cerrada hasta llegar al fondo.
- Abrir la pinza, para que quede el DIU en el fondo del útero, y desplazarla suavemente hacia el lateral.
- Retirar la pinza manteniéndola abierta.

Técnica manual

Para la inserción posplacenta manual, utilice guantes esterilizados a la altura del codo

- Tomar y sostener el DIU por el eje vertical colocándolo entre los dedos índice y medio de la mano dominante
- Apoyar la mano no dominante sobre la pared abdominal y empujar el útero (en forma ascendente y luego descendente) en dirección hacia la cabeza de la mujer. Esta maniobra permite enderezar el segmento uterino bajo y el ángulo vagino-uterino para facilitar la inserción del DIU. Mantener la presión de la mano hasta el fin del procedimiento
- Lentamente insertar la mano que sostiene el DIU moviéndola hacia la vagina y a través del cuello uterino

- Limitar el nivel de exposición y contacto del DIU y las paredes vaginales.
- Delicadamente mover la mano que sostiene el DIU en dirección ascendente hacia el fondo uterino (en ángulo con el ombligo), teniendo cuidado de seguir el contorno de la cavidad uterina.
- Palpando el útero a través de la pared abdominal, confirmar que la mano abdominal que sostiene el DIU ha llegado al fondo.
- Soltar el DIU en el fondo y suavemente retirar la mano del útero. Tener particular cuidado de no desprender el DIU cuando retire la mano
- Mantener la mano no dominante en su lugar para estabilizar el útero hasta que la otra mano salga completamente del útero.

b. Inserción intracésarea

- Luego de la cesárea, la persona debe permanecer en posición de litotomía. Por lo general, se recomienda la inserción manual ya que la persona profesional puede llegar fácilmente al fondo uterino. Después de extraer la placenta
- Sostener el DIU entre los dedos índice y medio de la mano, pasarlo a través de la incisión uterina y colocarlo en el fondo del útero
- Lentamente retirar la mano, asegurando que el DIU se mantenga en el lugar apropiado
- Orientar los hilos del DIU hacia el OCI
- Cerrar la incisión uterina teniendo especial cuidado de no incorporar los hilos del DIU en la sutura.

Control poscolocación

Es necesario realizar un control para verificar que el DIU no se haya expulsado preferentemente entre las 4 y las 6 semanas de colocado.

El control del DIU de cobre es clínico: se realiza una especuloscopia para observar los hilos y detectar si existe algún proceso infeccioso. Si está disponible un ecógrafo el control se puede realizar mediante ecografía, pero este no es un estudio de rutina.

Ventajas del DIU en el puerperio y lactancia

- Protección anticonceptiva efectiva a largo plazo.
- Puede insertarse inmediatamente en el posparto o cesárea.
- No altera la cantidad ni calidad de la leche.

Desventajas: las mismas que en todas las personas usuarias.

Contraindicación de la colocación del DIU posparto inmediato (DIUPP):

Existió rotura de membranas de más de 18 horas.

Cuando hay signos de corioamnionitis.

Cuando existe una hemorragia posparto no resuelta.

Cuando existe un traumatismo genital extensor cuya reparación se interrumpiría con la colocación del DIU.

A partir de la 4ª semana posparto o poscesárea: con iguales condiciones y características que en la colocación de DIU del intervalo. (Ver Capítulo 10, Dispositivos Intrauterinos).

Hay evidencia de que no es aconsejable la inserción del DIU en las primeras 4 semanas luego de las 48 h posparto porque en este periodo aumenta la tasa de perforación uterina y de expulsión.

En todos los casos entregar por escrito a la persona usuaria la información sobre el modelo de DIU colocado, la fecha de colocación y el vencimiento de su eficacia anticonceptiva. Dejarlo también asentado en la historia clínica.

4. Ligadura tubaria (LT):

Es un método altamente efectivo que provee anticoncepción permanente a quienes no desean tener más hijas/es/os y que no requiere ninguna acción por parte de la persona usuaria. Si la persona decide acceder a este método la instancia de internación por el parto es una oportunidad que debe aprovecharse para la accesibilidad al mismo.

La elección de LT como método anticonceptivo no debe condicionar la vía de terminación del embarazo. **No se requiere realizar una cesárea para acceder a una LT.**

- Según los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS 2015, podrá realizarse en el plazo máximo de 7 días o más allá de los 42 días posparto. Es conveniente que se realice inmediatamente o

preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores, por razones técnicoquirúrgicas, para aprovechar la oportunidad de la internación y para disminuir el riesgo de infección que aumenta luego de ese lapso. También se podrá practicar intraceseárea o posaborto.

- No altera la cantidad ni calidad de la leche.
- Presenta baja frecuencia de complicaciones relacionadas con la cirugía: infección, daños a otros órganos, riesgos anestésicos.
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.

Sobre la consejería y el consentimiento para la 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 persona toma la decisión durante el transcurso del embarazo, es conveniente que firme el consentimiento en ese momento e incluirlo dentro de la documentación que va a llevar al momento del parto. En el hospital debe realizarse la LT sin otro requisito.
- ✓ Si no llegó a firmar el consentimiento informado previo a la internación, pero recibió la consejería y expresa su decisión de hacerse LT, se recomienda facilitar la firma del consentimiento y realizar la práctica.

5. Métodos anticonceptivos orales solo de progestágenos (AOPS):

En el Capítulo 7. Métodos hormonales solo de progestágenos, se desarrolla en profundidad las características para la elección, uso del método y atención de la salud.

- Minipíldora (levonorgestrel/linestrenol): al ser un método anticonceptivo no anovulatorio se recomienda asociarlo a MELA y reemplazarlo por uno anovulatorio cuando alguna de las condiciones de MELA se modifica. Puede iniciarse su uso inmediatamente posparto.
- Desogestrel: es un método anticonceptivo anovulatorio. Puede iniciarse su uso inmediatamente posparto con o sin amamantamiento y puede continuarse su uso si la lactancia no es exclusiva o con la aparición de la menstruación.

En el caso de elegir AOPS es conveniente entregarlos al momento del alta y brindar información sobre cómo y cuándo comenzar la toma.

La recomendación de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva es que la persona siempre se retire de alta médica luego del evento obstétrico con el método anticonceptivo, en caso de haber elegido uno.

6. Implante:

Puede iniciarse en forma inmediata después del parto con o sin lactancia (categoría 2 si está amamantando).

