

PAUTAS MÉDICAS Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PARA SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
TERCERA EDICIÓN 2004



PAUTAS MÉDICAS Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PARA SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TERCERA EDICIÓN 2004

Fatiha Terki, MD
Usha Malhotra, MD

Edición por Mark Powlson

International Planned Parenthood Federation

4 Newhams Row,
Londres SE1 3UZ, Reino Unido.

Tel +44 (0)207 939 8200
Fax +44 (0)207 939 8300
Correo medtech@ippf.org
www.ippf.org

TABLA DE CONTENIDO

Prefacio	2
Agradecimientos	4
Instrucciones para el uso de las pautas	6
Capítulo 1 Derechos de los/as clientes y necesidades de los/as proveedores	10
1 Introducción	12
2 Derechos de los/as clientes	12
3 Necesidades de los/as proveedores	17
Capítulo 2 Consejería	22
1 ¿Qué es la consejería?	24
2 Consejería en el contexto de la salud sexual y reproductiva	25
3 ¿Quiénes pueden dar consejería?	26
4 El ambiente físico	27
5 El vínculo entre educación/información y consejería	29
6 Consejería en anticoncepción	30
6.1 Selección del método	30
6.2 Explicación sobre cómo usar el método seleccionado	32
6.3 Retorno para seguimiento	33
6.4 Problemas usando el método	34
6.5 Falla del método	34
6.6 Integrando la consejería en ITS y VIH/SIDA	35
7 Consejería para grupos con necesidades especiales	35
Capítulo 3 El ciclo menstrual normal	38
1 Introducción	40
2 El ciclo ovárico	41
2.1 Fase folicular	41
2.2 Fase lútea	43
3 Ciclo endometrial	43
4 Ciclo cervical	43
5 Notificación a la pareja	44

Capítulo 4	Tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas	46
1	Introducción	48
2	Condiciones de salud en las que se enfoca el tamizaje de salud reproductiva	48
3	¿Quien es elegible para el tamizaje de salud reproductiva?	49
4	¿Quién puede proporcionar el tamizaje de salud reproductiva?	49
5	Requisitos para un programa exitoso de tamizaje de salud reproductiva	49
6	Tamizaje de salud reproductiva	50
6.1	Llenando la historia clínica	50
6.2	Examen físico	53
6.2.1	Tamizaje de cáncer de mama	54
6.2.2	Examen pélvico	56
6.3	Otras investigaciones	58
6.4	Frecuencia del tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas	59
6.5	Otros aspectos a considerar durante el tamizaje de salud reproductiva	60
7	Tamizaje de cáncer cervical	60
8	La menopausia	69

Capítulo 5	Anticoncepción hormonal	74
1	Introducción	76
2	Anticonceptivos orales combinados (AOC)	76
2.1	Definición	76
2.2	Indicaciones	77
2.3	Criterios médicos de elegibilidad	78
2.4	Situaciones especiales	81
2.5	Consejería e información	84
2.6	¿Quiénes pueden proporcionar los AOC?	84
2.7	Evaluación del estado de salud	85
2.8	Selección de un AOC	86
2.9	Instrucciones para la cliente	87
2.10	Atención de seguimiento	93
2.11	Provisión de AOC	93
2.12	Efectos colaterales	94
2.13	Administración de los servicios	94
3	Píldoras de progestágeno solo (PPS)	95
3.1	Definición	95

3.2	Indicaciones	96
3.3	Criterios médicos de elegibilidad	96
3.4	Situaciones especiales	97
3.5	Consejería e información	98
3.6	¿Quiénes pueden proporcionar PPS?	99
3.7	Evaluación del estado de salud	99
3.8	Instrucciones para la cliente	99
3.9	Atención de seguimiento y provisión de PPS	102
3.10	Efectos colaterales	103
3.11	Administración de los servicios	103
4	Administración de los servicios de anticonceptivos orales	103
4.1	Servicios de planificación familiar basados en la comunidad	103
4.2	Servicios clínicos	105
4.3	Provisión de píldoras	106
4.4	Almacenamiento, vida útil y existencias	106
5	Anticonceptivos inyectables de progestágeno solo (IPS)	107
5.1	Definición	107
5.2	Indicaciones	108
5.3	Criterios médicos de elegibilidad	108
5.4	Situaciones especiales	110
5.5	Consejería e información	112
5.6	¿Quiénes pueden proporcionar IPS?	113
5.7	Evaluación del estado de salud	113
5.8	Provisión de IPS	113
5.9	Instrucciones para la cliente	116
5.10	Atención de seguimiento	117
5.11	Efectos colaterales	118
5.12	Administración de los servicios	119
6	Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)	119
6.1	Definición	119
6.2	Indicaciones	120
6.3	Criterios médicos de elegibilidad	120
6.4	Situaciones especiales	123
6.5	Consejería e información	124
6.6	¿Quiénes pueden proporcionar AIC?	124
6.7	Evaluación del estado de salud	125
6.8	Provisión de AIC	125
6.9	Instrucciones para la cliente	127
6.10	Atención de seguimiento	128
6.11	Efectos colaterales	128

	6.12 Administración de los servicios	129
7	Administración de los servicios anticonceptivos inyectables	129
8	Implantes subdérmicos	130
	8.1 Definición	130
	8.2 Indicaciones	132
	8.3 Criterios médicos de elegibilidad	132
	8.4 Situaciones especiales	134
	8.5 Consejería e información	134
	8.6 ¿Quiénes pueden proporcionar implantes?	135
	8.7 Evaluación del estado de salud	135
	8.8 Selección del implante	136
	8.9 Inserción y retiro	136
	8.10 Instrucciones para la cliente	138
	8.11 Atención de seguimiento	140
	8.12 Efectos colaterales	141
	8.13 Administración de los servicios	141
9	Otros sistemas para la entrega de anticonceptivos hormonales combinados	143
	9.1 Parche transdérmico	143
	9.2 Anillo vaginal	143

Capítulo 6 Dispositivos intrauterinos 146

1	Definición	148
2	Indicaciones	149
3	Criterios médicos de elegibilidad	150
4	Situaciones especiales	154
5	Consejería e información	154
6	¿Quiénes puede insertar DIU?	155
7	Evaluación del estado de salud	155
8	Selección del DIU	156
9	Momento de la inserción	157
10	Inserción del DIU	158
11	Instrucciones para la cliente	160
12	Atención de seguimiento	162
13	Efectos colaterales	162
14	Complicaciones	163
	14.1 Perforación	163
	14.2 Sangrado excesivo	164
	14.3 Enfermedad pélvica inflamatoria	165
15	Embarazo	165
16	Hilos extraviados	166
17	Cuándo retirar el DIU	167

18	Administración de los servicios	167
18.1	Expedientes de las clientes	167
18.2	Suministros	167
18.3	Capacitación	168

Capítulo 7 Métodos de barrera 170

1	Introducción	172
1.1	Indicaciones generales	172
1.2	Criterios médicos de elegibilidad	173
1.3	Evaluación del estado de salud	174
1.4	Administración de los servicios	174
2	Condomes	175
2.1	Definición	175
2.2	Indicaciones	177
2.3	Criterios médicos de elegibilidad	178
2.4	Consejería e información	178
2.5	Selección del condón	179
2.6	Instrucciones para la cliente	179
2.7	Efectos colaterales	180
2.8	Administración de los servicios	180
3	Diafragma	181
3.1	Definición	181
3.2	Indicaciones	182
3.3	Criterios médicos de elegibilidad	182
3.4	Consejería e información	183
3.5	Evaluación del estado de salud	184
3.6	Selección del diafragma	184
3.7	¿Quiénes pueden proporcionar diafragmas?	184
3.8	Ajustando el diafragma	184
3.9	Instrucciones para la cliente	187
3.10	Atención de seguimiento	188
3.11	Efectos colaterales	188
3.12	Administración de los servicios	189
4	Espermicida	190
4.1	Definición	190
4.2	Indicaciones	191
4.3	Criterios médicos de elegibilidad	191
4.4	Consejería e información	191
4.5	Selección del espermicida	192
4.6	Instrucciones para la cliente	192
4.7	Efectos colaterales	193
4.8	Administración de los servicios	193

Capítulo 8	Esterilización femenina y masculina	196
1	Introducción	198
1.1	Definición	198
1.2	Indicaciones generales	198
1.3	Tamizaje preoperatorio	198
1.4	Consejería e información	199
1.5	Consentimiento informado	201
1.6	Evaluación del estado de salud	202
1.7	Anestesia	202
1.8	Principios quirúrgicos para garantizar la seguridad	202
1.9	Instrucciones post-operatorias	203
1.10	Complicaciones	203
1.11	Reversión	204
1.12	Administración de los servicios	204
2	Esterilización masculina	208
2.1	Definición	208
2.2	Indicaciones	208
2.3	Criterios médicos de elegibilidad	208
2.4	Consejería, información y consentimiento informado	210
2.5	¿Quiénes pueden realizar vasectomías?	210
2.6	Evaluación del estado de salud	210
2.7	Preparación preoperatoria	211
2.8	Anestesia y procedimiento operatorio	211
2.9	Atención post-operatoria	213
2.10	Instrucciones para los hombres después del procedimiento	213
2.11	Atención de seguimiento	213
2.12	Complicaciones	214
3	Esterilización femenina	214
3.1	Definición	214
3.2	Indicaciones	215
3.3	Criterios médicos de elegibilidad	215
3.4	Consejería, información y consentimiento informado	218
3.5	¿Quiénes pueden realizar esterilizaciones femeninas?	218
3.6	Evaluación del estado de salud	219
3.7	Oportunidad de los procedimientos de esterilización femenina	220
3.8	Preparación pre-operatoria	221
3.9	Anestesia y procedimiento operatorio	221

3.10	Atención post-operatoria	224
3.11	Instrucciones para las mujeres después del procedimiento	224
3.12	Atención de seguimiento	225
3.13	Complicaciones	225

Capítulo 9 Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad (naturales) 228

1	Introducción	230
1.1	Indicaciones generales	232
1.2	Indicaciones	232
1.3	Condiciones que requieren una evaluación cuidadosa	232
1.4	Situaciones especiales	233
1.5	Consejería e información	233
1.6	¿Quiénes pueden proporcionar información acerca del método?	234
1.7	Evaluación del estado de salud	234
1.8	Enseñanza del método	234
1.9	Atención de seguimiento	235
2	El método de la temperatura corporal basal (TCB)	235
2.1	Definición	235
2.2	Indicaciones	235
2.3	Consejería e información	235
2.4	Instrucciones para las clientes	236
3	El método del moco cervical (Método de Billings)	240
3.1	Definición	240
3.2	Indicaciones	241
3.3	Condiciones que requieren una evaluación cuidadosa	241
3.4	Consejería e información	241
3.5	Instrucciones para las clientes	242
3.6	Método modificado del moco cervical	244
4	El método del calendario o del ritmo (Método de Ogino-Knaus)	245
4.1	Definición	245
4.2	Indicaciones	245
4.3	Condiciones que requieren una evaluación cuidadosa	245
4.4	Consejería e información	245
4.5	Instrucciones para las clientes	245
5	El método sinto-térmico	246

	5.1	Definición	246
	5.2	Indicaciones	246
	5.3	Consejería e información	246
	5.4	Instrucciones para las clientes	246
6		El método de los días fijos (MDF)	247
	6.1	Definición	247
	6.2	Indicaciones	248
	6.3	Instrucciones para las clientes	248

Capítulo 10 Anticoncepción de emergencia 252

1		Introducción	254
	1.1	Indicaciones generales	254
	1.2	Tipos de anticoncepción de emergencia	255
2		Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	255
	2.1	Regímenes de PAE	255
	2.2	Eficacia	256
	2.3	Efectos colaterales	257
	2.4	Indicaciones	257
	2.5	Criterios médicos de elegibilidad	257
	2.6	¿Quiénes pueden proporcionar PAE?	258
	2.7	Consejería e información	258
	2.8	Evaluación del estado de salud	260
	2.9	Instrucciones para la cliente	260
	2.10	Atención de seguimiento	261
	2.11	Iniciando anticoncepción con regularidad después de utilizar PAE	261
3		Dispositivos intrauterinos que liberan cobre (DIU)	262
	3.1	Eficacia	262
	3.2	Indicaciones	262
	3.3	Criterios médicos de elegibilidad	263
	3.4	Situaciones especiales	264
	3.5	¿Quiénes pueden proporcionar DIU?	264
	3.6	Consejería e información	264
	3.7	Evaluación del estado de salud	264
	3.8	Inserción del DIU	265
	3.9	Instrucciones para la cliente	265
	3.10	Atención de seguimiento	265
	3.11	Efectos colaterales	266
4		Administración de los servicios	266
	4.1	Defensa y promoción	266
	4.2	Servicios de información	266
	4.3	Mejoras en la accesibilidad	267

4.4	Lugares de entrega de servicio	267
-----	--------------------------------	-----

Capítulo 11 Diagnóstico del embarazo 270

1	Introducción	272
2	Diagnóstico clínico (sin apoyo de laboratorio)	272
3	Síntomas y signos de embarazo	273
3.1	Síntomas	273
3.2	Signos	273
4	Diagnóstico por pruebas de laboratorio	273
4.1	Pruebas de inhibición de la aglutinación en portaobjetos	274
4.2	Pruebas inmunométricas y radioinmunoensayo	274
5	Cómo estar razonablemente seguro de que una mujer no está embarazada	275
6	Consejería posterior al diagnóstico del embarazo	275

Capítulo 12 Aborto seguro 278

1	Introducción	280
1.1	Definición	280
1.2	Indicaciones generales	281
1.3	Consejería e información	281
2	Consentimiento informado, confidencialidad y privacidad	283
3	Atención pre-aborto	283
3.1	Historia	283
3.2	Examen físico	284
3.3	Exámenes de laboratorio	284
4.	Métodos de aborto	285
4.1	Métodos médicos	288
4.2	Métodos quirúrgicos	288
5	Seguimiento	293
5.1	Monitoreo durante el período de recuperación	293
5.2	Instrucciones para la atención posterior al aborto	293
5.3	Indicios y síntomas que requieren atención urgente	294
5.4	Manejo de complicaciones del aborto	294
6	Anticoncepción y consejería de ITS	296

Capítulo 13	Infecciones del tracto reproductivo e infecciones de transmisión sexual	298
1	Introducción	300
	1.1 Definición	300
	1.2 El rol de los servicios de salud sexual y reproductiva/planificación familiar	301
2	Prevención	302
3	Manejo de las ITR/ITS	304
	3.1 Manejo sintomático	304
	3.2 Manejo sintomático y clínico	315
	3.3 Manejo sintomático y clínico y pruebas limitadas de laboratorio	315
	3.4 Manejo clínico y pruebas de laboratorio (diagnóstico etiológico)	316
4	Consejería e información	317
	4.1 Instrucciones para las clientes	317
5	Notificación a la pareja	318
6	Atención de seguimiento	319
	6.1 Falla del tratamiento	319
7	Administración de los servicios	320
	7.1 Administración	320
	7.2 Capacitación	322
	7.3 Pautas	323
	7.4 Sistemas de referencia	323
	7.5 Monitoreo y supervisión	324

Capítulo 14	Infección por VIH y SIDA	340
1	Introducción	342
	1.1 Definición	342
	1.2 Transmisibilidad	342
	1.3 El rol de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR)	342
2	Prevención	343
	2.1 Prevención de la transmisión sexual	344
	2.2 Prevención de la transmisión no sexual	344
	2.3 Prevención de la transmisión perinatal	344
	2.4 Prevención de la transmisión en instalaciones de atención a la salud	344
3	Manejo del VIH/SIDA	345
	3.1 Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (APV)	345
	3.2 Asesoramiento de seguimiento	347

3.3	Notificación a la pareja/consejería	348
3.4	Comportamiento sexual	349
3.5	Toma de decisiones reproductivas	350
3.6	Anticoncepción	353
3.7	Tratamiento	356
3.8	Atención y apoyo para personas infectadas	358

Capítulo 15 Prevención y control de infecciones 362

1	Introducción	364
2	Definiciones	364
3	Antisépsia	365
3.1	Indicaciones	365
3.2	Selección de antisépticos	365
3.3	Preparación, almacenamiento y suministro de antisépticos	366
4	Procedimientos para procesar equipo e instrumentos	368
4.1	Descontaminación	368
4.2	Limpieza	372
4.3	Desinfección de alto nivel (DAN)	372
4.4	Esterilización	376
5	Procesamiento de objetos específicos	381
5.1	Cubierta de mesa ginecológica u otras superficies grandes	381
5.2	Artículos de tela para procedimientos quirúrgicos (gorros, mascarillas, gabachones y sábanas)	382
5.3	Guantes (de hule o plástico)	383
5.4	Instrumentos para examen pélvico	384
5.5	Instrumentos para esterilización femenina y masculina (excepto laparoscopia), inserción y retiro de implantes e inserción de DIU	384
5.6	Endoscopios (laparoscopios)	385
5.7	Agujas y jeringas	385
5.8	Recipientes para almacenar instrumentos	386
5.9	Agua	386
6	Almacenamiento de equipo estéril o desinfectado	387
7	Precauciones durante los procedimientos	388
7.1	Lavado de manos	388
7.2	Uso de guantes	391
7.3	Procedimientos de inyección	393

8	Ambiente	393
	8.1 Limpieza de las áreas de actividad	394
	8.2 Circulación	396
	8.3 Área de procesamiento para instrumental y otros artículos	397
	8.4 Transporte de artículos limpios, desinfectados, estériles y sucios	398
	8.5 Eliminación de desechos	398
9	Antibióticos profilácticos	402
10	Gerencia	402
	10.1 Administración	403
	10.2 Pautas	404
	10.3 Capacitación	404
	10.4 Monitoreo y supervisión	406

Material de lectura sugerido **407**

Abreviaciones **413**

Índice **415**

PREFACIO

Durante cincuenta años la IPPF ha trabajado para hacer que la educación y los servicios de salud sexual y reproductiva estén disponibles para millones de personas en todo el mundo. A través de sus seis oficinas regionales y su red global de 149 Asociaciones Miembro, la IPPF está posicionada de manera única para proveer y promover la atención en salud y los derechos sexuales y reproductivos.