7. Inyectable trimestral (AMPD):

- Post parto sin amamantamiento puede iniciar en forma inmediata.
- Menos de seis semanas de puerperio si está amamantando: no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3)⁷.
- De seis semanas a seis meses de puerperio, con lactancia y con

7. Si bien para la OMS (2015), la AMPD es categoría 3, según los criterios de elegibilidad del Reino Unido (UK, 2016) y del CDC de EEUU (2016), el AMPD es categoría 2. La recomendación de la DNSSR es que se evalúe la posibilidad, si elige este método, de que utilice otro de manera temporaria, y vuelva a colocárselo a las 6 semanas o se retire con el método y las indicaciones para su aplicación a las 6 semanas pos parto. Si no existen otras posibilidades, puede evaluarse colocárselo antes del alta.

amenorrea: puede administrarse la primera inyección. Si la mujer o PCG está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres o PCG que tienen ciclos menstruales.

8. Métodos hormonales combinados: anticonceptivos orales (ACO), inyectables mensuales (ACI), parches y anillos vaginales:

- Los estrógenos pueden influir en la cantidad y calidad de la leche, por lo que es conveniente iniciar su uso en la lactancia luego de los seis meses, momento en que el/la bebé incorpora otros alimentos. Pueden pasar a la leche y por ende al/ la bebé, pero no se encontraron efectos tóxicos, ya que con las dosis actuales la cantidad es muy pequeña.
- El período fisiológico de hipercoagulabilidad del parto y del puerperio inmediato, y el consecuente riesgo aumentado de TEV se suma al aumento de riesgo de trombosis propio de los ACO, por lo tanto, en mujeres o PCG que NO amamantan
 - Con menos de 21 días de puerperio, el uso de ACO puede implicar un riesgo adicional de TEV, por lo cual es categoría 3 de la OMS. Si existen además otros factores de riesgo de TEV (como antecedente de TEV, trombofilia, inmovilidad, transfusión de sangre durante el parto, índice de masa corporal mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, poscesárea 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. Se utilizan con los mismos criterios que fuera del puerperio.

9. Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE):

La anticoncepción hormonal de emergencia puede ser usada sin problemas durante todo el puerperio, con y sin 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 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 brindar asesoramiento sobre AHE en la consejería antes y después del parto y durante el puerperio. Brindar información sobre la forma de uso y proveer de AHE al alta del parto, en los controles del puerperio o en los de la/le/ el niño/a/e/o, contribuye a evitar un embarazo no intencional.

10. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG):

Puede ser usado en personas que amamantan, no afecta la calidad y cantidad de la leche.

Puede insertarse inmediatamente después de la expulsión de la placenta y hasta 48 h después. Luego, puede ser insertado después de la 4^a semana posparto.

• Al momento de iniciar el método en quienes 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.

Cuadro 16.3. Criterios de elegibilidad de la OMS, 2015. Anticonceptivos posparto

		ACQ, ACI, Anillos, Parches	AOPS, Implante	AMPD	DIU-Cu
Lactancia exclusiva	Hasta las 6 semanas posparto	4	2	3	
	6 semanas a 6 meses posparto (con lactancia exclusiva)	3	1	1	
	6 meses posparto o más	2	1	1	
Posparto (no amamantando)	Menor a 21 días	3/4*	1	1	
	Entre 21 y 42 días	2/3**	1	1	
	Mayor a 42 días	1	1	1	
Posparto (amamantando o no, incluido poscesárea)	Menor a 48 horas				1
	Entre 48 horas y 4 semanas				3
	Mayor a 4 semanas				1

* Si presenta otros factores de riesgo de TEV (antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, preeclampsia, tabaquismo), es categoría 4.** Si presenta otros factores de riesgo de TEV (antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, preeclampsia, tabaquismo), es categoría 3.

16.2. Anticoncepción posaborto

Puntos clave

- ✓ Después de un aborto o pérdida de un embarazo la fertilidad se restablece rápidamente. Es por eso que, si la persona quiere evitar un nuevo embarazo necesita empezar a usar un MAC casi de inmediato.
- ✓ Brindar un MAC posaborto puede evitar la reiteración de situaciones de embarazos no intencionales y nuevos abortos.
- ✓ Garantizar el acceso a un MAC en el posaborto es parte de la estrategia de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO).*
- ✓ La situación particular de posaborto no contraindica ningún método anticonceptivo, de acuerdo con los Criterios de elegibilidad de la OMS (2015).



*También puede ampliar información en: Guía de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO) (DNSSR, 2021).
Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-anticoncepcion-inmediata-posevento-obstetrico-aipeo>

La pérdida o la interrupción de un embarazo es un momento en el que muchas mujeres o personas con capacidad de gestar concurren al sistema de salud para recibir atención, ya sea de manera ambulatoria o con internación.

El momento de la atención posaborto es una oportunidad para realizar otras prácticas de cuidado para la salud. **La consejería en MAC en el posaborto contribuye a evitar embarazos no intencionales así como los riesgos asociados a los abortos inseguros.**

La Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto⁸ elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación y el Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo Actualización 2022⁹, establecen el modelo de atención para las situaciones vinculadas con el aborto. El objetivo de este apartado es hacer eje en la anticoncepción posaborto. La misma debe garantizarse en todas las instancias de atención, sean estas ambulatorias o de internación.

Uno de los elementos más importantes de la atención posaborto es garantizar la consejería en anticoncepción, asegurando el acceso al método anticonceptivo elegido y la continuidad en la provisión del mismo. Si la atención es durante la internación debe garantizarse que la persona se retire con el método elegido.

16.2.1. Consejería en el posaborto

Todas las personas tienen derecho a recibir consejería posaborto y a acceder a un método anticonceptivo si así lo eligen. Facilitar el acceso a la anticoncepción posaborto puede reducir la repitencia de un embarazo no intencional.

- 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 un aborto de segundo trimestre.
- Es necesario conversar con la persona usuaria sobre la necesidad de empezar a usar un método anticonceptivo casi de inmediato si se quiere evitar un nuevo embarazo.
- Los MAC deben estar disponibles en el efector de salud para que puedan ser dispensados y/o colocados durante la atención de situaciones de aborto, evitando así una oportunidad perdida.
- Si la persona eligió un MAC que requiera de la entrega o aplicación periódica, no olvidar informar cómo acceder a los mismos.
- En caso que la persona elija un método de larga duración, facilitar su colocación inmediata.

Es importante informar que luego de un aborto espontáneo o inducido es recomendable aplazar el comienzo de las relaciones sexuales con penetración vaginal hasta que cese el sangrado vaginal y/o hasta desaparezcan los signos de infección u otras complicaciones, si las hubiere.

Si la persona usuaria no está lista para tomar una decisión sobre el método a utilizar a largo plazo, igualmente ofrecerle y entregarle métodos temporales para que tenga protección anticonceptiva.¹⁰ Forma parte de la consejería posaborto brindar información sobre prevención de ITS y la importancia del uso de doble protección.

8. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-recomendaciones-para-la-calidad-e-integralidad-de-los-cuidados-durante-el-0>

9. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria>

La situación particular de posaborto no contraindica ningún método anticonceptivo. Por lo tanto, luego de un aborto, la persona puede usar el método anticonceptivo que elija, previa consejería y con base en los Criterios de elegibilidad de la OMS (2015).¹¹

16.2.2. Pautas para el comienzo de la anticoncepción posaborto

A continuación, se presentan las pautas para el inicio de cada método en relación a la situación posaborto. Para mayor detalle sobre los distintos métodos, consultar los capítulos correspondientes.

1. Dispositivo intrauterino (DIU):

Puede insertarse inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre sin complicaciones. El riesgo de complicaciones en la inserción posaborto (perforación, sangrado e infección) no es mayor que cuando se coloca posparto, 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 que en el posparto.

En el caso de aborto séptico, está contraindicada la colocación inmediata posevacuación (categoría 4 de la OMS).

La técnica de inserción post aborto no difiere de la colocación de DIU en el intervalo.

2. Anticonceptivos hormonales combinados:

Anticoncepción hormonal oral combinada (ACO): se recomienda iniciar 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.

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. Al día de la fecha (2023), no se encuentran incluidos en la canasta de distribución gratuita de métodos anticonceptivos.

Anillo vaginal: Su uso puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales tanto para abortos del primer o segundo trimestre. Recomendar no iniciar relaciones sexuales con penetración vaginal mientras dure el sangrado. Por eso al iniciar el uso del anillo deberá usar protección adicional (preservativo) durante 7 días.

3. Anticonceptivos hormonales solo de progestágenos:

Orales (AOPS): 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: puede colocarse inmediatamente después de la evacuación uterina. Esto es válido tanto para el aborto del primer o segundo trimestre.

Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE): puede utilizarse siempre que sea necesaria. El suministro de antemano de AHE podría ayudar a evitar futuros embarazos no intencionales.

10. Para más información ver: Guía de recomendaciones para la calidad e integridad de los cuidados durante el posaborto. (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

11. Ver [Capítulo 5, Cuadro 5.3](#). Resumen: Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos.

4. *Preservativos peneanos y vaginales*

Su uso es sin ninguna restricción y puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales posaborto. Es importante recomendar no iniciar relaciones sexuales con penetración vaginal mientras dure el sangrado.

5. *Diafragmas y capuchones cervicales:*

Son de baja eficacia para prevenir un embarazo. Comenzar inmediatamente su utilización luego de un aborto de primer trimestre. Es importante recomendar no iniciar relaciones sexuales con penetración vaginal mientras dure el sangrado. En abortos del segundo trimestre se aconseja esperar aproximadamente seis semanas hasta que el cuello regrese a su tamaño normal.

6. *Espermicidas:*

Son de baja eficacia para prevenir un embarazo. Comenzar inmediatamente y en forma simultánea al reinicio de las relaciones sexuales. Es importante recomendar no iniciar relaciones sexuales con penetración vaginal mientras dure el sangrado.

7. *Anticoncepción quirúrgica:*

En los casos de abortos producidos en el primer trimestre de embarazo la ligadura tubaria es similar a un procedimiento de intervalo, y en el segundo trimestre, a un procedimiento posparto.

En este último caso se deberá tener en cuenta que este procedimiento puede efectuarse inmediatamente después del tratamiento posaborto, salvo en los casos en que se presente una infección o pérdida sanguínea grave; en ese caso es necesario aplazar la práctica hasta que cure la infección por completo o se sane la lesión.

Tener en cuenta la importancia de proporcionar la consejería adecuada y obtener el consentimiento informado, lo que a menudo no es posible en el momento de prestar atención de urgencia. También informar sobre la posibilidad de la vasectomía, en los casos en que haya una pareja que pueda acceder a este método. Puede realizarse en cualquier momento.

Capítulo 17

Anticoncepción en personas con VIH y sus parejas

Puntos clave

- ✓ La anticoncepción en las personas con VIH (PcVIH) y sus parejas requiere un abordaje respetuoso de la diversidad y la autonomía.
- ✓ Con algunas consideraciones, la anticoncepción en PcVIH con capacidad de gestar no difiere significativamente de la disponible para las personas VIH negativas.
- ✓ Algunos esquemas de tratamiento antirretroviral (TARV) tienen interacciones significativas con ciertos anticonceptivos hormonales y viceversa; esto puede requerir un ajuste en la dosis o incluso plantear la necesidad del uso de métodos anticonceptivos (MAC) alternativos y/o de rotar el TARV cuando sea posible.
- ✓ Las PcVIH que reciben TARV efectivo y mantienen una carga viral indetectable durante al menos seis meses no transmiten el virus por vía sexual.
- ✓ En situaciones seleccionadas, el uso de profilaxis preexposición (PrEP) para el VIH debe ser considerada una estrategia adicional para disminuir el riesgo de transmisión del VIH en la periconcepción.

En la elaboración de este capítulo colaboraron, en edición 2023: Sergio Martini, Julia Recchi, José Barletta (DRVIHYT), Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles, Subsecretaría de Estrategias Sanitarias, Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación Argentina.



Introducción

La evidencia disponible muestra que **los embarazos no intencionales son hasta tres veces más frecuentes en las mujeres o PCG con VIH** en comparación con las mujeres o PCG VIH negativas.¹

El acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva en esta población es limitado, y la discusión sobre el uso de métodos anticonceptivos (MAC), en particular distintos del preservativo, es infrecuente en las consultas de seguimiento: **se estima que apenas el 6,3 % de las mujeres o PCG con VIH en nuestro país emplean MAC distintos del preservativo**, y la probabilidad de uso de doble protección (es decir combinar el preservativo de látex con otro método anticonceptivo) es muy inferior a la de personas sin VIH².

En la actualidad, el preservativo (tanto vaginal como peneano) es el único MAC que previene además la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)³; pero su eficacia anticonceptiva es menor a la de otros métodos como la anticoncepción hormonal combinada (AHC) o los dispositivos intrauterinos (DIU)⁴. Los servicios de atención a PcVIH deben contar con un dispenser de distribución de preservativos ubicado de forma visible y accesible (sin restricciones de cantidad, horario ni edad para su retiro). Sin embargo, **es recomendable ofrecer otras opciones anticonceptivas a las PcVIH.**

1. Ver High rate of unintended pregnancies after knowing of HIV infection among HIV positive women under antiretroviral treatment in Kigali, Rwanda. (Kikuchi et al., 2011); High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. (Loutfy et al. 2012).