La visión de la IPPF es el acceso universal a la atención en salud sexual y reproductiva para las mujeres, hombres y gente joven. Ahora es más evidente que nunca que el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos y gozar de una buena salud sexual, ayuda a la gente a mejorar sus vidas.

Contrario a la situación generalizada de recursos escasos y de una creciente oposición de las fuerzas conservadoras, el Plan Estratégico de la IPPF, recientemente aprobado en 2003, se concentra en cuatro retos de salud reproductiva no resueltos: (i) satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de la gente joven en todo el mundo; (ii) luchar contra el VIH/SIDA; (iii) eliminar el aborto inseguro y mejorar el acceso al aborto seguro, y (iv) afrontar las necesidades insatisfechas de salud sexual y reproductiva de la gente marginada y pobre. Una quinta área prioritaria es la defensa y promoción, basada tanto en evidencia como en experiencia, que permite a la IPPF tomar el liderazgo en la defensa y expansión de los derechos reproductivos mencionados. Para garantizar el éxito del Plan Estratégico, la IPPF también está comprometida a asegurar la provisión de servicios de alta calidad a través de su red de Asociaciones Miembro. Estas Pautas son una parte importante del compromiso permanente de la IPPF para elevar los estándares de atención.

Las Pautas Médicas y de Prestación de Servicios de la IPPF tienen el propósito de mejorar el conocimiento, habilidades y confianza entre los/as proveedores de servicios y asegurar que son capaces de satisfacer las necesidades de los/as clientes.

Con la finalidad de lograr esto, las Pautas han sido diseñadas para estar técnicamente bien fundamentadas (con el soporte de la investigación científica), socialmente correctas (aceptables para quienes las utilizarán) y operacionalmente adecuadas (validadas y actualizadas). Las Pautas han también sido escritas de tal forma que sean fácilmente adaptables a las necesidades y recursos de diferentes ambientes, en donde serán utilizadas.

Esta Tercera Edición se fundamenta en los éxitos de las ediciones previas y las expande para reflejar las necesidades y derechos tanto de los/as proveedores servicios como de sus clientes. Esta edición incluye cuatro nuevos capítulos: el Ciclo menstrual normal, el Tamizaje de salud reproductiva para las mujeres sanas, el Aborto seguro y la Infección por VIH y SIDA. El conocimiento acerca de la anticoncepción se expande continuamente; por lo tanto, los capítulos existentes sobre métodos han sido actualizados. Esto ha requerido una revisión de la literatura anticonceptiva reciente; y, además, estos capítulos incorporan los resultados de una muy importante actividad que promueve el consenso – la revisión de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre de 2003, así como de la reunión de Recomendaciones Selectas de la Práctica para el Uso de Anticonceptivos, organizada por la OMS en abril de 2004.

Todas las organizaciones líderes activas en el campo de la política y programas de planificación familiar participaron en estos esfuerzos; y tanto la IPPF como su Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico (IMAP), jugaron un papel activo. La información sobre contraindicaciones y condiciones que requieren una consideración especial en relación con el uso de varios métodos de anticoncepción, ha sido revisada para cuidar su consistencia con los criterios actualizados de la OMS. Como en las ediciones previas, las Pautas han sido desarrolladas con la orientación del IMAP.

La experiencia nos ha demostrado que las Pautas solamente son efectivas si son accesibles a todas aquellas personas que más se podrían beneficiar de ellas. Quisiéramos que usted las utilizara como parte de su propia capacitación y discusiones, y recibiremos con agrado sus comentarios y realimentación para mejorar las ediciones futuras.

Tengo el gusto de recomendar estas Pautas para todas aquellas personas que trabajan por una mejor salud sexual y reproductiva.



Dr. Steven W. Sinding
Director General de la IPPF
Londres 2004

Agradecimientos

Estas Pautas han sido desarrolladas gracias al apoyo y orientación del Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico (IMAP) de la IPPF. Varios capítulos han sido escritos usando declaraciones del IMAP.

Los/as miembros del IMAP son:

Dra. Halida Akhtar
Dr. Ward Cates
Dra. Soledad Díaz
Dra. Lindsay Edouard
Dra. Anna Glasier
Dr. Herbert Peterson
Dra. Helen Randera-Rees
Profesor Fred Sai
Dr. Paul Van Look
Dra. Edith Weisberg

Expresamos un especial agradecimiento al Dr. Carlos Huezo, coautor de la primera y segunda ediciones, y que inició el proceso de desarrollo de esta tercera edición; a la Dra. Usha Malhotra, quien es coautora de esta edición y que contribuyó a los siguientes nuevos capítulos: Aborto seguro, Infección por VIH y SIDA y Tamizaje de salud reproductiva para las mujeres sanas; y a Mark Powlson quien editó las Pautas.

Los capítulos de las Pautas fueron también revisados por los/as asesores Regionales de Calidad de Atención y por personal de la Oficina Central de la IPPF. Este grupo incluye a:

Dra. Gayane Dolyan
Dr. Magdy Khaled
Dr. Rim Esghairi
Dra. Pratima Mittra
Ms. Ilka Maria Rondinelli
Dr. Nehemiah Kimathi
Dr. Cheikh Ouedraogo
Ms. Patricia Mathews
Dra. Mariama Barry

El siguiente personal de EngenderHealth también realizó importantes contribuciones a esta tercera edición de las Pautas:

Carmela Cordero, M.D., Directora Médica Asociada
John Pile, M.P.H., Director de Planificación Familiar
Roy Jacobstein, M.D., M.P.H., Director Médico

La Dra. Victoria Jennings, Directora del Instituto para la Salud Reproductiva en el Centro Médico de la Universidad de Georgetown, contribuyó al capítulo de Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad.

Reconocemos el excelente trabajo realizado por Xavier González-Alonso e Ilka Maria Rondinelli en la traducción y supervisión de los Pautas al español.

Expresamos también nuestro especial agradecimiento a los/as siguientes miembros del personal de la IPPF:

Ms. Susanne Hamm por su contribución a los aspectos técnicos de las Pautas
Ms. Laura Feeney por supervisar la logística de la producción
Ms. Doortje Braeken por su contribución al capítulo sobre Consejería
Dr. Marcel Vekemans por revisar el capítulo sobre Aborto seguro
Dr. Nono Simelela por revisar el capítulo sobre Infección por VIH y SIDA

El estímulo y apoyo del Director General de la IPPF, Dr. Steven W. Sinding y de la Directora Asistente Ms. Lyn Thomas durante la preparación de este libro, se agradecen sinceramente.

INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LAS PAUTAS

1 Propósito de las Pautas

Las Pautas Médicas y de Prestación de Servicios de la IPPF para Servicios de Salud Sexual y Reproductiva han sido diseñadas para ser utilizadas en programas de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar:

- *Como una guía para la prestación de servicios*

Estas Pautas proporcionan una clara orientación para los/as administradores y proveedores de servicios para la planeación y desempeño de las tareas relacionadas con sus responsabilidades.

- *Como un documento de referencia para valorar la calidad de atención*

El enfoque de las Pautas se centra en la provisión de servicios que cumplen con los estándares esenciales de calidad. Por lo tanto, la calidad de los servicios puede ser valorada al comparar el desempeño real con las recomendaciones e instrucciones contenidas en las Pautas.

- *Como un instrumento de capacitación*

Cada capítulo de las Pautas puede servir como base para el desarrollo de programas de capacitación.

- *Como herramienta para la supervisión*

Las Pautas pueden servir como referencia para los/as supervisores en la identificación de situaciones que requieren acciones correctivas y en la identificación de necesidades de capacitación. Los/as supervisores pueden usar las Pautas para enfocar la atención del personal de prestación de servicios en los elementos esenciales de la calidad de atención y los procedimientos apropiados.

2 Usuarios/as de las Pautas

Las Pautas están dirigidas a: los/as planificadores y gerentes de programas, proveedores de servicios clínicos, así como a capacitadores/as y supervisores/as de servicios clínicos y servicios basados en la comunidad. Estas Pautas son apropiadas para doctores/as, enfermeros/as, parteras y otros/as profesionales de la salud. El contenido de estas Pautas que es relevante para los servicios basados en la comunidad, puede usarse para desarrollar materiales para esos/as trabajadores/as, pero esto puede realizarse mejor a nivel local.

3 Formato

Las Pautas constan de 15 capítulos.

Además de haber sido extensamente revisada, esta Tercera Edición agrega cuatro nuevos capítulos a la edición de 1997. Estos son: el Ciclo menstrual normal (Capítulo 3), el Tamizaje de salud reproductiva para las mujeres sanas (Capítulo 4), el Aborto seguro (Capítulo 12), y la Infección por VIH y SIDA (Capítulo 14).

Referencias cruzadas

Con el fin de evitar la duplicación innecesaria de la información provista, se hacen referencias cruzadas entre y dentro de los capítulos de las Pautas. Estas referencias cruzadas hacen referencia por número tanto al capítulo específico, como a la sección específica dentro del capítulo. La mayoría de las veces, las referencias cruzadas se realizan a otras secciones del mismo capítulo.



IPPF International
Planned Parenthood
Federation

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

WWW.IPPF.ORG

EL DERECHO a la vida

EL DERECHO a la libertad
y seguridad de la persona

EL DERECHO a la igualdad
y a estar libres de todas las
formas de discriminación

EL DERECHO a la intimidad

EL DERECHO a la libertad
de pensamiento

EL DERECHO
a la información y la educación

EL DERECHO a optar por
contraer matrimonio o no y a
formar y planear una familia

EL DERECHO a decidir tener
hijos o no tenerlos, o cuándo tenerlos

EL DERECHO a la atención a la
salud y a la protección de la salud

EL DERECHO a los beneficios
del progreso científico

EL DERECHO a la libertad de
reunión y de participación política

EL DERECHO a no ser sometido
a torturas y maltrato



IPPF International
Planned Parenthood
Federation

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

WWW.IPPF.ORG

EL DERECHO a la vida

EL DERECHO a la libertad
y seguridad de la persona

EL DERECHO a la igualdad
y a estar libres de todas las
formas de discriminación

EL DERECHO a la intimidad

EL DERECHO a la libertad
de pensamiento

EL DERECHO
a la información y la educación

EL DERECHO a optar por
contraer matrimonio o no y a
formar y planear una familia

EL DERECHO a decidir tener
hijos o no tenerlos, o cuándo tenerlos

EL DERECHO a la atención a la
salud y a la protección de la salud

EL DERECHO a los beneficios
del progreso científico

EL DERECHO a la libertad de
reunión y de participación política

EL DERECHO a no ser sometido
a torturas y maltrato

1 DERECHOS DE LOS/AS CLIENTES Y NECESIDADES DE LOS/AS PROVEEDORES

1 Introducción

El propósito de los programas de salud sexual y reproductiva es mejorar la calidad de la vida de todas las mujeres, hombres y adolescentes. Para alcanzar este propósito, todos los servicios que reciben los/as clientes deben consistentemente ser de alta calidad y reflejar este ideal.

Desde finales de los años 80, el enfoque especial sobre el concepto de *calidad de atención* y una creciente atención a su importancia, han aumentado la satisfacción de los clientes y han conducido a una mayor demanda y aceptación de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar. Una alta calidad de atención asegura que los/as clientes estén facultados para tomar decisiones informadas, confidenciales y oportunas, respecto a su salud sexual y reproductiva.

Debido a que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar ha sido reconocido como un derecho de todas las personas y parejas, la calidad de atención puede ahora entenderse como un *derecho del cliente*, extendiendo la definición de cliente no solamente a quienes acuden al sistema de atención a la salud en busca de servicios, sino también a todas y cada una de las personas en la comunidad que necesita de tales servicios.

El/la cliente debe estar en el centro de todas las actividades de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar. Un enfoque centrado en el/la cliente, significa que la totalidad de los/as proveedores de estos servicios debe estar consciente de las necesidades de sus clientes, y debe hacer cumplir y respetar sus derechos. Los/as administradores y supervisores también deben estar conscientes de que, para que los derechos de sus clientes se respeten, también deben satisfacerse las *necesidades de los/as proveedores de los servicios*. Tomados en conjunto, los **derechos de los/as clientes** y las **necesidades de los/as proveedores de los servicios**, forman los dos pilares de la calidad de atención en la provisión de tales servicios.

2 Derechos de los/as clientes

El derecho de todas las personas y de las parejas para decidir libremente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, ha estado establecido internacionalmente durante muchos años. La Declaración de Derechos Humanos de Teherán en 1968, por ejemplo, estableció que “los padres tienen el derecho humano básico de determinar libremente y de manera responsable el número y espaciamiento de sus hijos”. La Conferencia Internacional de Población

y Desarrollo (CIPD) de 1994, sostenida en El Cairo, fortaleció esta declaración, y también estableció que es “derecho de las mujeres y los hombres el estar informados/as y tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de su elección, los cuales deben ser seguros, efectivos, pagables y aceptables”.

En línea con estas declaraciones, **los derechos de los/as clientes** pueden perfilarse como sigue:

2.1 Derecho a la información

Todas las personas en la comunidad tienen el derecho a conocer acerca de los beneficios y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para sí mismas y para sus familias. También tienen el derecho a saber dónde y cómo obtener más información y servicios para planificar sus familias y para recibir atención en salud sexual y reproductiva. Todos los programas de salud sexual y reproductiva deben difundir activamente la información sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar, no solamente en los establecimientos de prestación de servicios, sino también a nivel comunitario.

2.2 Derecho al acceso

Todas las personas en la comunidad tienen el derecho de obtener servicios de salud sexual y reproductiva, independientemente de su raza, género u orientación sexual, estado civil, edad, creencias religiosas o políticas, origen étnico o discapacidad, o cualquier otra característica que pudiera hacerlas vulnerables a la discriminación. El cumplimiento de este derecho requiere asegurar el acceso a través de diversos proveedores de atención a la salud, así como a sistemas de prestación de servicios.

Los programas de salud sexual y reproductiva deben dar los pasos necesarios para asegurar que los servicios llegarán a todas las personas que los necesiten, especialmente para quienes esos servicios todavía no son accesibles con facilidad.

2.3 Derecho a elegir

Las personas y las parejas tienen el derecho a decidir libremente si quieren o no controlar su fertilidad y cuál método usar. Cuando están en busca de servicios de planificación familiar, los/as clientes deben tener la libertad de elegir cuál método anticonceptivo desean usar. Los programas de salud sexual y reproductiva deben proporcionar a sus clientes información, educación y consejería libres de prejuicios, así como una gama adecuada de métodos anticonceptivos, para ayudarles a elegir libremente y de manera informada. Los/as clientes deben poder obtener el método que hayan decidido usar, siempre y cuando no haya contraindicaciones para su uso.

Las opiniones de los/as clientes respecto a lo que es aceptable y apropiado cambian con las circunstancias. Por lo tanto, **el derecho a elegir también incluye las decisiones de los/as clientes para discontinuar o para cambiar un método anticonceptivo.**

Hay otro aspecto de la elección que deber ser considerado: siempre y cuando resulte aplicable, los clientes tienen derecho a elegir dónde acudir en busca de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a escoger el tipo de proveedor/a de servicios con el que se sientan más cómodos. La decisión de dónde acudir, puede implicar la selección de un local físico específico, o de una modalidad específica de servicio (ej: servicios comunitarios, farmacia o servicio de venta sin receta médica, hospital, centro de salud, o clínica de salud sexual y reproductiva). **Los/as proveedores de servicios de los sectores público, no gubernamental y privado, deben acoger con agrado el establecimiento de lugares alternativos para la entrega de servicios.**

2.4 Derecho a la seguridad

Los/as clientes tienen el derecho a estar protegidos de embarazos no deseados, enfermedades y violencia sexual; y, al estar recibiendo los servicios de salud sexual y reproductiva, este derecho a la seguridad implica lo siguiente:

- Aunque es ampliamente reconocido que los beneficios de la planificación familiar superan con mucho a los riesgos asociados, los/as clientes tienen el derecho de estar protegidos contra cualquier posible efecto negativo de un método anticonceptivo en su salud física y mental.
- Dado que los embarazos no deseados pueden representar un riesgo para la salud, el derecho a la seguridad también incluye el derecho a la anticoncepción efectiva.
- Al recibir los servicios, los/as clientes también tienen el derecho a estar protegidos contra otros riesgos para su salud, que no estén relacionados con el método anticonceptivo seleccionado (por ejemplo, la protección contra la posibilidad de adquirir una infección a través del uso de instrumental contaminado).

La seguridad está relacionada con la calidad de la provisión de los servicios, incluyendo la idoneidad de las propias instalaciones en donde se proporcionan y la competencia técnica de los/as proveedores de los servicios. Garantizar el derecho del cliente a la seguridad incluye ayudarlo para que haga una selección informada de método, realizar un tamizaje para detectar contraindicaciones, utilizar técnicas apropiadas para proporcionarle el método, enseñarle sobre la adecuada utilización del método, y asegurarse de que haya un seguimiento adecuado. Las condiciones de los lugares de prestación de los servicios, junto con los materiales y el instrumental, deben ser los adecuados para proporcionar servicios seguros.

Cualquier complicación o efecto colateral importante debe recibir un tratamiento adecuado. Si ese tratamiento no está disponible en un lugar o establecimiento de prestación de servicios en particular, el cliente debe ser referido a otro lugar en donde sí lo haya.

2.5 Derecho a la privacidad

Los/as clientes tienen derecho a discutir sus necesidades o preocupaciones en un ambiente privado. Los/as clientes deben saber que sus conversaciones con el/la consejero o con el/la proveedor de servicios no serán escuchadas por otras personas.

Cuando un cliente se somete a examen físico, éste debe realizarse en un ambiente en el que se respete el derecho a la privacidad corporal. El derecho de los/as clientes a la privacidad también implica los siguientes aspectos relacionados con la calidad de los servicios:

- Al recibir consejería o someterse a un examen físico, el/la cliente tiene el derecho de ser informado acerca del rol que juega cada persona presente en el consultorio, además de quienes le están proporcionando los servicios directamente. (ej.: individuos recibiendo capacitación, supervisores, instructores, investigadores, etc.). En los casos en que es necesaria la presencia de individuos recibiendo capacitación, debe obtenerse previamente el permiso de el/la cliente.
- El/la cliente tiene el derecho a saber con anticipación el tipo de examen físico que se le practicará. También tiene derecho a rechazar cualquier tipo de examen físico que le incomode, o a solicitar que el examen le sea hecho por un/a proveedor de servicios diferente.
- Cualquier discusión relacionada con el caso y que se realice en presencia de el/la cliente (particularmente en centros de capacitación), debe involucrar y tomar en cuenta al cliente.

2.6 Derecho a la confidencialidad

Debe asegurarse a el/la cliente que cualquier información que proporcione, o los detalles de los servicios que reciba no serán comunicados a terceros sin su consentimiento. El derecho a la confidencialidad está protegido bajo el juramento Hipocrático. Por lo tanto, los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser realizados de conformidad con los requisitos legales locales y de manera acorde con los valores éticos.

El incumplimiento de la confidencialidad podría causar el rechazo de el/la cliente por parte de la comunidad, o afectar negativamente su estatus matrimonial.

Así mismo, podría disminuir la confianza y seguridad en el personal de un programa de provisión de servicios. De acuerdo con el principio de confidencialidad, los/as proveedores de servicios deben abstenerse de referirse a sus clientes por su

nombre o en presencia de otros/as clientes. La información sobre los/as clientes no debe discutirse fuera de los lugares de servicio. Los registros de clientes deben mantenerse cerrados y archivados inmediatamente después de ser usados. De manera similar, el acceso a los registros de los clientes debe estar bajo control.

2.7 Derecho a la dignidad

Los/as clientes tienen derecho a ser tratados con empatía, cortesía, consideración, atención, y con pleno respeto a su dignidad, sin importar cuál sea su nivel educativo, estatus social, o cualquier otra característica que los distinga o que los pueda hacer blanco de abusos. Para reconocer este derecho de los/as clientes, los/as proveedores de servicios deben ser capaces de hacer a un lado sus prejuicios y actitudes personales respecto al género, estado civil, estatus social, o nivel intelectual, mientras brindan sus servicios.

2.8 Derecho a la comodidad

Los/as clientes tienen derecho a sentirse cómodos mientras reciben los servicios. Este derecho de los/as clientes está íntimamente ligado a la idoneidad y organización de las instalaciones donde se prestan los servicios (ej: los locales deben tener adecuada ventilación, iluminación, asientos e inodoros). Los clientes deben permanecer solamente una cantidad razonable de tiempo en los establecimientos para recibir los servicios requeridos. El ambiente en el que se presten los servicios debe ser acorde con los valores culturales, características y demandas de la comunidad.

2.9 Derecho a la continuidad

Los/as clientes tienen derecho a recibir servicios de salud sexual y reproductiva, y suministros como anticonceptivos, por el tiempo que sea necesario. Los servicios que se presten a un/a cliente específico no deben ser discontinuados a menos que esto sea decidido conjuntamente por proveedor y cliente. En especial, el acceso a otros servicios de salud sexual y reproductiva no debe depender de que el/la cliente continúe utilizando los servicios de anticoncepción. Los/as clientes tienen derecho a solicitar que su expediente clínico sea transferido a otro establecimiento de servicios; y, en respuesta a esta solicitud, el expediente clínico debe ser enviado al otro establecimiento o entregado al cliente.

Las referencias y el seguimiento son otros dos aspectos importantes del derecho de los/as clientes a la continuidad de los servicios.

2.10 Derecho a opinar

Los/as clientes tienen derecho a expresar libremente sus opiniones sobre los servicios que reciben. Las opiniones de los/as clientes sobre la calidad de los servicios, ya sean agradecimientos o quejas, junto con sus sugerencias sobre cambios a la provisión de los servicios, deben ser vistos positivamente dentro de

los esfuerzos permanentes que el programa haga para monitorear, evaluar y mejorar sus servicios.

Idealmente, debe involucrarse a los/as clientes en las etapas de planeación de cualquier programa nuevo o lugar de provisión de servicios nuevo. El objetivo es satisfacer las necesidades y las preferencias de los/as futuros clientes de manera apropiada y aceptable.

Los/as administradores de los programas y los/as prestadores de servicios deben cumplir plenamente con los derechos de los clientes. Esta meta está directamente relacionada con la disponibilidad y la calidad de la información, así como con los servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar.

3 Necesidades de los/as proveedores

Las necesidades de los/as proveedores también tienen que ser atendidas con el fin de hacer realidad los derechos de los/as clientes. Si esas necesidades no son satisfechas – por ejemplo en términos de recursos adecuados, apoyo, conocimientos y capacitación – se vuelve imposible que los/as proveedores de los servicios puedan realmente cumplir con los derechos de los/as clientes. Las necesidades de los/as proveedores de servicios pueden delinearse como sigue:

3.1 Necesidad de (recibir) capacitación

Los/as proveedores de servicios deben tener acceso a los conocimientos y habilidades que necesitan para realizar todas las tareas requeridas por su trabajo. Sería sumamente injusto tanto para los/as proveedores como para sus clientes el requerirles que ejecuten una tarea para la cual no han recibido la capacitación adecuada. Por lo tanto, es responsabilidad de los/as administradores identificar las necesidades de capacitación del personal y tomar las medidas necesarias para proporcionarles la capacitación requerida.

Los administradores de los programas deben tener en mente que las necesidades de capacitación de los/as proveedores incluyen tanto aspectos técnicos como habilidades para la comunicación. La comunicación efectiva es esencial para que el/la cliente comprenda la información básica a la que toda persona tiene derecho, misma que sustentará el proceso de toma de decisiones y las implicaciones de las decisiones que se tomen, incluyendo el análisis de riesgos y beneficios personales. También se necesita una comunicación efectiva para que los/as proveedores logren percibir y comprender la situación de sus clientes.

3.2 Necesidad de (contar con) información

Es necesario mantener informados a todos los/as proveedores de servicios acerca de los temas relacionados con su trabajo. Además, es necesario tomar en cuenta que los/as prestadores de servicio no trabajan aisladamente, y que trabajarán más eficientemente, si se les mantiene informados sobre aspectos relacionados con el trabajo de sus colegas que trabajan en el equipo de prestación de servicios y en otras áreas del programa. Tener acceso a información técnica actualizada, puede ayudar a los/as proveedores a expresarse con autoridad y a actuar con confianza.

3.3 Necesidad de (contar con) infraestructura

Los/as proveedores de servicios necesitan contar con instalaciones físicas y organización apropiadas, para brindar servicios con un nivel aceptable de calidad. Este derecho a contar con infraestructura adecuada concierne no sólo a los servicios brindados en un establecimiento clínico, sino también a los servicios proporcionados a nivel de la comunidad. La necesidad de contar con una organización eficiente es tan importante a nivel comunitario como para los servicios clínicos.

Los/as proveedores de servicios también deben tener la certeza de que su ambiente de trabajo es seguro. Esto incluye la protección contra el riesgo de ser expuesto innecesariamente a una infección, como el VIH/SIDA.

3.4 Necesidad de (tener acceso a) suministros

Los/as prestadores de servicios necesitan un flujo continuo y confiable de suministros de los métodos anticonceptivos y de los materiales necesarios para proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva, consistentes con los estándares apropiados de calidad. Es muy frustrante para un/a proveedor de servicios que está tratando de hacer un buen trabajo, el no poder entregar a sus clientes el método anticonceptivo que desean utilizar. El suministro adecuado de materiales debe incluir material educativo, así como los materiales necesarios para brindar servicios seguros y efectivos a los/as clientes.

3.5 Necesidad de recibir asesoramiento

Los proveedores de servicios necesitan orientación clara, relevante y objetiva: esto es, el tipo de orientación que fortalezca su compromiso y su capacidad para brindar servicios de alta calidad. Esta orientación debe proporcionarse en forma de guías escritas, de listas de verificación que sean prácticas y de una supervisión que sea efectiva y que brinde el apoyo necesario.

3.6 Necesidad de apoyo

Los/as prestadores de servicios necesitan tener la certeza de que, cualquiera que sea el nivel de atención en el cual ellos trabajen – desde el nivel comunitario

hasta el establecimiento clínico más completo – ellos/as son miembros de un grupo de mayor tamaño, en el cual los individuos o las unidades pueden apoyarse mutuamente. Para cumplir con su compromiso con la calidad de atención, los proveedores pueden verse en la necesidad de solicitar una consulta o apoyo técnico, o de referir a sus clientes a otro proveedor o a otro nivel de atención. Los programas de salud sexual y reproductiva y planificación familiar, deben desarrollar los mecanismos para facilitar este proceso.

3.7 Necesidad de respeto

Los programas deben otorgar el reconocimiento a los/as proveedores de servicios por su competencia y su potencial, y respetar sus necesidades humanas. También es necesario que el sistema les apoye en sus esfuerzos por ganarse el respeto de sus clientes. Por ejemplo, debe darse atención adecuada a las referencias hechas por los/as trabajadores comunitarios hacia las instalaciones clínicas y, el personal clínico, debe mostrar respeto y consideración por las preocupaciones de los trabajadores comunitarios.

Es necesario evitar las conductas que puedan afectar negativamente el respeto de los clientes hacia los/as proveedores de servicios – ej.: llamarles la atención por errores o problemas en presencia de clientes, de una manera tal que les pudiera causar pena o vergüenza.

Los/as proveedores de servicios deben estar protegidos de cualquier acoso o abuso en forma verbal, psicológica y física por parte de los/as clientes, de otro personal y de las personas que los supervisan.

3.8 Necesidad de aliento

Los/as proveedores de servicios necesitan recibir aliento para desarrollar su potencial y su creatividad. Debe animárseles a trabajar a un nivel de autonomía acorde con sus capacidades. Debe fortalecerse su motivación y compromiso con la calidad de atención. La motivación y el compromiso son los ingredientes más importantes para tener servicios exitosos de salud sexual y reproductiva y planificación familiar, que funcionen a niveles aceptables de calidad.

3.9 Necesidad de retroalimentación

Los/as proveedores de servicios necesitan recibir retroalimentación sobre la opinión de otras personas acerca de su competencia y sus actitudes. Saber esto les ayudará a mejorar su desempeño y a responder mejor a las necesidades de sus clientes. Es necesario recibir retroalimentación de todas las personas que están involucradas en el sistema de prestación de servicios, incluyendo a los/as administradores, supervisores, otros prestadores de servicios y, sobre todo, de los/as clientes. La retroalimentación funciona mejor si se ofrece de manera positiva y constructiva. Debe darse a los/as proveedores de servicios la

oportunidad de mejorar su desempeño, basándose en el conocimiento de cómo son vistos por los demás.

Si los/as proveedores de servicios están motivados hacia la calidad de atención y son alentados continuamente a mejorar, la retroalimentación será un medio efectivo para mejorar la calidad de la atención.

3.10 Necesidad de expresar opinión

Todos los/as proveedores de servicios, independientemente del nivel de atención en el cual estén trabajando, necesitan poder expresar sus puntos de vista sobre la calidad y la eficiencia del programa. Pero también necesitan ser escuchados y saber que sus opiniones son tomadas en cuenta cuando se toman decisiones administrativas.

Quienes definen las políticas y los/as administradores de los programas, deben evaluar e interesarse por las necesidades de los/as prestadores de servicio, para asegurar que los servicios sean de buena calidad. Esta es la mejor manera de cumplir con los derechos de los/as clientes y de mantener la credibilidad y reputación del programa.

Foto: Fatiha Terki/Vietnam



2

CONSEJERÍA

2 CONSEJERÍA

1 ¿Qué es la consejería?

La consejería es un proceso de comunicación interpersonal y directa, mediante el cual una persona ayuda a otra persona, pareja, familia o grupo a identificar sus necesidades, a tomar decisiones y hacer elecciones apropiadas. La consejería en anticoncepción es una conversación estructurada entre dos o más personas que ayudan a uno o más participantes a analizar a profundidad asuntos particulares que la persona enfrenta con respecto a necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR) y anticoncepción, a explorar sus sentimientos y a encontrar formas de manejarlos. Los/as proveedores que hacen la consejería alientan a las personas a reconocer y a desarrollar su propia capacidad, de tal forma que puedan resolver de manera más efectiva las cuestiones que les preocupan.

La consejería no solamente ayuda a las personas con sus necesidades inmediatas, sino que también les apoya para reconocer y depender de sus propios recursos, mismos que pueden usar para resolver problemas futuros que se les presenten. La consejería se refiere a crear nuevas perspectivas y cambios. El cambio puede producirse dentro de la persona (ayudándola a sentirse diferente respecto a una situación); afectar su comportamiento (ej.: practicando relaciones sexuales más seguras); o bien, producir algún cambio en el entorno.