2. Ver The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives (Gogna et al., 2009); Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin America and the Caribbean: systematic review of the literatura (Gómez-Suárez et al., 2019).

3. Ver Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review (Patel et al., 2014).

4. Ver Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV [Internet]. (WHO, 2017).

Existe evidencia científica sólida de que **las PcVIH que reciben TARV efectivo y mantienen una carga viral no detectable durante al menos 6 meses no tienen riesgo efectivo de transmitir el virus del VIH por vía sexual**⁵. Resulta fundamental transmitir este concepto a las PcVIH, sus parejas y la población en general en todas las consultas, y en especial en el contexto de la planificación reproductiva. Para más información consultar: "Indetectable = Intransmisible (I=I). Documento de consenso de la DSETSHyT"⁶.

Como en todas las situaciones, la PcVIH es quien debe elegir qué MAC utilizar entre las opciones disponibles y seguras según los criterios médicos de elegibilidad (CME). Esta decisión debe realizarse a partir de una consejería adecuada, centrada en la autonomía, con una perspectiva de derechos, respetuosa de la diversidad y que reconozca el derecho de las personas usuarias a obtener información de calidad basada en evidencia y a elegir las estrategias preventivas que resulten más apropiadas a su realidad.

Este capítulo tiene como objetivo brindar información resumida sobre el uso de MAC en PcVIH.

17.1. Métodos anticonceptivos y VIH

Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)

Aunque las restricciones y contraindicaciones absolutas para el uso de AHC en PcVIH no difieren significativamente de las que aplican a las personas VIH negativas, es necesario tener en cuenta que la interacción con algunas de las drogas antirretrovirales (ARV) empleadas para el tratamiento de la infección por VIH pueden requerir un ajuste en la dosis o plantear la necesidad del uso de MAC alternativos y/o de rotar el TARV.

Es importante considerar que los efectos metabólicos asociados a algunos regímenes de TARV (por ejemplo, dislipemia) pueden constituir una contraindicación relativa para el uso de anticonceptivos orales combinados, por lo que siempre debería plantearse el uso de regímenes antirretrovirales con el menor impacto metabólico posible⁷.

Existen interacciones de relevancia entre ciertos ARV y los anticonceptivos hormonales. Sin embargo, no existe contraindicación absoluta para su uso en personas que reciben TARV. El Cuadro 16.1 resume las interacciones más relevantes y la conducta terapéutica recomendada.

5. Ver Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. (Cohen et al., 2016); Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. (Rodger et al. 2016).

6. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/equipos-de-salud/guias-y-recomendaciones#21>

7. Ver Recomendaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH-1. Resumen para equipos de salud (DRVIHYT, 2021).

Cuadro 17.1.

Interacciones de relevancia entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales. Conducta recomendada*

Antirretrovirales	Efecto	Recomendación
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR)		
AZT / zidovudina**	Sin interacciones significativas.	No requiere ajuste de dosis.
3TC / lamivudina		
ABC / abacavir		
TDF / tenofovir disoproxil fumarato		
TAF / tenofovir alafenamida		
Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)		
Nevirapina	Sin impacto significativo.	No requiere ajuste de dosis.
Efavirenz	Disminuye significativamente la concentración de progestágenos y probablemente la eficacia anticonceptiva (incluyendo anticoncepción de emergencia basada en levonorgestrel y anticonceptivos de solo progestágeno basados en desogestrel o levonorgestrel tanto en formulaciones orales como implantes).	Se recomienda empleo de MAC alternativo/adicional o rotar TARV. En el caso de anticoncepción de emergencia, emplear dosis única de 3 mg de levonorgestrel.
Rilpivirina	Aumenta concentración de etinilestradiol. No afecta la eficacia anticonceptiva.	No requiere ajuste de dosis.
Etravirina	Sin impacto significativo.	No requiere ajuste de dosis.
Inhibidores de proteasa (IP)		
Darunavir/ritonavir	Disminuye niveles de progestágenos y etinilestradiol. Sin impacto significativo en eficacia de regímenes basados en implantes de etonogestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 µg de etinilestradiol. Considerar MAC alternativo o rotar TARV.
Darunavir/cobicistat	Disminuye niveles de etinilestradiol. Aumenta niveles de progestágenos (especialmente drospirenona). Probablemente sin impacto en eficacia de regímenes de sólo progestágeno basados en levonorgestrel, desogestrel o implantes de etonogestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 µg de etinilestradiol. Contraindicado con ACO que contengan drospirenona. Considerar MAC alternativo o rotar TARV.

* Este cuadro incluye las interacciones entre los MAC y los ARV disponibles en la Argentina a agosto de 2019. Adaptado de: www.hiv-druginteractions.org

Cuadro 17.1. Interacciones de relevancia entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales. Conducta recomendada. Continuación

Antirretrovirales	Efecto	Recomendación
Inhibidores de la integrasa (II)		
Raltegravir		
Dolutegravir	Sin interacciones significativas.	No requiere ajuste de dosis.
Bictegravir		
Elvitegravir/cobicistat	Disminuye niveles de etinilestradiol. Aumenta niveles de progestágenos (especialmente drospirenona). Probablemente sin impacto en eficacia de regímenes de sólo progestágeno basados en levonorgestrel, desogestrel o implantes de etonogestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 µg de etinilestradiol. Contraindicado con ACO que contengan drospirenona. Monitorear toxicidad por progestágenos.
Antagonistas del CCR5		
Maraviroc	Sin interacciones significativas.	No requiere ajuste de dosis.

A la fecha, no se han descrito interacciones de relevancia entre formulaciones de **acetato de medroxiprogesterona de depósito** y ninguno de los esquemas TARV actualmente disponibles.

Fuente: * Este cuadro incluye las interacciones entre los MAC y los ARV disponibles en la Argentina a agosto de 2019. Adaptado de: www.hiv-druginteractions.org

Anticonceptivos solo de progestágenos

En relación con el uso de anticonceptivos solo de progestágeno (orales, inyectable, anticoncepción hormonal de emergencia, DIU-Lng e implante), los datos existentes los presentan como opciones seguras y bien toleradas para las PcVIH que reciben TARV. Sin embargo, existen interacciones significativas con algunos esquemas TARV que pueden requerir un ajuste en la dosis (Ver Cuadro 17.1. Interacciones de relevancia entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales. Conducta recomendada).

Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)

El uso de AMPD es una opción anticonceptiva efectiva y segura en PcVIH con capacidad de gestar, con las ventajas de la comodidad de su posología (inyección trimestral) y la ausencia de interacciones de relevancia con el TARV. No hay evidencia concluyente de asociación entre el uso de AMPD y mayor riesgo de transmisión y/o adquisición del VIH⁷.

Dispositivos intrauterinos

El riesgo de posibles complicaciones asociadas al uso de DIU (incluyendo expulsión, perforación uterina y enfermedad pélvica inflamatoria) es en general bajo, y no difiere significativamente en PcVIH en comparación a personas sin VIH⁸.

El DIU (DIU-Cu o DIU-Lng) puede considerarse un MAC apropiado para PcVIH sin patología cervical que tiene acceso apropiado a servicios médicos de seguimiento y control. No existen interacciones farmacológicas significativas entre el DIU-Lng y el TARV⁷.

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.

8. Ver Hormonal contraceptive methods for women at high risk of HIV and living with HIV. [Internet]. (OMS, 2014)

Otros métodos

No existen contraindicaciones especiales para el uso de otros MAC como diafragmas, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (calendario, secreciones cervicales, etcétera) solos o combinados en PcVIH. Es fundamental brindar información de calidad sobre las diferencias entre los distintos métodos en términos de efectividad anticonceptiva y posibles efectos adversos, y recomendar en forma sistemática el uso de preservativo para evitar la transmisión del VIH y otras ITS, con una visión centrada en todo momento en el respeto de la autonomía de la persona usuaria.

La persona con VIH es quien debe elegir qué MAC utilizar entre las opciones disponibles y seguras para ella según los criterios médicos de elegibilidad (CME).

17.2. Recomendaciones según la situación vital de la persona con VIH

Anticoncepción en adolescentes con VIH

Frente a adolescentes con un estado clínico metabólico estable, se deben seguir las recomendaciones vigentes para el uso de anticonceptivos en la adolescencia (Ver Capítulo 14, apartado 14.1 Anticoncepción en la adolescencia), siempre teniendo en cuenta que algunos ARV empleados para el tratamiento de la infección por VIH pueden requerir un ajuste en la dosis o plantear la necesidad del uso de MAC alternativos y/o de rotar el TARV (Ver Cuadro 17.1. Interacciones de relevancia entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales. Conducta recomendada).

Anticoncepción en el puerperio inmediato en personas con VIH

En relación al uso de AHC en el puerperio inmediato, se deben

seguir las recomendaciones vigentes para el uso MAC durante el puerperio (Ver Capítulo 16 Anticoncepción en el puerperio), siempre teniendo en cuenta que algunos ARV empleados para el tratamiento de la infección por VIH pueden requerir un ajuste en la dosis o plantear la necesidad del uso de MAC alternativos y/o de rotar el TARV (Ver Cuadro 17.1. Interacciones de relevancia entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales. Conducta recomendada).

17.3. Recomendaciones para parejas serodiscordantes

Planificación reproductiva en parejas serodiscordantes

Indetectable = Intransmisible o I=I hace referencia al hecho de que las PcVIH que reciben TARV efectivo y mantienen una carga viral indetectable durante al menos seis meses no transmiten el virus por vía sexual. En el escenario de planificación reproductiva, es importante transmitir este concepto a las PcVIH y sus parejas sexuales teniendo en cuenta que siempre debe confirmarse la supresión virológica por laboratorio independientemente del tiempo que la PcVIH lleve en TARV. Para más información ver "Indetectable = Intransmisible (I=I). Documento de consenso de la DRVIHYT.⁹

Dado que I=I solo aplica a la transmisión sexual del VIH y que las PcVIH pueden contraer y transmitir otras infecciones de transmisión sexual (ITS), resulta clave promover la detección y tratamiento temprano de ITS en las PcVIH y sus parejas en la etapa preconcepcional y durante el embarazo⁹.

En el caso de planificación reproductiva en parejas serodiscordantes (en las que una de las personas tiene VIH y la otra no), si la PcVIH recibe TARV y mantiene la supresión virológica documentada durante al menos seis meses, no es necesario el empleo de métodos adicionales para prevenir la transmisión del VIH. Es importante recordar que de acuerdo a las recomendaciones

9. Indetectable= Intransmisible (I=I). 2019. Documento de consenso de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001546cnt-2019-08-28_indetectable-igual-intransmisible.pdf

vigentes, el tamizaje de VIH en personas embarazadas a través del ofrecimiento del test de VIH al menos en la consulta inicial y en el segundo y tercer trimestre debe realizarse independientemente de que su/s pareja/s con VIH mantengan una carga viral indetectable¹⁰.

En parejas serodiscordantes en las que no pueda asegurarse que la PcVIH mantenga la supresión virológica, resulta clave un trabajo multidisciplinario para optimizar el TARV y la adherencia previa a la concepción. Si esto no fuera posible, debe considerarse fuertemente el uso de profilaxis preexposición (PrEP) en la persona VIH negativa con capacidad de gestar para reducir el riesgo de transmisión del VIH en la periconcepción. Para mayor información, se recomienda consultar la Guía de Directrices Clínicas para Equipos de Salud sobre el uso de PrEP (DRVIHYT)¹¹ 2019b.

10. Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud (Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2016). Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-10/2016-07_preencion-transmision-perinatal-hepatitis-b-vih.pdf

11. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/000001669cnt-directrices-clinicas-centros-prevencion-profilaxis-pre-exposicion-arg.pdf>

Abreviaturas
Bibliografía

Abreviaturas

A.

AAS: Ácido acetilsalicílico
ACI: Anticonceptivo combinado inyectable
ACO: Anticonceptivo combinado oral
ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
ACV: Accidente cerebrovascular
AE: Anticoncepción de emergencia
AHC: Anticonceptivo hormonal combinado
AHE: Anticoncepción hormonal de emergencia
AINE: Antiinflamatorio no esteroide
AIPEO: Anticoncepción inmediata Posevento obstétrico
AMADA: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción
AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito
ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
AOPS: Anticonceptivo oral de progestágenos solo
AQ: Anticoncepción quirúrgica
ARV: Antirretrovirales
ASP: Anticonceptivos solo de progestágenos
AUP: Actato de ulipristal
AVC: Anillo vaginal combinado

C.

CAPS: Centro de atención primaria de la salud
CCyC: Código Civil y Comercial de la Nación
CDPC: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CME: Criterios médicos de elegibilidad
CPN: Código Penal de la Nación
Cu: Cobre
CV: Carga viral

D.