La consejería en anticoncepción pretende ayudar a las personas a:

- Entender su situación de una manera más clara.
- Identificar una gama de opciones para mejorar esa situación.
- Elegir, incluyendo la selección de métodos anticonceptivos, que se ajusten a sus valores, características, sentimientos y necesidades.
- Tomar sus propias decisiones y actuar en consecuencia.
- Sobreponerse mejor a cualquier problema.
- Desarrollar habilidades para la vida como ser capaz de hablar sobre el sexo con la pareja.
- Proporcionar apoyo a otras personas a la vez que se preserva su propia fortaleza.

2 Consejería en el contexto de la salud sexual y reproductiva

En el contexto de la salud sexual y reproductiva, la consejería puede utilizarse para realizar una variedad de tareas que incluyen:

- Decidir si ella, él, o ellos necesitan y desean usar un método anticonceptivo.
- Tomar una decisión informada y libre acerca de un método anticonceptivo.
- Aprender acerca del método seleccionado.
- Usar el método seleccionado de manera apropiada.
- Sobreponerse a la ansiedad y tomar las decisiones adecuadas en caso de que ocurran problemas.
- Ayudar a aminorar las preocupaciones acerca de las infecciones de transmisión sexual (STI) y/o infección por VIH.
- Preparar a las parejas para la paternidad/maternidad.
- Tomar decisiones informadas acerca de amamantar.
- Ayudar a las mujeres a decidir si terminar o no un embarazo.
- Discutir cualquier tema alrededor de la sexualidad y las relaciones sexuales, infertilidad, menopausia y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva.

La consejería efectiva es particularmente importante para ayudar a las personas que tienen preocupaciones respecto a su salud sexual y reproductiva, debido a que muchas de ellas se sienten incapaces de hablar con sus familiares o amigos acerca de estas preocupaciones. Algunas personas pueden inclusive sentirse incapaces de hablar con sus parejas acerca de anticonceptivos, sexo más seguro o un diagnóstico de ITS. Estas situaciones pueden ser complejas y los/as clientes necesitan tiempo para discutir las y tomar la decisión más apropiada.

Los/as proveedores que hacen la consejería en planificación familiar/salud reproductiva tienen muchas oportunidades para informar a sus clientes sobre temas de salud sexual y reproductiva incluyendo la planificación familiar. Al expandir la consejería de planificación familiar a la consejería de salud sexual y reproductiva, el/la cliente es observado de una manera integral o holística. Por lo general, esto es de mayor ayuda para el/la cliente en términos de la planificación familiar y su vida sexual, y hace que los/as clientes sientan que el/la proveedor se preocupa por ellos como personas y no solamente como aceptantes de anticonceptivos. Se maximiza la utilización de las instalaciones existentes. Los/as proveedores que hacen la consejería ya han sido capacitados, están acostumbrados a informar y la comunidad tiene confianza en ellos y el/la proveedor puede comunicarse con un grupo más amplio de clientes con necesidades insatisfechas, incluyendo la gente joven, hombres y personas que no están en riesgo de embarazo.

3 ¿Quiénes pueden dar consejería?

En muchas circunstancias clínicas, puede ser que no haya una persona especialista, sino varias personas que forman parte del personal clínico como enfermeras, educadoras, recepcionistas, doctoras y trabajadoras comunitarias, quienes podrían ser entrenadas para proporcionar consejería. Las personas que están motivadas para hacer la consejería, tienen más probabilidades de convertirse en consejeras competentes y que practican la empatía. Los/as administradores deben motivar y apoyar a proveedores de servicios y a trabajadores comunitarios o voluntarios, para que se involucren en consejería. Todos los/as miembros del personal y trabajadores comunitarios que proporcionan consejería en forma regular u ocasional, deben recibir la capacitación apropiada en habilidades de consejería y de comunicación.

Para brindar consejería la persona necesita:

- Tener conocimientos acerca de:
 - Temas relevantes de salud sexual y reproductiva.
 - Todos los recursos disponibles para asuntos de salud sexual y reproductiva en su localidad, incluyendo prevención del VIH, apoyo y/o atención para víctimas de violencia basada en género. (Los/as proveedores pueden dibujar un mapa con el fin de localizar los recursos en su distrito o localidad, para utilizarlo al referir a sus clientes conforme sea necesario).
 - Tendencias y cambios en las necesidades de salud sexual y reproductiva.
- Estar motivada y comprometida.
- Tener habilidades para la consejería, incluyendo:
 - Escuchar activamente.
 - Comunicar en forma no verbal.
 - Parafrasear.
 - Formular preguntas.
 - Reflejar sentimientos.
 - Proporcionar información.
- Tener las actitudes correctas, incluyendo:
 - No actuar basada en prejuicios.
 - No imponer sus propios valores a sus clientes.
 - Ser cálida y accesible.
 - Demostrar empatía.
 - Tener respeto por sus clientes.
 - Estar comprometidas con el bienestar de sus clientes.

- Estar abierta a aprender continuamente y a partir de sus propios errores.
- Conocerse a sí misma.
- Tener conocimientos sobre la vida y la gente con diferentes culturas y formas de vida.

4 El ambiente físico

Es importante hacer sentir a los/as clientes relajados, seguros y confidentes.

La creación de un ambiente seguro para la consejería incluye la consideración del ambiente físico. En donde sea que tenga lugar la consejería, ya sea en el hogar o en la clínica, ésta debe ocurrir en forma **privada**.

- Asegúrese de que la consejería se da en privado y que es confidencial, de tal manera que cada cliente se sienta cómodo para discutir factores de riesgo, incluyendo comportamiento sexual.
- Proporcione un espacio en donde los niños/as acompañantes puedan jugar bajo supervisión, mientras la madre participa de la sesión de consejería.
- Asegúrese de que la habitación está arreglada de tal forma que la comunicación entre proveedor/a y cliente sea privada y confidencial; y que facilite la comunicación entre cliente y proveedor/a.
- Utilice ayudas visuales para facilitar las discusiones, tales como rotafolios, carteles con información acerca de la anatomía y anticonceptivos o modelos pélvicos.

El enfoque y actitud del/la proveedor/a son cruciales. El/la proveedor/a puede hacer que sus clientes se sientan seguros y en confianza al tratarlos en forma cálida y respetuosa, y al comunicarse con ellos/as en un lenguaje y usando terminología que puedan comprender. La apariencia y enfoque del/la proveedor/a debe ser tal que los/as clientes no se sientan dominados, sino que se sientan lo suficientemente seguros para expresarse abiertamente. Cuando sea posible y práctico, proporcione la consejería tanto al cliente como a su pareja; y/o, cuando sea apropiado, también a la familia.

- Tan pronto como conozca a sus clientes, déles su atención completa.
- Salúdeles cortésmente y preséntese (nombre y título).
- Explíqueles que cualquier información que compartan con usted será confidencial.
- Pregunte a sus clientes cuál es la razón de su visita y cómo puede ayudarles.
- Escuche de manera atenta y demuéstrela a través de lenguaje corporal positivo y comunicación no verbal.

- De a sus clientes suficiente tiempo para expresar sus ideas y para tomar sus propias decisiones. Valore el silencio mientras que el/la cliente piensa profundamente o se sobrepone a sus emociones.
- Esté consciente de diferencias culturales posibles o conocidas entre usted y su cliente y solicite una explicación completa si usted no entiende o necesita saber más acerca de algún tema.
- Una buena comunicación interpersonal requiere de contacto visual apropiado. Sin embargo, esto puede no siempre ser aceptable desde el punto de vista cultural.
- No escriba y escuche al mismo tiempo. Ponga su atención completa al escuchar y, posteriormente, tome notas con el permiso del/la cliente si necesita hacerlo.
- Motive a su cliente a hablar o continuar hablando, mediante el uso de frases como: "ya veo", "continúe por favor", etc. Estos pequeños signos son vitales para mostrar que usted está interesado/a y satisfecho/a de que su cliente se esté expresando.
- Apoye a sus clientes para hablar acerca de sus necesidades y motiveles para formular cualquier pregunta que les ayude con sus necesidades de salud sexual y reproductiva.
- Explíqueles que las preguntas que usted formula son para ayudarles a resolver sus necesidades.
- Ayude a sus clientes a concentrarse en cuestiones sobre las que se puede provocar activamente un cambio positivo, en lugar de abrumarse con el tema o problema en su totalidad. Ayúdeles a identificar a otras personas en las que pueden confiar y de las que pueden recibir ayuda.
- Trate de responder a las preguntas de sus clientes de manera honesta, precisa y completa, por muy difíciles que esas preguntas sean. No ayude a los/as clientes el darles falsas esperanzas, con el fin de evitarles preocupaciones.
- Involucre a sus nuevos/as clientes en el proceso de llenar los formularios necesarios de manera precisa y completa. Para clientes que continúan con la consejería, involúcreles en la actualización de sus registros con cualquier información nueva.
- Si la consejería tiene lugar en una clínica, a diferencia de que si se realiza en el hogar del cliente o en otro lugar en la comunidad, explíquelo los pasos de la visita a la clínica, incluyendo con qué proveedores de servicios se entrevistará, qué exámenes y pruebas se le practicarán y las razones de por qué son necesarios, cuánto durará la visita y si algún pago es necesario o no.
- Refiera al cliente a otros servicios conforme sea necesario.
- Proporcione apoyo continuo, pero evite la dependencia y ayude a sus clientes a desarrollar sus propias habilidades para arreglárselas por sí mismos.

5 El vínculo entre educación/información y consejería

La información que obtengan los/as clientes en forma previa, hará que el proceso de consejería sea más fácil y ahorrará tiempo durante las entrevistas personales. Los/as clientes deben conocer acerca de planificación familiar, anticoncepción, sexo más seguro, ITS, VIH/SIDA y otros temas de salud sexual y reproductiva a través de actividades educativas, incluyendo carteles y folletos (en el lenguaje apropiado) colocados en las áreas de espera; filmes o videos; y al tomar parte en discusiones grupales. **El tiempo que se pasa en las áreas de espera debe usarse para educar a los/as clientes sobre salud reproductiva, anticoncepción, prevención de ITS/VIH/SIDA y otros temas de salud sexual y reproductiva.**

La consejería es parte del proceso de información y educación. El proporcionar información y educación antes de la consejería, puede ahorrar tiempo en la consejería individual, pero el/la proveedor/a debe aún verificar si su cliente entiende los hechos básicos en relación con su propia vida.

Durante la *consejería individual*, el aprendizaje se aumenta cuando las/los clientes reciben información y educación referente a sus necesidades específicas.

En *reuniones informativas grupales*, el/la proveedor (o un video o folleto impreso) proporciona los hechos básicos acerca de un tema (ej.: planificación familiar, anticonceptivos, sexo más seguro, ITS, VIH/SIDA, rutas de transmisión, ventajas y desventajas potenciales de someterse a una prueba de VIH y el proceso de consejería para la prueba. El/la proveedor de servicios o el video deben proporcionar la información en una forma clara e interesante, que se relacione con la vida de las personas asistentes. Pregunte al grupo si se tiene alguna pregunta y aliente la discusión a través de la entrega de información. Si usted tiene suficiente tiempo, propicie la discusión después de presentar cada tópico. Advierta al grupo que usted no puede garantizar la confidencialidad y que es más seguro hablar acerca de temas en forma general que revelar información personal. El acceso a la información personal puede tener lugar posteriormente, en la sesión de consejería individual. El tamaño ideal del grupo depende del lugar de reunión y del tiempo disponible; entre diez y veinte personas es un número que permite oportunidades para la discusión.

En ciertas situaciones y bajo ciertas normas culturales que giran alrededor de los asuntos de salud sexual y reproductiva, puede preferirse la *consejería grupal*, como la que se da con la familia (extendida) o con agrupaciones comunitarias. En la consejería grupal, el/la proveedor/a guía el proceso de desarrollo de la empatía, la exploración de temas relacionados con la prevención, opciones para la reducción de riesgos y otros elementos de información sobre salud sexual y reproductiva. En estos

casos, el grupo es más reducido (quizá hasta diez personas) y conformado con personas que se sienten cómodas al hablar en presencia de las otras (ej.: grupos del mismo sexo con edad y estatus similares, parejas o familias). Esas personas pueden compartir sus sentimientos y experiencias pero bajo el entendimiento de que la confidencialidad no está garantizada. El grupo puede compartir estrategias exitosas para sexo más seguro, apoyarse y alentarse unos a otros, y terminar la sesión con una mayor comprensión de sus opciones, sus propios sentimientos y valores.

6 Consejería en anticoncepción

6.1 Selección del método

Los/as clientes deben tomar sus propias decisiones respecto a cuál método anticonceptivo es el más apropiado para ellos. El/la proveedor/a debe ayudar a cada cliente a armonizar sus necesidades de planificación familiar y preferencias con un método seguro y apropiado.

Si el/la cliente está visitando la clínica para comenzar a utilizar un método anticonceptivo, pregúntele si tiene en mente un método en particular.

Si el/la cliente está considerando un método en particular:

- Trate de determinar, mediante la discusión y revisión de la historia médica y social de su cliente, si el método es apropiado para sus características, necesidades y circunstancias.
 - Si el método es apropiado, determine si el/la cliente conoce acerca de otras opciones anticonceptivas y asegúrese de verificar si la elección del método es consistente.
 - Si el método no es apropiado (ej.: si la mujer está amamantando, si han pasado menos de 6 meses después del parto y desea usar anticonceptivos orales combinados; o si es improbable que un método de barrera sea utilizado correctamente cuando un embarazo no deseado puede constituir un alto riesgo), explique las desventajas de utilizar ese método, e informe a el/la cliente acerca de otras opciones de métodos anticonceptivos más apropiados.
- Si, después de discutir todas las opciones anticonceptivas el/la cliente elige el método preferido originalmente, el método podrá ser proporcionado si los beneficios compensan los riesgos y si no existen contraindicaciones absolutas.
- **Si el/la cliente tiene una contraindicación relativa y se le proporciona el método, aconséjele acerca de los signos de peligro relevantes para su condición.** En estos casos, puede ser necesaria la participación de un miembro del personal con mayor jerarquía en el proceso de tamizado y consejería.

Si el/la cliente no está considerando algún método en particular:

- Pregúntele cuáles métodos anticonceptivos conoce. Esto le da a usted la oportunidad de determinar qué tanto sabe su cliente, y la oportunidad de corregir cualquier información equivocada que su cliente pudiera tener.
- Brevemente, descríble los diversos métodos anticonceptivos. Proporcíonele información adicional sobre aquellos métodos que le interesen. Muéstrelle los métodos y permítale que los examine. Asegúrese de incluir información sobre los siguientes aspectos:
 - Cómo funciona el método.
 - Efectividad del método.
 - Contraindicaciones médicas.
 - Posibles efectos colaterales.
 - Ventajas.
 - Desventajas.
- Aliente la formulación de preguntas.
- Discuta las ventajas y desventajas de los diferentes métodos en relación con las características y necesidades de el/la cliente (ej.: situación familiar actual, capacidad para recordar que debe tomar una píldora todos los días, cooperación del compañero sexual, frecuencia de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales). Advierta a su cliente que, con la excepción de los métodos de barrera, ningún otro método proporciona protección en contra del VIH (ver el capítulo 14: Infección por VIH y SIDA).
- Determine si el/la cliente está listo para decidirse por un método, preguntándole específicamente: "¿Cuál método ha decidido utilizar?"
- Aún después de haber escuchado acerca de todas las opciones anticonceptivas disponibles, el/la cliente pudiera todavía no ser capaz de decidirse por un método, y pudiera pedirle a usted que le recomiende uno. Mediante educación y consejería continuas, las opciones se le irán aclarando, y eventualmente el/la cliente podrá tomar su propia decisión. Mientras tanto, sugiérale un método que se adecue lo mejor posible a sus características y necesidades particulares. Si procede de esta forma, explíquele las razones por las cuales le recomienda ese método en particular, y asegúrese de que su cliente las ha comprendido y que está de acuerdo con la recomendación. Si su cliente no está de acuerdo, recomíndele otro método, hasta encontrar uno con el cual el/la cliente quede satisfecho. Si todavía hay dudas, déle más tiempo para que valore toda la información antes de tomar una decisión.

Nunca trate de imponer un método en contra de la voluntad de un cliente.