DBT: Diabetes
DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud
DIU: Dispositivo intrauterino
DIU-Cu: Dispositivo intrauterino con Cobre
DIU-Lng: Dispositivo intrauterino con levonorgestrel
DIUPP: Dispositivo intrauterino Posparto inmediato
DR: Derechos reproductivos
DS: Derechos sexuales
DRVIHYT: Dirección de respuesta al VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis
DSDR: Derechos sexuales y derechos reproductivos
DNSSR: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva

E.

EE: Etinilestradiol
EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria
ETG: Etonogestrel
ETS: Enfermedades de transmisión sexual

F.

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FSH: Hormona folículo estimulante
FSRH: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (Facultad de Salud Sexual y Reproductiva del RCOG)
FUM: Fecha de última menstruación

G.

GnRH: Factor liberador de gonadotrofinas

H.

HCG: Hormona gonadotrofina coriónica humana

HTA: Hipertensión arterial

I.

ICEC: Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia

II: Inhibidores de la integrasa

ILE: Interrupción legal del embarazo

IM: Infarto de miocardio

IMAP: Improving Management of Mildly Abnormal Pap Smears

IMC: Índice de masa corporal

INTR: Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa

INNTR: Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa

IP: Inhibidores de proteasa

IPPF: International Planned Parenthood Federation

ITGS: Infección del tracto genital superior

ITS: Infecciones de transmisión sexual

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

L.

LARC: Long Acting Reversible Contraception (anticonceptivo reversible de larga duración)

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

MELA: Método de la lactancia y amenorrea

N.

NIC: Neoplasia intraepitelial cervical

NNNA: Niñas, niños, niños y adolescentes

O.

OCI: Orificio cervical interno

OMS: Organización Mundial de la Salud

P.

PAP: Papanicolaou

PCD: Persona con discapacidad

PCG: Persona con capacidad de gestar

PcVIH: Persona con virus de inmunodeficiencia humana

PEP: Profilaxis Posexposición

PEPS: Primero que expira, primero que sale

PNSSPR: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

PrEP: Profilaxis Preexposición

PT: Pruebas treponémicas

PNT: Pruebas nreponémicas

R.

RCOG: Royal College of the Obstetricians and Gynaecologists

S.

SC: Sífilis congénita

SIU: Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel.

T.

TA: Tensión arterial
TARV: Tratamiento antirretroviral
TBC: Tuberculosis
TEV: Tromboembolismo venoso
TGS: Tracto denital superior
TVP: Trombosis venosa profunda

U.

UNFPA: United Nations Population Fund (Fondo de Población de las Naciones Unidas)

V.

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
VE: Valerato de estradiol
VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana
VPH: Virus de papiloma humano

Bibliografía

Por título

Adherence to long term therapies: evidence for action. World Health Organization, 2003.

Anticoncepción de urgencia. OMS. Noviembre 2021.

Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/ (Último acceso: 05/2023).

Anticoncepción del siglo XXI. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA). Buenos Aires: Ed. Ascune Hnos., 2005: 230-26.

Anticoncepción Hormonal de Emergencia. Guía de procedimientos para los profesionales de la salud. PNSSPR, MSAL, 2007. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento103.pdf> (Último acceso: 05/2023).

Avances en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y reproductiva. SAEGRE. 1º edición Buenos Aires, Editorial ASCUNE, 2012.

Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. Actualización 2020. Dirección de Géneros y Diversidad. Ministerio de Salud. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf> (Último acceso 05/2023)

Atención a niñas y adolescentes menores de 15 años. Nota informativa 4. Octubre 2020. Dirección Nacional de Salud Sexual. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/atencion-ninasadolescentes-menores-15-nota-4.pdf> (Último acceso 05/2023).

Benefits of combined hormonal contraceptives (CHCs) continue to outweigh risks, (European Medicines Agency, 2013). Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/benefits-combined-hormonal-contraceptives-chcs-continue-outweigh-risks-chmp-endorses-prac> (Último acceso: 05/2023).

Boletín sobre el VIH-Sida en la Argentina. Año XI, N° 25. Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación, agosto 2008. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000118cnt-2013-05_boletin-vih-2008.pdf (Último acceso: 05/2023).

Boletín N° 38 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina disponible en: <https://bit.ly/3M5CLj5> (Último acceso 05/2023).

Cambiamos 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/cambiamos.pdf (Último acceso: 05/2023).

Clinical Challenges of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. Practice Bulletin Number 672. American College of Obstetricians and Gynecologists, September 2016. Disponible en: www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Clinical-Challenges-of-Long-Acting-Reversible-Contraceptive-Methods?IsMobileSet=false (Último acceso: 05/2023).

Combined Hormonal Contraceptives. European Medicines Agency, 2013.

Combined Hormonal Contraception. Clinical Guideline. FSRH, January 2019, (Amended July 2019). Disponible en: www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/combined-hormonal-contraception/ (Último acceso: 05/2023).

Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a guideline Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama. *Fertility and Sterility* Vol. 107, No. 1, January 2017.

Combined hormonal contraceptive use among breastfeeding women: an updated systematic review. Tepper NK, et col. *Contraception*. 2016. Disponible en [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(15\)00218-8/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(15)00218-8/fulltext) (Último acceso 05/2023)

Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. (Roach RE, et al. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015).

Consejerías en salud sexual y reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. PNSSPR, Ministerio de Salud de la Nación, Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento190.pdf> (Último acceso: 05/2023).

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 N° 1, páginas 5 a 25, Buenos Aires, Agosto de 2006. On line en: http://www.amada.org.ar/images/consenso_dispositivos_intrauterinos.pdf (Último acceso 05/2023).

Contraceptive Choices for Young People. Clinical Effectiveness Unit. Clinical Guideline. FSRH (RCOG), March 2010. Disponible en: www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-young-people-mar-2010/ (Último acceso: 05/2023).

Control Integral del Cáncer Cervicouterino. Guías de Prácticas Esenciales 2da edición. OPS, 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28512> (Último acceso 05/2023).

Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. World Health Organization, 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254885/9789241549998-eng.pdf> (Último acceso: 05/2023).

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>. (Último acceso: 05/2023).

Cyproterone and ethinylestradiol containing medicinal products. European Medicines Agency Pharmacovigilance Risk Assessment Committee, 2013. Disponible en: www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/cyproterone-ethinylestradiol-containing-medicines (Último acceso: 05/2023).

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.

Drug Interactions with Hormonal Contraception. FSRH CEU Guidance: (May 2022). Disponible en: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceu-clinical-guidance-drug-interactions-with-hormonal/> (Último acceso 05/2023).

Emergency Contraception March 2017. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/> (Último acceso 05/2023).

El proyecto CHOICE, la revisión. Traducción y comentarios: Dra. Cecilia Martínez, Dra. Lia Arribas. Revista AMADA, vol 11, 2015.

Estudio de Seguimiento y Adherencia al Implante Subdérmico en Adolescentes y Jóvenes en la Argentina. Informe final del análisis de datos del Protocolo de investigación. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, 2018. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/estudio-de-seguimiento-y-adherencia-al-implante-subdermico-en-adolescentes-y-jovenes-en> (Último acceso 05/2023).

Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022. Disponible en inglés en <https://fp handbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf> (Último acceso 07/2023).

FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. Munro M, Critchley H, Broder M, Fraser I; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. *Int J Gynec Obstet* 113, 2011, 3–13.

FIGO Recommendations on Terminologies and Definitions for Normal and Abnormal Uterine Bleeding. Ian S. Fraser, M.D.,¹ Hilary O.D. Critchley, M.D.,² Michael Broder, M.D.,³ and Malcolm G. Munro, M.D.⁴. *Seminars in Reproductive Medicine*/Volume 29, Number 5, 2011. Disponible en: <http://www.pharllc.com/wp-content/uploads/2014/03/Fraser-Semin-Reprod-Med-2011.pdf> (Último acceso: 07/2022).

Guía práctica para la atención integral de personas adultas con VIH en el primer nivel de atención. Ministerio de Salud de la Nación. 2018. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-practica-para-la-atencion-integral-de-personas-adultas-con-vih-en-el-primer-nivel-de> (Último acceso 05/2023).

Guía de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO). Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación, 2021.

Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación, 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-recomendaciones-para-la-calidad-e-integralidad-de-los-cuidados-durante-el-0> (Último acceso: 05/2023).

Guía de recomendaciones para la calidad e integralidad de los cuidados durante el posaborto. Resumen ejecutivo. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación, 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-recomendaciones-para-la-calidad-e-integralidad-de-los-cuidados-durante-el-posaborto> (Último acceso: 05/2023).

Guía de recomendaciones para equipos de salud sobre el uso de Profilaxis Post-Exposición para el VIH. Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001561cnt-2019_profilaxis-post-exposicion-para-el-vih-personas-adultas.pdf (Último acceso 05/2023)

Hoja informativa sobre la seguridad de las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel solo (PAE-LNG), OMS, 2010. Disponible en https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO_RHR_HRP_10.06 (Último acceso: 05/2023).

Hormonal Contraceptive Methods for Women at High Risk of HIV and Living with HIV. 2014 Guidance Statement. Geneva: World Health Organization; 2014. PMID: 26110193. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26110193/> (Último acceso 05/2023).

Indetectable= Intransmisible (I=I). 2019. Documento de consenso de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001546cnt-2019-08-28_indetectable-igual-intransmisible.pdf (Último acceso: 05/2023)

Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Device. Bulletin Number 642, American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol, October 2015. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-statement/articles/2023/03/increasing-access-to-intrauterine-devices-and-contraceptive-implants.pdf> (Último acceso: 05/2023).

Información para acceder a la ligadura de trompas uterinas. Formularios para firmar el consentimiento informado. Cuadernillo escrito en lectura fácil. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación, 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-ligadura-de-trompas-uterinas-formularios-para-firmar-el> (Último acceso 05/2023)

Información para acceder a la vasectomía. Formularios para firmar el consentimiento informado. Cuadernillo escrito en lectura fácil. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación, 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informacion-para-acceder-la-vasectomia-formularios-para-firmar-el-consentimiento-informado> (Último acceso 05/2023)

International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO) Statement on Mechanism of Action (October 2008). <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-02/International%20consortium%20for%20emergency%20contraception%20statement.pdf> (Último acceso 05/2023).

Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Practice Bulletin No. 121. American College of Obstetricians and Gynecologists. ObstetGynecol 2011; 118: 184–96

Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Organización Mundial de la Salud, 2015. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/ (Último acceso: 05/2023).

Long-acting reversible contraception (update). National Institute for Health and Care Excellence. 2005, update 2019. NICE clinical guideline 30. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg30/evidence/full-guidelinepdf-194840607>. (Último acceso: 05/2023).

Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. J.L.Brown, 2008. disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015> (Último acceso 05/2023).

Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras. Instructivo para la distribución de insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. PNSSPR, MSAL, 2010. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000682cnt-mac_guia_para_un_acceso_sin_barreras-nueva-edicion.pdf (Último acceso 05/2023).

Oral contraceptive use and mortality after 36 years of follow-up in the nurses' health study: prospective cohort study. (Charlton et al.), 2014

Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud (Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, 2016). Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-10/2016-07_prevencion-transmision-perinatal-hepatitis-b-vih.pdf (Último acceso: 05/2023)

Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review *Journal of Women's Health* Volume 24, Number 5, 2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441000/> (Último acceso 05/2023)

Profilaxis Posexposición para el VIH en personas adultas. Recomendaciones abreviadas para equipos de salud. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina, 2019. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/profilaxis-post-exposicion-para-el-vih-en-personas-adultas> (Último acceso 05/2023).

Progestin and breast cancer risk: a systematic review. Breast cancer research and treatment (Samson, M., et al., 2016).

Progestogen-only Implants. Unit FSRH Guidance. BMJ Sexual & Reproductive Health 2022; 48:Suppl 1. Disponible en: www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-implants-feb-2014/ (Último acceso 05/2023)

Progestogen-only Injectable. Clinical Guidance. FSRH, December 2014 (Amended April 2020). Disponible en: www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-injectables-dec-2014/

Progestogen-only Pills. FSRH Guidance. BMJ Sexual & Reproductive Health 2022; 48:Suppl 1. www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-pop-mar-2015/

Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Actualización 2022. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria> (Último acceso 05/2023).

Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Actualización 2021. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación, 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-personas-victimas-de-violaciones-sexuales> (Último acceso 05/2023).

Recomendaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH-1. Resumen para equipos de salud - Edición 2021. Dirección de respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-08/recomendaciones-para-el-inicio-del-tratamiento-antirretroviral-en-adultos-con-infeccion-por-vih-1.pdf> (Último acceso: 05/2023).

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.

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud, 2018. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf;jsessionid=F90D14736528379967E50C4EE5A5BE6E?sequence=1 (Último acceso: 05/2023).

Recommended Actions after incorrect Use of Combined Hormonal Contraception (e.g. late or missed pills, ring and patch) (UK, 2020) Disponible en: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-ceu-guidance-recommended-actions-after-incorrect-use-of/> (Último acceso 07/2023).

Resumen clínico: Píldoras anticonceptivas de emergencia. International consortium for emergency contraception y FIGO. Diciembre de 2018 https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2019/03/ICEC-FIGO-Resumen-clinico_2018-1.pdf (Último acceso 05/2023).