Situaciones especiales

- Algunos/as clientes, por razones de salud, no pueden utilizar el método que han seleccionado. Cuando esto ocurra, explíqueles cuáles son las contraindicaciones y ayúdeles a escoger otro método.
- **Si el/la cliente selecciona un método que usted no tenga disponible o que no ofrezca, refiérase a otro centro de atención donde sí pueda obtener ese método.** Mientras tanto, ayúdele a escoger un método que pueda utilizar hasta que el método preferido esté disponible.
- Si el/la cliente selecciona la esterilización femenina o masculina, necesitará recibir consejería especial, ya que éstos son métodos permanentes. El/la cliente debe firmar un formulario específico de consentimiento informado (ver el capítulo 8: Esterilización femenina y masculina).

6.2 Explicación sobre cómo usar el método seleccionado

- La información específica que debe recibir el/la cliente acerca de cada uno de los métodos está anotada en la correspondiente sección de cada capítulo de estas Pautas. Las siguientes son áreas generales que deben ser cubiertas al discutir el método anticonceptivo seleccionado:
 - Cómo utilizar el método.
 - Posibles efectos colaterales.
 - Manejo de los efectos colaterales.
 - Señales de alarma que indican la necesidad de seguimiento médico, y dónde obtener este seguimiento.
 - Información sobre reabastecimiento, en los casos en que esto sea pertinente.
 - Cuándo tendrá lugar la siguiente visita de seguimiento.
- Pregunte a sus clientes lo que han entendido de cada uno de los puntos anteriores; pídale que repitan las instrucciones con sus propias palabras. Si es necesario, repita las instrucciones, haciendo énfasis en los puntos que el cliente no ha comprendido bien. Corrija cualquier malentendido y proporcione cualquier información que haga falta.
- Proporcione a cada cliente información impresa sobre el método seleccionado y en un lenguaje apropiado a su nivel de lectura. Al atender a clientes analfabetas/os, proporcióneles material gráfico cuidadosamente diseñado, como apoyo a la consejería individual. Estos materiales son de especial importancia para métodos tales como las píldoras y los métodos de barrera, cuya efectividad depende de su uso correcto.

- Explique a el/la cliente cuándo debe regresar a la clínica para el seguimiento de rutina y para el reabastecimiento. También explíquelo que, en los siguientes casos, es especialmente importante la visita de seguimiento:
 - Si tiene efectos colaterales.
 - Si tiene preguntas.
 - Si quiere cambiar de método.
 - Si quiere dejar de utilizar el método.

6.3 Retorno para seguimiento

Por lo general, los clientes necesitan más de una visita para lograr comprender a fondo la información sobre planificación familiar; el ayudar a los clientes a planificar sus familias a lo largo de su vida reproductiva es un proceso continuo. Por ello, las visitas de seguimiento son una oportunidad importante para:

- Reforzar la decisión de los/as clientes de planificar su familia.
- Discutir cualquier problema que estén teniendo con el método seleccionado.
- Contestar cualquier pregunta que tengan.
- Explorar la posibilidad de que hayan habido cambios en la salud o en la situación personal de el/la cliente, tales que indiquen la necesidad de cambiar de método anticonceptivo o de suspender el uso del método.

Durante la visita de seguimiento:

- Revise brevemente el expediente, para verificar los detalles principales de la historia de salud reproductiva del cliente.
- Pregunte al cliente cómo se siente con el método y si tiene alguna pregunta.
- Si el cliente está teniendo algún problema con el método, valore la naturaleza del problema y discuta posibles soluciones.
- Si el problema es un efecto colateral, valore su severidad y ofrezca sugerencias a su cliente sobre cómo manejarlo, o refiérale para tratamiento.
- Si el/la cliente ya no está utilizando el método, pregúntele el porqué (puede ser debido a problemas relacionados con un malentendido, efectos colaterales, o por haberse agotado la provisión). Si el/la cliente todavía desea utilizar un método anticonceptivo, responda a sus preguntas y proporcionele información que le permita continuar con un método anticonceptivo de su elección.
- Si el/la cliente todavía está utilizando el método, determine si lo está utilizando correctamente. En caso necesario, déle instrucciones sobre el uso correcto del método.

- Asegúrese que el/la cliente reciba reabastecimiento y, si es necesario, un examen apropiado.
- Ayude al cliente a seleccionar otro método si el/ella no está satisfecho con el actual, si su situación ha cambiado, o si el método que está utilizando ya no es seguro.
- Si una cliente desea embarazarse, ayúdele a suspender el uso del método y proporcíonele información sobre el retorno de la fertilidad. Haga énfasis en la importancia de los servicios prenatales y dónde obtenerlos.

6.4 Problemas usando el método

- Si un/a cliente busca ayuda debido a problemas con su método, es importante que los/as proveedores de servicio atiendan sus necesidades psicológicas y su condición médica. **Reconforte al cliente y déle apoyo emocional.**
- Si el/la cliente está descontento con el método que utiliza, pregúntele el porqué; si lo considera apropiado, déle la información pertinente sobre el método, o aconséjele sobre otras opciones anticonceptivas.
- Si un cliente está teniendo complicaciones que indiquen que el método debe ser discontinuado, aconséjele sobre otras opciones anticonceptivas.

6.5 Falla del método

Si ha ocurrido un embarazo, es necesario discutirlo con el/la cliente (idealmente con ambos miembros de la pareja) y darle toda la información y el apoyo que pueda necesitar. Trate de determinar si el embarazo ha sido por falla del método y, si es posible, identifique los factores que hayan contribuido a ello. (Por favor refiérase a los capítulos sobre cada método específico).

Por lo general no es posible predecir con certeza cuál será el efecto del embarazo sobre la mujer y sobre su pareja. Las reacciones inmediatas pueden ser muy variadas. Los/as proveedores de servicio deben ser sensibles y comprensivos ante sentimientos cambiantes y proporcionar el apoyo conforme sea requerido.

La cliente debe ser apoyada y alentada a que regrese para recibir más consejería si así lo desea.

- *Si la mujer planea continuar con el embarazo:* Aconséjela sobre la importancia de los cuidados prenatales tempranos, la consejería en nutrición, y dónde obtener estos servicios. Si es necesario, refiérala a donde pueda obtenerlos.
- *Si la mujer no desea continuar con el embarazo:* Debe dársele consejería acorde a las leyes y reglamentos locales. Explíquelo a la cliente los peligros de las prácticas abortivas no seguras.

6.6 Integrando la consejería en ITS y VIH/SIDA

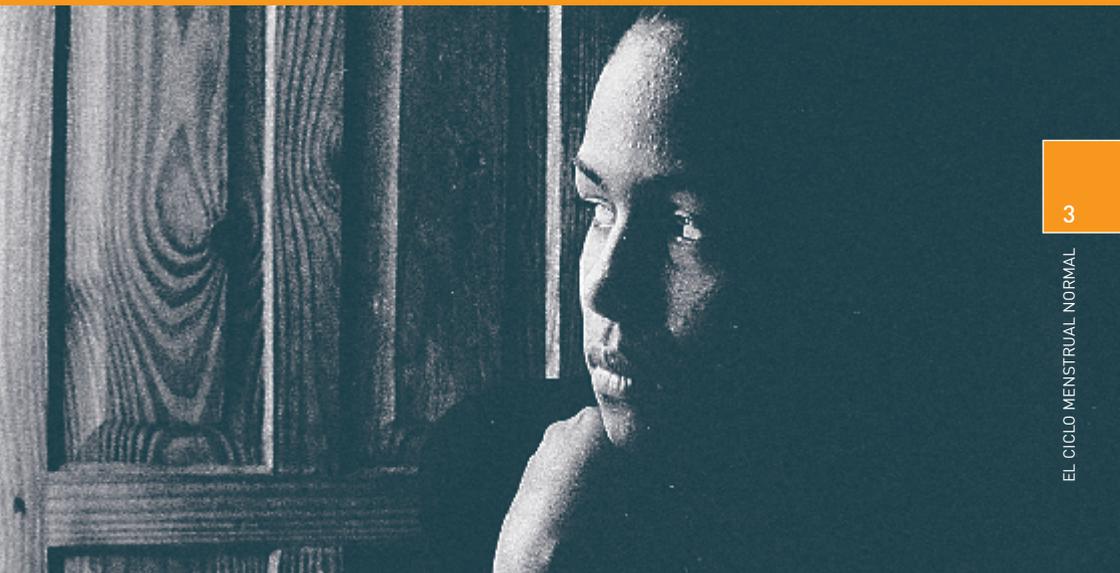
Las/os proveedores/as que están involucrados principalmente en planificación familiar, pueden considerar que la consejería o asesoramiento en ITS y VIH/SIDA es una tarea adicional que involucra toda clase de problemas difíciles de resolver. Ellos/as necesitarán comprender los beneficios de integrar el asesoramiento de VIH/SIDA, tener la oportunidad de expresar sus preocupaciones, e identificar el apoyo que necesitarán.

Las ITS incluyendo el VIH/SIDA son problemas graves y todos/as los clientes deben comprender los riesgos y decidir cómo protegerse. Para cada método anticonceptivo, las/os proveedores de servicios deben explicar si protegen o no contra las ITS/VIH y promover la doble protección cuando sea apropiado [ver el capítulo 14: Infección por VIH y SIDA].

7 Consejería para grupos con necesidades especiales

Los programas que atienden clientes con necesidades especiales deben asegurarse de que quienes proporcionan los servicios de consejería estén bien capacitados en cuanto a las necesidades de esos grupos y sobre los enfoques que puedan ser útiles. Ejemplos de esos grupos incluyen a los/as adolescentes, así como a poblaciones analfabetas o con bajo nivel educacional.

Foto: Miguel Cruz/República Dominicana



3

EL CICLO MENSTRUAL NORMAL

3 EL CICLO MENSTRUAL NORMAL

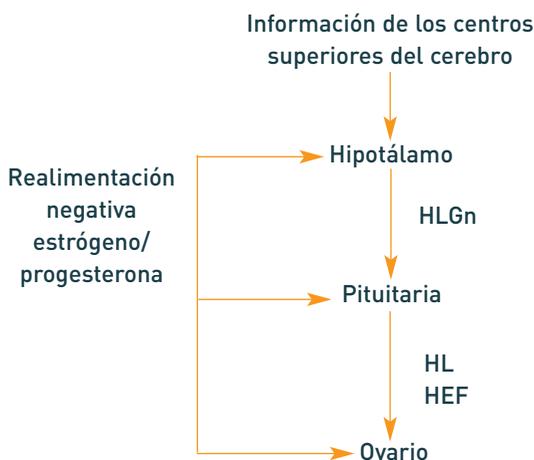
1 Introducción

Un conocimiento básico acerca de la biología y fisiología del ciclo menstrual, facilita la comprensión de los mecanismos de reproducción y de la acción de varios métodos anticonceptivos. El desarrollo sexual y la función reproductiva están regulados por la interacción del hipotálamo, la glándula pituitaria y los ovarios (el eje hipotálamo-pituitaria-ovario).

Al principio del desarrollo puberal, la sensibilidad del eje hipotálamo-pituitaria-ovario cambia (ver Figura 3.1). El hipotálamo comienza a liberar su péptido principal, la hormona liberadora de gonadotropina (HLGn), de una manera pulsátil. Esto, a su vez, estimula la pituitaria para liberar las gonadotropinas: hormona estimuladora del folículo (HEF) y la hormona luteinizante (HL). Estas gonadotropinas de la pituitaria estimulan los ovarios de una manera cíclica, induciendo la producción de esteroides ováricos – andrógenos, estrógenos y progesterona. Los andrógenos y estrógenos ováricos, junto con los andrógenos provenientes de otras glándulas adrenales (notablemente la dehidroepiandrosterona), inducen los cambios puberales en la mujer, en particular:

- Desarrollo de las mamas;
- Crecimiento del vello pubiano; y
- Maduración de los órganos genitales, incluyendo la proliferación del endometrio.

Figura 3.1 El eje hipotálamo-pituitaria-ovario



La menarquia o primera menstruación, usualmente no es precedida por una ovulación, pero conforme el eje hipotálamo-pituitaria-ovario se desarrolla, se va estableciendo el ciclo ovárico. El estrógeno y la progesterona tienen un efecto inhibitorio en el hipotálamo y la pituitaria (retroalimentación negativa), regulando homeostáticamente la liberación de gonadotrofinas. En la fase periovulatoria, las concentraciones crecientes de estradiol estimulan el hipotálamo/pituitaria para producir un aumento repentino de (HL), lo cual a su vez induce la liberación del óvulo del ovario.

Otros factores pueden modular la función cíclica del eje hipotálamo-pituitaria-ovario. Estas influencias incluyen:

- Actividad de las glándulas tiroideas y adrenales, como se muestra por la asociación del hipotiroidismo y los trastornos menstruales.
- Estímulos olfatorios, visuales y emocionales, algunos de los cuales operan vía neurotransmisores como la catecolaminas, dopamina, serotonina y opioides. El sistema límbico y el cuerpo pineal también influyen en la función hipotalámica, en parte debido a la melatonina.
- Factores nutricionales, como se muestra por la inhibición del ciclo menstrual durante los trastornos alimenticios o enfermedades crónicas.

2 El ciclo ovárico

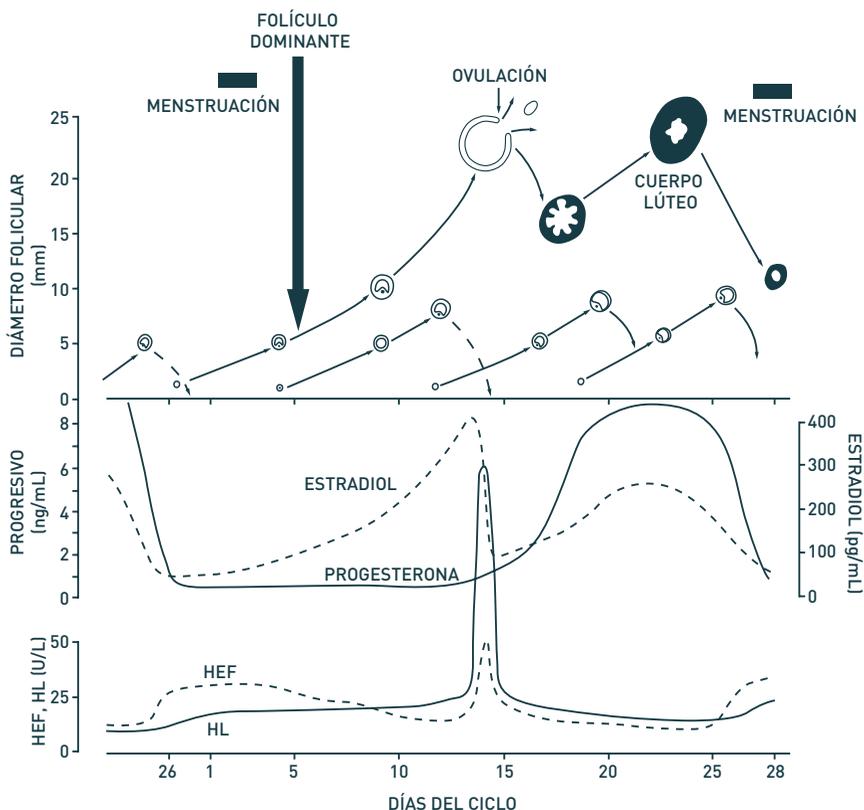
Cada ovario fetal contiene entre 6 y 7 millones de folículos primordiales inmaduros, solamente algunos de los cuales se desarrollarán y producirán un óvulo aproximadamente cada mes durante la vida fértil de la mujer. La mayoría de los folículos están destinados a seguir un ciclo de crecimiento y atresia, hasta que la población de folículos "expira" en la menopausia.

El ciclo ovárico (ver Figura 3.2) describe los eventos que ocurren en el ovario durante el ciclo menstrual antes, durante y después de la ovulación. El ciclo ovárico se divide en la fase folicular (pre-ovulatoria) y la fase lútea (post-ovulatoria).

2.1 Fase folicular

La HEF aumenta poco antes de la menstruación, estimulando el crecimiento y la maduración de un grupo de folículos ovarianos. La maduración de los folículos produce estrógenos, principalmente estradiol. Alrededor de los días 5 a 7 del ciclo, uno de los folículos se convierte en el dominante, y el óvulo que será liberado del ovario, se desarrolla en su interior. Los otros folículos en maduración

Figura 3.2 El ciclo ovárico



dentro del grupo sufren una recesión y se vuelven atróficos. Pequeñas cantidades de HL son liberadas continuamente a lo largo del ciclo, de nuevo de manera pulsátil. Entre 24 y 48 horas antes de la ovulación, un aumento repentino en la producción de estradiol por el folículo dominante provoca un aumento de HL proveniente de la pituitaria. Este es el estímulo final para la ovulación – ruptura del folículo de Graaf maduro y liberación del óvulo.

La HFE y la HL pueden ser medidas en el plasma. Sus concentraciones están en relación inversa con respecto a la actividad ovariana, y permanecen constantemente altas durante la menopausia.

2.2 Fase lútea

Después de la ovulación, las paredes del folículo reventado se colapsan. Las células en la pared acumulan lípidos y el pigmento caroteno, mismo que les da una apariencia amarillenta. Con esta transformación, el folículo se convierte en el cuerpo lúteo (cuerpo amarillo). El cuerpo lúteo produce estradiol, progesterona y andrógenos. La progesterona domina esta fase del ciclo y prepara al endometrio para recibir el ovulo fertilizado si la fertilización ocurre. Si la fertilización no ocurre, o si el ovulo fertilizado fracasa en implantarse, el cuerpo lúteo sufre una regresión entre 11 y 14 días posteriores a la ovulación. Las concentraciones de estradiol y progesterona a la mitad de la fase lútea, suprimen la liberación de HEF y HL de la pituitaria. La atresia del cuerpo lúteo, si no ocurre la implantación, disminuye el estrógeno y la progesterona en la circulación, retirando con ello el apoyo de estas hormonas al endometrio y conduciendo a la menstruación.

3 Ciclo endometrial

El ciclo ovárico de la producción de estrógeno antes de la ovulación, seguida por estrógeno y progesterona en la fase post-ovulatoria, se refleja en el endometrio. El endometrio prolifera en elementos tanto glandulares como estromales bajo la estimulación del estrógeno, en la que es denominada *fase proliferativa*. Después de la ovulación, bajo los efectos de la progesterona, el endometrio experimenta cambios secretorios en las glándulas e inflamación de las células estromales, en la que es denominada *fase secretoria*. Conforme las concentraciones de estrógeno y progesterona disminuyen al final de la fase secretoria, las arteriolas endometriales se contraen, conduciendo a una isquemia superficial y a la eliminación del endometrio. La expulsión del útero de este material endometrial, acompañado de sangre, es lo que constituye el período menstrual. El endometrio inicia su reparación a través de la proliferación de células glandulares basales, en un período de 48 horas.

4 Ciclo cervical

En la fase pre-ovulatoria temprana del ciclo menstrual, el moco cervical es espeso, pegajoso y opaco, y forma un tapón que bloquea el canal cervical. Con las crecientes concentraciones de estrógeno conforme se aproxima la ovulación, el moco se hace copioso, delgado, elástico y claro, alcanzando un punto máximo en la ovulación, para facilitar el ascenso de los espermatozoides a la cavidad endometrial y al tracto genital superior. La progesterona revierte estos cambios después de la ovulación, produciendo un moco viscoso, escaso, pegajoso y opaco, el cual de nuevo forma una barrera para los espermatozoides. Los cambios en el

moco cervical, acompañados por sensaciones en la vagina y vulva durante el ciclo, son la base del método del moco cervical o de conocimiento de los signos de la fertilidad. Acompañando los cambios físicos en el moco cervical, hay un cambio en el pH de un ácido de alrededor de 4 antes de la ovulación, a un pH alcalino de 7-8 en la parte periovulatoria y post-ovulatoria del ciclo.

5 Concepción

En un ciclo fértil, el coito cercano al momento de la ovulación resultará en una entrada rápida del espermatozoide a través del moco cervical hacia el tracto genital superior. Se ha demostrado la presencia de espermatozoides en las trompas de falopio 5 minutos después de la eyaculación (aunque a la mayor parte del espermatozoide le toma un tiempo considerablemente mayor), y ellos pueden sobrevivir en el tracto genital femenino por 5 días o más.

La fertilización ocurre usualmente dentro de unas pocas horas a partir de la ovulación, en el tercio exterior de la trompa de falopio. El óvulo fertilizado comienza a dividirse en el lumen del tubo falopiano, resultando en una masa de células llamada mórula. Al tercer día posterior a la fertilización, la mórula (o embrión en desarrollo) alcanza la cavidad uterina. Le toma otros 2 a 3 días para iniciar la implantación y, aproximadamente otros 3 días, para implantarse con éxito. En promedio, toma 6 días posteriores a la ovulación para que el embrión en desarrollo inicie la implantación. Una vez que el embrión está en la cavidad uterina, las células que lo rodean comienzan a producir gonadotropina coriónica, que es detectable en la sangre materna a partir del 8º ó 9º día posterior a la ovulación. A la finalización de la implantación se le conoce como punto de concepción. Muchos huevos fertilizados (cerca del 50%) no se implantan y se pierden durante el siguiente flujo menstrual. La gonadotropina coriónica mantiene el cuerpo lúteo, con una secreción continua tanto de progesterona como de estrógenos, hasta que la placenta se hace cargo de esta función más tarde en el embarazo.

Photo: Fatiha Terki/Vietnam



4 TAMIZAJE DE SALUD REPRODUCTIVA PARA MUJERES SANAS

1 Introducción

El tamizaje de salud es un aspecto importante de la atención a la salud, pues promueve el bienestar de la población y del individuo a través del reconocimiento temprano de enfermedades tratables y la identificación de aquellas personas que pueden estar en mayor riesgo, que el normal, de desarrollar una enfermedad en particular; y que por lo tanto podrían beneficiarse de un seguimiento más cercano.

En las clínicas de salud sexual y reproductiva (SSR)/planificación familiar, con frecuencia ofrecen la oportunidad más conveniente para el tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas. En donde esté disponible, el tamizaje para mujeres sanas debe ofrecerse a todas las clientes de las clínicas de SSR/planificación familiar, especialmente a aquellas mujeres que tienen algún factor de riesgo (ver sección 6). Sin embargo, la provisión de servicios de SSR/planificación familiar no debe estar condicionada a que las clientes acepten algún servicio de tamizaje de la mujer sana.

En general, los programas de tamizaje de la población deben enfocarse en enfermedades que sean:

- Lo suficientemente prevalentes y que causan un grado suficiente de morbilidad y mortalidad para ameritar un programa de tamizaje a gran escala.
- Detectables por medio de procedimientos relativamente simples.
- Susceptibles de tratamiento temprano.

2 Condiciones de salud en las que se enfoca el tamizaje de salud reproductiva

Estas condiciones se dividen en tres grupos principales:

- Infecciones del tracto reproductivo (ITR) e infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Cáncer (mamas, cervical, endometrial y ovárico).
- La menopausia.

3 ¿Quién es elegible para el tamizaje de salud reproductiva?

Idealmente, el tamizaje de salud reproductiva debe estar disponible para:

- Todas las mujeres que visitan las clínicas de SSR/planificación familiar.
- Todas las mujeres en grupos de alto riesgo.
- Todas las mujeres que solicitan un chequeo.

4 ¿Quién puede proporcionar el tamizaje de salud reproductiva?

Con la capacitación adecuada, y sujeto a normas y prácticas locales, el tamizaje de salud reproductiva puede ser provisto por:

- Médicos/as.
- Enfermeros/as.
- Parteras.

5 Requisitos para un programa exitoso de tamizaje de salud reproductiva

Las principales acciones requeridas para proveer un programa exitoso de tamizaje para mujeres sanas en clínicas de SSR/planificación familiar, incluye lo siguiente:

- Asegurar que las condiciones de la clínica sean amigables y de fácil acceso para las clientes, en términos de su ubicación, horarios de servicio, y procedimientos administrativos. Si se cobran cuotas por los servicios, éstas deben estar al alcance de la población blanco. El ambiente del servicio debe transmitir una sensación de calidez y privacidad.
- Establecer protocolos claros y una apropiada capacitación y supervisión del personal, para asegurar que se cumple con los debidos estándares de servicios. Poner énfasis en las habilidades de comunicación, así como en el desempeño de las tareas clínicas.
- Crear un ambiente en el que las clientes puedan confiar en el personal y sentirse cómodas al hablar acerca de cualquiera de los temores que pudiesen tener respecto a su bienestar físico y psicológico. Debe mantenerse la confidencialidad de la información de la cliente.

- Comunicar el mensaje sobre la importancia de someterse con regularidad a chequeos de salud y a procedimientos de tamizaje, en términos que sean comprensibles por las clientes.
- Proporcionar información mediante la distribución de folletos educacionales y la organización de charlas y sesiones acerca de la salud, con el uso de ayudas audiovisuales apropiadas en donde estén disponibles.
- Mantener registros precisos y completos, y planear acciones de seguimiento regular, de tal forma que las clientes no se pierdan después de la visita.
- Asegurar que profesionales de la salud especialmente capacitados/as puedan proporcionar consejería apropiada a mujeres a quienes se les detecte una enfermedad.
- Establecer canales para realizar referencias a especialistas en salud y posterior manejo, y hacer que el proceso de referencias sea tan eficiente y libre de problemas como sea posible.

La provisión de tamizaje de salud reproductiva en clínicas de SSR/planificación familiar no debe sobrepasar la capacidad de sus instalaciones o de su personal, al grado de que se niegue a algunas mujeres los servicios de SSR/planificación familiar que estén solicitando. Por otra parte, cuando las clínicas de SSR/planificación familiar proveen los servicios de tamizaje de salud reproductiva, estos servicios no deben convertirse en condición para el uso de algún método anticonceptivo.

6 Tamizaje de salud reproductiva

Las infecciones del tracto reproductivo (ITR) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) se discuten en detalle en el capítulo 13. En este capítulo, la discusión se centra en aspectos generales del tamizaje de salud reproductiva, así como en factores de relevancia especial para los cánceres ginecológicos y la menopausia.

6.1 Llenando la historia clínica

Como en el caso de todas las consultas, es importante llenar una historia clínica adecuada. Todos los aspectos usuales de la historia médica y social de la cliente deben ser cubiertos (ver Cuadro 4.1), incluyendo datos demográficos; antecedentes familiares relevantes; historia médica general anterior, con identificación de enfermedades presentes y pasadas incluyendo diabetes mellitus, anemia o inmunodepresión; historia menstrual, ginecológica, obstétrica, anticonceptiva y sexual, con discusión sobre ITR/ITS, incluyendo VIH, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y factores de riesgo para las ITS, como la existencia de parejas sexuales múltiples e historia social.

Cuadro 4.1—Aspectos médicos y sociales que deben ser cubiertos en la historia clínica

- *Datos demográficos*: Edad, paridad.
- *Antecedentes familiares*: Salud de los padres, hermanos/as.
- *Historia médica*: Enfermedades u operaciones previas, antecedentes familiares, cualquier medicación o tratamiento actual, cualquier alergia.
- *Historia de vacunación*: Vacunas contra la rubéola, hepatitis.
- *Historia menstrual*: Fecha del último período menstrual, edad de menarquía, regularidad de ciclos, cantidad y duración del flujo menstrual, presencia y severidad de síntomas asociados como la dismenorrea y la tensión pre menstrual, detalles sobre cualquier sangrado vaginal anormal (para una mujer menopáusica o perimenopáusica, la presencia y severidad de síntomas post menopáusicos).
- *Historia ginecológica*: Enfermedades previas incluyendo infecciones, cualquier síntoma actual o recurrente, como la descarga vaginal o escozor en la vulva, ITR/ITS.
- *Historia obstétrica*: Fechas y detalles de embarazos y partos anteriores.
- *Historia anticonceptiva*: Métodos alguna vez utilizados y cualquier efecto colateral.
- *Historia sexual*: Edad al primer coito, número de parejas sexuales, cualquier problemas sexual incluyendo dispareunia y sangrado post-coital.
- *Historia social*: Tabaquismo y consumo de alcohol.

En el contexto del tamizaje de salud de la mujer sana, la mayoría de las clientes estarán libres de síntomas, por lo que es necesario hacer preguntas específicas a cada cliente para deducir posibles síntomas tempranos relacionados con condiciones de alto riesgo que, de otra forma, podrían no ser expresadas voluntariamente (ver Cuadro 4.2 para preguntas relacionadas con condiciones relevantes de alto riesgo).

Cuadro 4.2—Factores de riesgo para cánceres de mama, cervical, endometrial y ovárico

Cáncer de mama:

- Tener más de 40 años de edad.
- Antecedente familiar de cáncer de mama, especialmente en familiares en primer grado (madre/hermana) que haya desarrollado la enfermedad antes de la menopausia.
- Menarquia temprana o menopausia tardía.
- Nuliparidad o primer embarazo posterior a los 30 años.
- Historia de hiperplasia atípica en la mama.
- Dieta alta en grasa y obesidad.
- Haberse sometido a terapia de reemplazo hormonal (TRH) por cinco o más años.
- Nunca haber amamantado.

Cáncer cervical:

- Haber tenido relaciones sexuales antes de los veinte años.
- Tener múltiples parejas sexuales.
- Infección con el papiloma virus humano (PVH).
- Fumar cigarrillos.
- Historia de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Cáncer endometrial:

- Edad superior a los 50 años.
- Antecedente familiar de cáncer endometrial.
- Irregularidad menstrual asociada con ciclos anovulatorios.
- Menopausia tardía.
- Nuliparidad/infertilidad.
- Uso de estrógeno no opuesto.
- Historia de hiperplasia endometrial.
- Historia de diabetes mellitus y/o hipertensión.
- Dieta alta en grasa y obesidad.

Continúa

Cuadro 4.2—Continúa

Cáncer ovárico:

- Edad superior a los 50 años.
- Antecedente familiar de cáncer ovárico, especialmente en familiares en primer grado.
- Menarquia temprana o menopausia tardía.
- Nuliparidad o primer embarazo posterior a los 30 años.
- Dieta alta en grasa y baja en fibra.

6.2 Examen físico

El examen físico estará orientado por la historia obtenida, incluyendo el método anticonceptivo seleccionado por la cliente, y debe incluir el examen clínico general de rutina, examen de mamas y examen pélvico. Estos procedimientos deben ser explicados plenamente a la cliente en términos que sean fácilmente comprensibles, y debe alentársele para que se relaje y tenga la tranquilidad de que el examen puede detenerse en cualquier momento que ella lo solicite. Los proveedores de salud del sexo masculino o la propia cliente pueden requerir la presencia de una acompañante de sexo femenino para el examen físico.

Examen general

Cubrir los siguientes aspectos en el examen general:

- Apariencia general; fisonomía, manera de andar y postura; patrón de habla.
- Peso y altura corporal; índice de masa corporal (especialmente en caso de obesidad).
- Presión arterial; pulso.
- Presencia de palidez, ictericia, várices en las piernas varicosas, edema en el tobillo, pigmentación anormal o marcas en la piel.
- Crecimiento de la glándula tiroides (pida a la cliente que trague); nodos linfáticos cervicales y supraclaviculares y otras masas del cuello sensibles a la palpación.
- Sonidos respiratorios y cardíacos.
- Presencia de cicatrices abdominales, ampliación o dolor al tacto del hígado, bazo o riñones; cualquier otra masa abdominal (ej.: útero grávido).
- Presencia de nodos linfáticos inguinales.

6.2.1 Tamizaje de cáncer de mama

La valoración de los programas de tamizaje de cáncer de mama debe tomar en consideración las necesidades y realidades de situaciones con recursos restringidos. En estas situaciones, el beneficio de asignar recursos a programas de tamizaje de cáncer de mama, deben ser sopesados contra los beneficios de asignarlos a otros servicios de salud. Los riesgos y beneficios del tamizaje variarán en función de la situación de que se trate. La provisión de servicios de seguimiento es crucial para la efectividad de los programas de tamizaje.

Mamografía

El mejor método disponible actualmente para la detección temprana del cáncer de mama es la mamografía, combinada con el examen clínico de mama. En donde hay recursos disponibles, la mamografía habitual se ofrece generalmente a mujeres en edades entre los 50 y los 70 años. La frecuencia de la mamografía dependerá de tasas de incidencia específicas respecto a la edad y las políticas de salud locales; pero normalmente es cada 1–2 años. La evidencia actual no muestra que el tamizaje masivo tenga un beneficio en cuanto a la sobre vivencia; y la evidencia relacionada con la mortalidad de cáncer de mama no es concluyente.

Examen clínico de mama

Cuando no está disponible la mamografía, puede ofrecerse el examen clínico de mama. Actualmente no es posible hacer recomendaciones basadas en la evidencia acerca de cuáles mujeres y qué tan frecuentemente deben ser examinadas. Sin embargo, es prudente ofrecer un examen clínico de mama a mujeres mayores de 40 años y a aquellas menores de 40 con otros factores de riesgo, relacionados principalmente con los antecedentes familiares (ej.: cáncer de mama de pariente en primer grado).

Las mamas deben también ser examinadas con palpación de las axilas, para detectar masas anormales o dolor al tacto.

Inspección:

- Explique el procedimiento a la cliente y las razones para realizarlo.
- Haga que la cliente se siente en un extremo de la mesa de examen, con sus brazos relajados a los lados. Pídale que ella misma deslice la bata hasta la cintura.
- Observe lo siguiente:
 - Contorno y simetría de las mamas.
 - Presencia de cualquier hoyuelo, inflamación, decoloración o aplanamiento de la piel.
 - Retracción del pezón o cualquier secreción.

Palpación:

- Pida la cliente que se recueste sobre su espalda, remueva la bata para descubrir una mama y ponga la mano de la cliente detrás de su cabeza, del mismo lado descubierto.
- Use la parte blanda de los tres dedos medios. Utilice guantes en presencia de llagas abiertas o de alguna secreción.
- Comience la palpación en la intersección de la clavícula y el esternón. Utilice pequeños movimientos circulares y varíe la presión aplicada por los dedos en tres grados: suave para la capa superficial, moderada para la capa intermedia y firme para las capas profundas.
- Palpe la mama en franjas verticales traslapadas y continúe hasta cubrir la mama entera, incluyendo la cola axilar.
- Palpe alrededor de la areola y la depresión bajo el pezón. Presione el pezón entre los dedos pulgar e índice, para ver si hay alguna secreción.
- Baje el brazo de la cliente y palpe en busca de glándulas linfáticas axilares.
- Repita el procedimiento en el lado contrario.

Instrucción sobre el auto-examen de mama

El auto-examen de mama no disminuye la mortalidad y no debe seguir recomendándose como una herramienta de tamizaje. Sin embargo, las mujeres deben estar "conscientes de sus mamas", y toda mujer que se da cuenta de alguna anomalía durante sus actividades regulares, debe someterse a un chequeo realizado por un/a profesional capacitado.

Los/as proveedores de servicios necesitan instruir a sus clientes sobre la auto-conciencia de sus mamas. Deben explicar a la cliente que el cáncer de mama es una de las formas más comunes de cáncer en la mujer y que en sus etapas tempranas raramente causa síntomas y con frecuencia se presenta inicialmente como un abultamiento indoloro en la mama o como un cambio en la apariencia o sensación de las mamas. Algunos cánceres de mama son identificados inicialmente por las propias mujeres; y, mientras más tempranamente se detecta el cáncer, es más alta la tasa de cura.

Debe indicarse a las clientes que estén pendientes de los siguientes signos de alarma:

- Cualquier abultamiento o engrosamiento de las mamas, cualquiera que sea su tamaño.
- Cualquier cambio en la apariencia o forma de las mamas.
- Alteración en la posición o nivel de los pezones.

- Hoyuelos en la superficie de la piel.
- Pezones retraídos.
- Secreción o sangrado de los pezones.
- Arrugamiento de la superficie de la piel (piel de naranja).

Indique a la cliente que acuda al doctor para someterse a un examen completo, si ella encuentra cambios poco comunes en sus mamas.

6.2.2 Examen pélvico

El examen pélvico debe ofrecerse a las mujeres como parte del tamizaje de salud reproductiva y solamente debe ser efectuado si la mujer lo acepta.

Si se trata del primer examen ginecológico de la cliente, es particularmente importante tranquilizarla mediante una cuidadosa explicación del procedimiento y de las razones para realizarlo. Anímela a que se relaje y asegúrele que el examen puede ser detenido en cualquier momento, si ella así lo solicita.

El examen pélvico utilizando guantes (no necesariamente estériles) tiene que ser realizado en todas las mujeres que solicitan un DIU, esterilización quirúrgica o inserción de diafragma, y debe ser ofrecido a todas las mujeres que visitan la clínica por primera vez y que tienen 18 años de edad o más, o que han sido activas sexualmente antes de los 18 años.

Durante el examen pélvico:

- Solicite a la cliente que se coloque en posición supina, con sus piernas flexionadas en las rodillas, con las rodillas separadas y los tobillos juntos.
- Inspeccione los genitales externos, incluyendo los labios, prepucio, clítoris, el orificio uretral, el perineo y el orificio anal (si existe un antecedente de prolapso vaginal o incontinencia urinaria por estrés, debe pedirse a la cliente que haga un esfuerzo con la vejiga llena para ver si se encuentra algún cistocele, rectocele o escape de orina).
- Palpe la vulva tratando de localizar dolor al tacto y/o abultamientos, particularmente alrededor de las glándulas de Bartholin.
- Asegúrese de contar con una fuente de luz adecuada y ajustable.
- Inserte un espejo vaginal del tamaño apropiado. En general, se necesitará un instrumento más grande para una mujer múltipara con paredes vaginales laxas, y un espejo reducido deberá utilizarse para una mujer nulípara. Los modelos más comúnmente usados son los espéculos bivalvos de Cusco y Graves o el espejo de Sims. Puede utilizarse agua para lubricación: si se va a tomar un frotis cervical (ver sección 7), no debe utilizarse el lubricante KY; pero, en otras circunstancias, la

aplicación de una pequeña cantidad de esta sustancia puede ayudar.

- Inspeccione la vagina buscando arrugas, secreciones (fijándose en su color, cantidad, consistencia y olor) y cualquier masa protuberante. Si es indicado y las instalaciones de laboratorio están disponibles, puede obtenerse un hisopo vaginal de las fornices para un cultivo bacteriano.
- Exponga el cuello uterino e inspeccione su apariencia, la presencia de cualquier erosión o quiste, cualquier abultamiento, o sangrado al contacto. Puede obtenerse un frotis cervical de la unión epitelial escamo-columnar entre el ectocervix y el endocervix (ver sección 7). Si es indicado (ej.: en una cliente con sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria o en alto riesgo de ITS), tome un frotis endocervical para un cultivo.
- Retire el espéculo y realice un examen bimanual utilizando el lubricante KY.
- Con el dedo índice y el dedo medio dentro de la vagina, valore el tono vaginal.
- Sienta la consistencia del cuello del útero y note si hay algún dolor pélvico al mover el cuello del útero de lado a lado.
- Coloque la otra mano en posición suprapúbica y palpe el útero entre las dos manos, tomando nota de su tamaño, posición, regularidad y de cualquier dolor. Valore cualquier abultamiento detectado por tamaño, consistencia, posición y movilidad.
- Palpe cada fornix lateral en busca de abultamientos anormales o dolor. Valore cualquier abultamiento detectado en función de su tamaño, consistencia, posición y movilidad.
- Un examen rectovaginal no es llevado a cabo en forma rutinaria, pero puede ser indicado si la cliente tiene síntomas y/o signos de tumor pélvico o endometriosis. Con el dedo índice dentro de la vagina y el dedo medio de la misma mano en el recto, palpe los ligamentos uterosacos y el septo rectovaginal buscando nodularidad y otras lesiones.

Un examen pélvico bimanual no es necesariamente indicado después del tamizaje de frotis cervical de rutina, pero siempre debe realizarse en presencia de síntomas pélvicos (ver Cuadro 4.3).

Cuadro 4.3—Síntomas pélvicos indicadores de la necesidad de un examen pélvico bimanual

- Períodos menstruales muy abundantes o dolorosos.
- Sangrado intermenstrual.
- Síntomas urinarios.
- Hinchazón abdominal.
- Dolor o malestar abdominal bajo.
- Dispareunia (dolor durante el coito sexual).

Recuerde en todo momento que durante el examen físico la presencia de secreción vaginal anormal y olor nauseabundo a pescado o rancio, es sugestiva de vaginosis bacteriana y de tricomonas vaginales (ver capítulo 13 para una discusión sobre e manejo de ITR y de ITS).

6.3 Otras investigaciones

Urianálisis

Algunas clínicas hacen en forma rutinaria análisis de cinta reactiva para detectar azúcar, proteína, sangre y bilirrubina.

Investigaciones de laboratorio

Algunas clínicas pueden tener sus propios laboratorios, mientras que otras pueden tener que enviar muestras o referir a clientes para pruebas adicionales. La historia o examen físico en algunas clientes, puede indicar la realización de las siguientes investigaciones:

- *Hematología*: Hemoglobina, recuento sanguíneo completo, estudios de coagulación.
- *Bioquímica*: Pruebas de función renal, pruebas de función hepática, azúcar en ayunas, perfil de lípidos, estatus de hierro.
- *Inmunoquímica*: Serología para sífilis, serología para rubéola y hepatitis, estatus de anticuerpos VIH (ver el capítulo 14), concentraciones hormonales.
- *Microbiología*: Pruebas de cultivo y sensibilidad (particularmente útiles en casos de sospecha de ITR/ITS (ver le capítulo 13).

Ultrasonografía

El uso de exámenes rutinarios de ultrasonido en la detección temprana de abultamientos pélvicos, especialmente tumores ováricos, no ha sido adoptado de manera universal – principalmente por razones de logística. El personal debe estar capacitado adecuadamente y el equipo debe ser de suficiente resolución como para no dejar sin detección pequeñas lesiones asintomáticas. Aunque la ultrasonografía puede no estar disponible en forma rutinaria en el contexto de una clínica de SSR/planificación familiar, debe existir un canal establecido para referencias y posterior investigación de mujeres a las que se les haya detectado un abultamiento pélvico durante el examen pélvico.

Biopsia endometrial

Las mujeres en alto riesgo de cáncer endometrial (ver Cuadro 4.2) y aquellas con sangrado perimenopáusico disfuncional, pueden ser referidas para muestreo endometrial. Hay varias técnicas disponibles, incluyendo la citología por aspiración y legrado.

Densitometría ósea

La medición de la densidad de los huesos puede formar parte de la valoración de la mujer que está siendo considerada para terapia de reemplazo hormonal (TRH).

6.4 Frecuencia del tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas

La edad a la que la mujer debe comenzar a tener exámenes ginecológicos con regularidad para propósitos de tamizaje de salud, el intervalo entre visitas subsecuentes, y la edad a la que ese tipo de programas de tamizaje debe terminar, depende de la disponibilidad de recursos (ej.: personal clínico, tiempo, instalaciones) y de la presencia o ausencia de factores de riesgo en clientes individuales.

Como se hizo notar anteriormente específicamente en relación con la mamografía, la provisión de servicios de tamizaje se ve influenciada por la valoración apropiada de los beneficios médicos contra los costos económicos y sociales del examen; y diferentes países pueden llegar a conclusiones diferentes (ver sección 6.2.1).

En cualquier discusión de intervalos recomendados para un programa de tamizaje, debe siempre tenerse en mente que éstos son estándares mínimos; personas en alto riesgo pueden necesitar sujetarse a tamizaje en forma más frecuente, y si entre los intervalos de tamizaje se desarrollan síntomas, éstos deben ser desde luego manejados apropiadamente. Para condiciones ginecológicas, la existencia de clínicas de SSR/planificación familiar permite que estos servicios estén disponibles con prontitud (ver sección 7).

6.5 Otros aspectos a considerar durante el tamizaje de salud reproductiva

El tamizaje de salud reproductiva puede también representar una oportunidad de proporcionar información y mensajes relacionados con temas de salud sexual y de estilos de vida saludables. Estos últimos son considerados en la sección 8 (menopausia), pero son aplicables generalmente a cualquier edad.

7 Tamizaje de cáncer cervical

El tamizaje del cáncer cervical puede realizarse durante la fase del examen pélvico, dentro del tamizaje de salud reproductiva. Las dos técnicas son:

1) Citología cervical incluyendo:

- Obtención de un frotis cervical adecuado;
- Fijación del frotis, y
- Procesamiento de laboratorio y examen del frotis.

La citología cervical ofrece un modo indirecto de diagnosticar la infección por el papiloma virus humano (PVH), a través de pruebas altamente específicas y sensibles para el ADN del VIH (ej: usando la reacción en cadena de la polimerasa o captura híbrida II), pero estas técnicas son muy costosas y no están ampliamente disponibles.

Aunque la obtención de frotis cervicales con el propósito de tamizaje para cáncer cervical es una parte integral del tamizaje de salud reproductiva, las características particulares de este proceso se tratan aquí en una sección separada, para facilitar las referencias cruzadas. Otras características discutidas previamente en este capítulo también aplican para los programas de tamizaje de cáncer cervical.

Citología exfoliativa

La citología exfoliativa es el estudio de células que han sido descamadas por varias membranas o epitelio, las cuales pueden ser recolectadas, extendidas en portaobjetos y, los frotis resultantes, teñidos y examinados bajo el microscopio. En la práctica clínica, las superficies son usualmente raspadas para obtener células para el estudio. En el caso de la citología cervical, el examen de estas células muestra si la cubierta epitelial cervical es normal, si está inflamada, o si hay evidencia de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) o carcinoma. El propósito de los programas de tamizaje de cáncer cervical es detectar cánceres cervicales a partir de lesiones premalignas, cuando la tasa de cura mediante intervención es muy alta.

Citología cervical (tamizaje de pap)

La citología cervical es actualmente el mejor método para la detección de enfermedades pre-malignas y malignas de la zona cervical. Cuando el tamizaje de pap rutinario está disponible, debe empezar de 2 a 3 años después del inicio de la actividad sexual y repetirse cada 1 a 3 años. Cuando el tamizaje de pap solamente está disponible en forma limitada, debe ser ofrecido por lo menos alrededor de los 35 años de edad a todas las mujeres que han sido activas sexualmente.

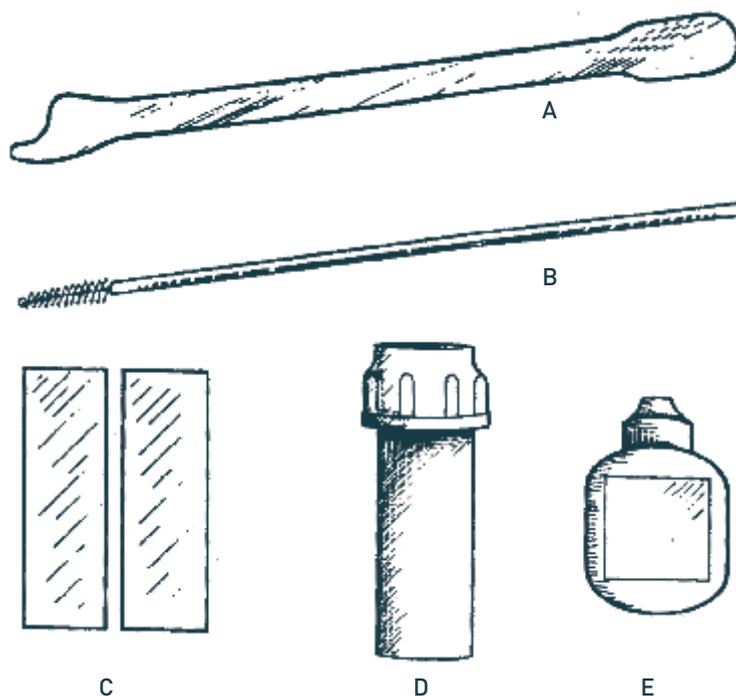
El tamizaje para cáncer cervical por medio de frotis cervicales debe estar disponible en todos los programas de tamizaje de salud reproductiva. Asegúrese de que:

- Haya acceso a servicios de laboratorio confiables para el análisis citológico de los frotis cervicales;
- Haya los medios adecuados para localizar a las mujeres que obtengan un resultado positivo; y
- Haya los establecimientos adecuados para hacer referencias.

El equipo adicional necesario para tomar un frotis cervical durante el examen pélvico (ver Figura 4.1) consiste de:

- Espátula de Aylesbury.
- Cepillo endocervical.
- Portaobjetos de vidrio.
- Fijador envasado o rocío fijador.
- Lápiz de mina dura.

Figura 4.1 Equipamiento requerido para el frotis cervical



A = Espátula de Aylesbury; B = Citocepillo; C = Portaobjetos de vidrio; D = Fijador envasado; E = Rocío fijador.

Antes de recolectar el frotis cervical debe reunirse el equipo esencial para realizar y fijar el frotis y disponerlo preferentemente sobre una charola. Los portaobjetos deben ser etiquetados cuidadosamente en el extremo recubierto del vidrio, con un lápiz de mina dura (o grabados; la tinta se disolverá durante el proceso). Una lista de verificación simple para el tamizaje de cáncer cervical se muestra en el Cuadro 4.4.

Cuadro 4.4—Lista de verificación de información para tamizaje de cáncer cervical

- Primer nombre y apellido.
- Edad.
- Número de registro de la clínica.
- Fecha del último período menstrual (UPM).
- Duración del ciclo menstrual.
- Estatus de embarazo.
- Número de embarazos previos.
- Fecha y tipo de operaciones ginecológicas previas.
- Cualquier historia de tratamiento con radioterapia.
- Resultados de frotis previos.
- Síntomas (si los hay).
- Cualquier dispositivo intrauterino (DIU) insertado.
- Cualquier anticonceptivo oral u otras hormonas que se estén tomando y se hayan tomado previamente.

Lugar de recolección

El material para el examen citológico puede ser recolectado de:

- Fornix posterior, anterior, o lateral de la vagina (para evidencia de adenocarcinoma endometrial o endocervical).
- Ectocervix y unión escamo-columnar.
- Canal endocervical.
- Tercio superior de la pared vaginal lateral (para evidencia de adenocarcinoma endometrial o endocervical).

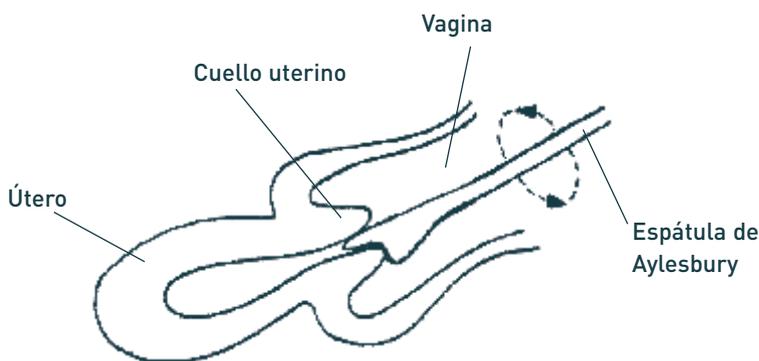
La selección del lugar y técnica depende en gran medida de los medios disponibles y del propósito del examen. La mayoría de los frotis provenientes del tracto genital femenino son para la detección de lesiones cervicales y, para este propósito, es suficiente recolectar material del ectocervix, de la unión escamo-columnar y del canal endocervical (la citología exfoliativa para la detección temprana de adenocarcinoma endometrial o endocervical es insensible y poco fidedigna).

Obtención del frotis cervical

Con el cuello del útero expuesto por un espéculo sin lubricar:

- Raspe suavemente el ectocervix, cualquier área que aparezca anormal (ej.: alguna erosión) y la unión escamo-columnar entre el ectocervix y el endocervix, con el extremo moldeado de la espátula (ver Figura 4.2).

Figura 4.2 Raspando la unión escamo-columnar del cuello uterino



- Raspe siempre la circunferencia completa de la unión escamo-columnar. Cuando la unión escamo-columnar está bien expuesta, como en algunas mujeres multíparas, se obtienen mejores resultados con una espátula más grande o usando el extremo plano en lugar del extremo moldeado para el raspado.
- Retire cuidadosamente la espátula de la vagina mientras que el espéculo todavía mantiene las paredes separadas.
- Coloque las raspaduras inmediatamente en uno o dos portaobjetos de vidrio que estén listos para tal efecto.
- Distribuya uniformemente las secreciones sobre el portaobjetos de vidrio preparado y etiquetado previamente (ver Figura 4.3):
 - Aplique el lado plano de la espátula sobre el portaobjetos y transfiera la muestra extendiéndola a lo largo del portaobjetos;
 - Repita con el otro lado de la espátula (un movimiento circular o en zigzag puede ser más efectivo al transferir el material);
 - Asegure que todo el material es removido de ambos lados de la espátula; cualquier material que cuelgue de la espátula puede ser removido restregando la espátula contra el extremo del portaobjetos;

- Disuelva cualquier grumo ejerciendo un poco de presión con la espátula;
- Si se usa un cepillo, distribuya la muestra en el portaobjetos con un suave movimiento rotatorio.
- Recuerde que la rapidez es esencial debido a que el secado del aire daña las células en el frotis e interfiere con sus propiedades de tinción y con la interpretación citológica.
- Fije los portaobjetos mientras los frotis están todavía húmedos.
- Sumerja los portaobjetos en recipientes con fluido fijador o rocíelos con un fijador comercial en atomizador (ver Figura 4.4). Probablemente el rociado es mejor y más simple, pero los fijadores en rocío son caros y no siempre están disponibles fácilmente.
- Remueva el espejuelo de la vagina después de que los frotis hayan sido fijados.

Figura 4.3 Distribuyendo las escamas cervicales sobre el portaobjetos de vidrio



Un solo portaobjetos es casi siempre suficiente, pero si hay una gran cantidad de material, puede ser necesario un segundo portaobjetos. Si solamente se obtiene una muestra pequeña, puede ser indicado un segundo raspado. Si se distribuye dos muestras en un portaobjetos (ej.: raspado y cepillo o dos muestras por raspado), la primera muestra debe fijarse antes de obtener la segunda muestra.

Fije los portaobjetos inmediatamente, mientras los frotis están todavía húmedos para evitar que se sequen al aire. La fijación rápida es especialmente importante para frotis que contienen sangre y para frotis provenientes de mujeres postmenopáusicas, los cuales se secan sumamente rápido.

Fijación en fluido

Los contenedores apropiados para fluidos fijadores pueden ser envases limpios de jalea o miel y los envases Coplin disponibles comercialmente hechos de vidrio o plástico. Cuando se usa envases de jalea o miel, no debe sumergirse más de un par de portaobjetos en cada envase. Los envases Coplin pueden recibir hasta cinco pares de portaobjetos; estos portaobjetos deben ser colocados en las ranuras del envase de fijación, de manera que queden unidos por su parte posterior (con la parte que tiene el frotis hacia afuera).

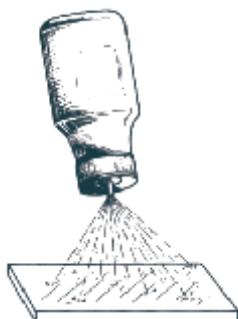
Los fluidos de fijación comúnmente utilizados son varios alcoholes (ej.: alcohol etílico al 95%, alcohol metílico, alcohol isopropílico) o mezclas de diferentes alcoholes, como tres partes de alcohol etílico al 95% con siete partes de alcohol butílico terciario.

Los portaobjetos deben permanecer en el fijador por lo menos 15 minutos, pero pueden dejarse sumergidos hasta por 7 ó inclusive 10 días, sin deterioro.

Fijación por rocío

La fijación por rocío da excelentes resultados y, en términos generales, es mucho más simple y económica, con ahorros tanto en tiempo como en equipo. El fijador por rocío debe distribuirse uniformemente sobre el área de frotis completa en el portaobjetos (ver Figura 4.4).

Figura 4.4 Fijación de frotis por rocío



El atomizador no debe utilizarse a menos de 15 cm del portaobjetos, pues de otra forma tenderá a lavar el espécimen. Los diferentes fijadores por rocío en el mercado contienen un agente aerosol y diferentes mezclas de alcohol, ácido acético, o etileno o glicol de propileno. Una vez que los portaobjetos que han sido fijados por rocío se secan (generalmente en un lapso de 10 minutos), pueden ser

enviados directamente al laboratorio para tinción sin tomar medidas adicionales. Los fijadores por rocío disponibles comercialmente son relativamente caros; los aerosoles ordinarios para el cabello son igual de efectivos y considerablemente más baratos.

Tinción

Después de una fijación adecuada, los portaobjetos están listos para la tinción. El procedimiento de tinción requiere instalaciones de laboratorio y debe ser realizado por un/a técnico capacitado. Cuando tales instalaciones no están disponibles, puede ser necesario despachar los portaobjetos a un laboratorio para su ulterior procesamiento. Para su transportación, los portaobjetos fijados en fluido deben removerse de los envases de fijación después de una adecuada fijación y ser secados al aire. Los portaobjetos fijados y secos deben enviarse al laboratorio envueltos en cartón plano o cajas de madera. A su arribo al laboratorio los portaobjetos, de nuevo serán sumergidos en fijador y teñidos. Este proceso con frecuencia involucra el uso de tinción de Papanicolaou, basada en hematoxilina acuosa con múltiples tintes de contraste en alcohol étílico al 95%, el cual proporciona una gran transparencia y delicadez de detalle para el examen por un/a citologista experimentado – de ahí el término frotis Papanicolau (o Pap).

Errores en la toma y procesamiento de frotis

Las causas típicas de error en la toma y procesamiento de frotis se muestran en el Cuadro 4.5.

Otros aspectos de los programas de tamizaje de salud reproductiva relacionados con el tamizaje de cáncer cervical fueron discutidos anteriormente en este capítulo.

Cuadro 4.5—Causas de error en la toma y procesamiento de frotis

- El cuello uterino no se visualiza adecuadamente.
- El cuello uterino no es raspado con la suficiente firmeza.
- La zona de transformación no es raspada completamente.
- El material es recolectado del sitio equivocado (ej.: al raspar la pared vaginal posterior en lugar del cuello uterino).
- Los portaobjetos no están lo suficientemente limpios o desengrasados antes de usarlos.
- El material es transferido de manera incompleta de la espátula al portaobjetos.
- La muestra es distribuida en forma inapropiada (muy gruesa, muy delgada o distorsionada por presión excesiva).
- Secado al aire antes de la fijación o durante el procedimiento de tinción.
- Fijación insuficiente (poco tiempo o alcohol muy diluido).
- Tinción incorrecta (ej.: tiempo de teñido inadecuado, insuficiente deshidratación o errores en la preparación de los tintes).
- El frotis consiste principalmente de exudados sangrientos o purulentos.

2) Inspección visual directa del cuello uterino

Si el tamizaje de pap no está disponible, debe ofrecerse la inspección visual del cuello uterino. Debe comenzar de 2 a 3 años posteriores al inicio de la actividad sexual y repetirse cada 1 a 3 años.

En esta sencilla prueba, el cuello uterino es visualizado durante el examen pélvico, lavado con una solución salina normal, inspeccionado, y entonces lavado con una solución de ácido acético al 3–5% (ej.: vinagre) e inspeccionado de nuevo después de un minuto para identificar áreas de aceto-blanqueo sugestivas de lesiones precancerosas a través de la visualización directa. Este procedimiento puede usarse para tamizaje cervical en donde el costo es una consideración fundamental y el tamizaje de frotis cervical no puede ofrecerse completamente a una población de gran tamaño. En tales circunstancias, la prueba de ácido acético se considera negativa si no es posible ver algún área aceto-blanqueada, y la cliente puede estar sujeta a seguimiento e intervalos de tamizaje normales, o antes si se desarrollan síntomas. Si se sospecha de infección, debe tomarse un hisopo y, si se confirma, debe tratarse consecuentemente.

El equipo adicional necesario para la inspección visual directa del cuello uterino consiste de:

- Solución salina normal.
- Una jeringa para lavado.
- Ácido acético al 3–5%.
- Un tazón.

No realice el examen si la cliente está teniendo su período menstrual o está usando medicación intravaginal; pídale que regrese después de la menstruación o tratamiento.

Si se observa aceto-blanqueo (una prueba positiva de ácido acético) mediante el examen visual directo, sin evidencia alguna de infección, debe tomarse un frotis cervical. Si no está disponible el examen citológico cervical, podría considerarse la colposcopia, crioterapia o la escisión electroquirúrgica con asa – aunque en tales circunstancias puede ser que estos procedimientos tampoco estén disponibles. La referencia a un lugar donde pueda realizarse una mayor investigación y tratamiento es indicada.

8 La menopausia

Aunque estrictamente hablando la menopausia no es parte del tamizaje de salud reproductiva o de los servicios de SSR/planificación familia, esta condición también se discute en este capítulo. Aparte de las malignidades ginecológicas ya mencionadas, las condiciones asociadas con la menopausia están ganando creciente atención de los/as proveedores de atención a la salud, especialmente en países desarrollados, debido a sus efectos potenciales en el bienestar físico y psicológico de muchas mujeres que, de otra forma, estarían sanas. La menopausia está asociada no solamente con síntomas agudos a corto plazo que pueden causar incomodidad y ansiedad en la mujer, sino también y de manera más importante, con complicaciones a largo plazo (especialmente la osteoporosis y enfermedades cardiovasculares, que están entre las causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres postmenopáusicas), que tienen un profundo efecto en el estado general de salud y costo de la atención a la salud en la comunidad. El tamizaje de mujeres que están en alto riesgo de desarrollar estas complicaciones a largo plazo y aconsejarles de manera consecuente, constituye una importante función de la atención a la salud reproductiva. Las características clínicas de la menopausia se muestran en el Cuadro 4.6.

Cuadro 4.6—Características clínicas de la menopausia

- Amenorrea.
- Bochornos.
- Atrofia mamaria.
- Vaginitis atrófica.
- Atrofia del piso pélvico.
- Osteoporosis.

Oriente a las mujeres acerca de las formas en que ellas pueden mejorar su estado de salud general y la calidad de su vida, siguiendo un estilo de vida saludable y llevando una dieta balanceada. Algunos aspectos en este sentido incluyen:

- *Tabaquismo*: Aconseje a quienes fuman acerca de los peligros de fumar y aliéntelas a abandonar ese hábito.
- *Ejercicio*: El ejercicio regular (incluyendo la natación y otros ejercicios aeróbicos) promueve la salud cardiovascular; la actividad física para mejorar la condición física (como la caminata vigorosa) retarda la pérdida de hueso y estimula la regeneración del tejido óseo. Por lo tanto, recomiende ejercicio moderado de tres a cuatro veces por semana.
- *Dieta*: Aliente a sus clientes a llevar una dieta balanceada. Esta debe ser baja en grasas saturadas, azúcar y sal; incluir mucha fruta, vegetales, granos enteros y fibra; y contener suficientes proteínas, vitaminas y minerales.
- *Peso*: Monitoree el peso y tome nota de las ganancias y pérdidas, con el propósito de evitar la obesidad.
- *Estrés*: Aconseje a sus clientes que eviten el estrés innecesario.
- *Alcohol*: Sugiera a sus clientes que limiten el consumo de alcohol a no más de dos unidades (uno o dos tragos) por día.

Para mujeres en alto riesgo de osteoporosis (ver Cuadro 4.7) puede considerarse apropiado un suplemento de calcio (ej.: 1,000 mg diariamente) u otro tratamiento de medicamentos (ej.: vitamina D o bisfosfonato). Para mujeres en alto riesgo de osteoporosis y/o con síntomas menopáusicos severos, puede considerarse la terapia de reemplazo hormonal (TRH).

Este tipo de intervenciones deben ajustarse a la disponibilidad, factibilidad y circunstancias individuales, y debe tomar en cuenta la evidencia más reciente disponible en relación con costos, beneficios potenciales, efectos colaterales y contraindicaciones.

Cuadro 4.7—Factores de riesgo para osteoporosis postmenopáusica

- Edad temprana de menopausia (idiopática o debida a ablación ovárica como consecuencia de cirugía o irradiación).
- Cuerpo delgado, complexión normal.
- Antecedente familiar de osteoporosis.
- Exceso de consumo de tabaco/alcohol.
- Estilo de vida sedentario debido a la falta de ejercicio o enfermedad crónica.
- Uso de corticoesteroides.

Foto: Fatiha Terki/Etiopía



ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

5

5 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

1 Introducción

Los métodos hormonales proporcionan anticoncepción segura y efectiva a millones de usuarias. Todos los métodos hormonales son de naturaleza sistémica, y se basan ya sea en un progestágeno combinado con un agente estrogénico o en un progestágeno solo. Los métodos que se discuten en el presente capítulo son:

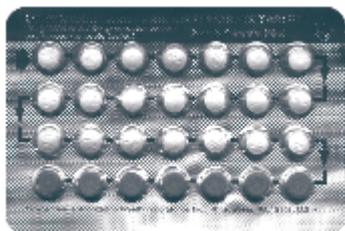
- Anticonceptivos orales combinados (AOC)
- Píldoras de progestágeno solo (PPS)
- Inyectables de progestágeno solo (IPS)
- Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)
- Implantes subdérmicos
- Otros sistemas (parche transdérmico y anillo vaginal).

2 Anticonceptivos orales combinados (AOC)