Statement on Mechanism of Action International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO), 2008. z <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-02/International%20consortium%20for%20emergency%20contraception%20statement.pdf> (Último acceso 05/2023).

The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Secura GM, et col. Am J Obstet Gynecol 2010;203:115.e1-7. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(10\)00430-8/fulltext#articleInformation](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(10)00430-8/fulltext#articleInformation). (Último acceso 05/2023).

U.S Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2016.

Use of combined oral contraception and risk of venous thromboembolism. Faculty of sexual and reproductive healthcare (RCOG). Statement from the Clinical Effectiveness Unit, May 2015.

UK Medical Eligibility criteria for Contraceptive Use. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, 2019.

WHO vaccine position papers. Geneva: World Health Organization. August 2022. Disponible en: www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers (Último acceso 05/2023)

Por autor

Adams Hillard, P. *What Is LARC? And Why Does It Matter for Adolescents and Young Adults?* Journal of Adolescent Health 52, 2013, S1eS5. Disponible en: <http://nmgrads.org/training/tab8/fall2013/WhatisLARC.pdf>

Allen, R., Cwaik, C. y Kaunitz, A. *Contraception in women over 40 years of age*. CMAJ, 2013. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/185/7/565/tab-article-info>

Borrero, S. Onya y Zite, N. Female sterilisation in the United States. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, October 2011; 16: 336–340. Disponible en: www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13625187.2011.604451

Barrigaa, P., Vanhauwaertb, P., Porcilec, A. *Hormonal contraception and risk of breast cancer: a critical look*. *Gynecological endocrinology*, 2018.

Belzer, M., Sancez, K., Olson, J. y 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.

Charlton BM., Rich-Edwards JW., Colditz GA., et al. Oral contraceptive use and mortality after 36 years of follow-up in the nurses' health study: prospective cohort study. *BMJ*, 2014; 349:6356.

Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med*, 2016 Sep 1; 375(9):830–9.

Curtisa, K. M., Mohllajeca, A. P., Peterson, H. B. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception* 73, 2006, 205 – 210.

Diedrich J. et al. Three-year Continuation of Reversible Contraception *Am J Obstet Gynecol*, 2015 November; 213(5): 662.e1–662.e8.

Ellertson, C., Ambardekar, S., Hedley, A., Coyaji, K., Trussell, J. y Blanchard, K. Emergency contraception: Randomized comparison of advance provision and information only. *Obstetrics & Gynecology*, 2001; 98: 570-575.

Glazier, A. y Baird, D. The effects of self-administering emergency contraception. *The New England Journal of Medicine (NEJM)*, 1998; 339: 1-4.

Gogna, M. L., Pecheny, M. M., Ibarlucía, I., Manzelli, H., López, S. B. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. *Soc Sci Med* 1982, 2009 Sep;69(6):813–20.

Gold, M. A., Wolford, J. E., Smith, K. A. y Parker, A. M. 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.

Gómez-Suárez, M., Mello, M. B., Gonzalez, M. A., Ghidinelli, M., Pérez, F. Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin America and the Caribbean: systematic review of the literature. *J Int AIDS Soc*, 2019 Apr;22(4):e25273.

Graham, A., Moore, L., Sharp, D. y 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.

Hannaford PC., Iversen L., Macfarlane TV., et al. *Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of general practitioners' oral contraception study*. *BMJ*, 2010; 340:c927.

Harper, C. C., Cheong, M., Rocca, C. H., Darney, P. D. y Raine, T. R. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstetrics & Gynecology*, 2005; 106: 483-491.

Heard, I. 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.

- Hedenmalm, K. y Samuelsson, E.* Fatal venous thromboembolism associated with different combined oral contraceptives: a study of incidences and potential biases in spontaneous reporting. *Drug Saf*, 2005;28(10):907-16.
- Highton, E. y Wierzbica, S.* La relación médico-paciente; el consentimiento informado, Editorial Ad Hoc, 1991: 11.
- Ichida, M., Kataoka, A., Tsushima, R., Taguchi, T.* No increase in breast cancer risk in Japanese women taking oral contraceptives: a case-control study investigating reproductive, menstrual and familial risk factors for breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prevent*, 2015; 16:3685–3690.
- Jackson, R.A., Schwartz, E.B., Freedman, L. y Darney, P.* Advance supply of emergency contraception: Effect on use and usual contraception - a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2003; 102: 8-16.
- Kennedy, K. et al.* Consensus statement: Lactational amenorrhoea method for family planning. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1996, 54 (1): 55-57.
- Kikuchi, K., Wakasugi, N., Poudel, K. C., Sakisaka, K., Jimba, M.* High rate of unintended pregnancies after knowing of HIV infection among HIV positive women under antiretroviral treatment in Kigali, Rwanda. *Biosci Trends*, 2011 Dec;5(6):255–63.
- Lo, S. S. T., Fan, S. Y. S., Ho, P. C. Glasier, A. F.* Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized trial. *Human Reproduction*, 2004; 19: 2404-2410.
- Loutfy, M., Raboud, J., Wong, J., Yudin, M., Diong, C., Blitz, S., et al.* High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. *HIV Med*, 2012 Feb;13(2):107–17.
- Meyer, J. L., Gold, M. A. y Haggerty, C. L.* 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.
- Patel, P., Borkowf, C. B., Brooks, J. T., Lasry, A., Lansky, A., Mermin, J.* Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS Lond Engl*. 2014 Jun 19; 28 (10):1509–19.
- Raine, T.R., Harper, C.C. y Rocca, C.H., 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.
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., van Lunzen, J., et al.* Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*, 2016 Jul 12; 316(2):171–81.
- Samson, M., Porter, N., Orekoya, O., Hebert, J.R., Adams, S., Bennett, C. L., y Steck, S.E.* Progestin and Breast Cancer Risk: A Systematic Review *Breast Cancer Res Treat*, 2016 January; 155(1): 3–12.
- Trussell, J.* Contraceptive efficacy. *Contraceptive technology*. Hatcher R. y col., editores. 19ª ed. rev., 2007.
- Trussell, J.* Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 2004; 70 (2): 89–96.
- Xu H, Wade JA, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura GM.* Contraceptive failure rates of etonogestrel subdermal implants in overweight and obese women. *Obstet Gynecol* 2012;120:21–6.



Para saber dónde consultar llama a:

Línea salud sexual 0800 222 3444

En todo el país. Tu pregunta es confidencial.

www.argentina.gob.ar/salud/sexual • saludsexual@msal.gov.ar

Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina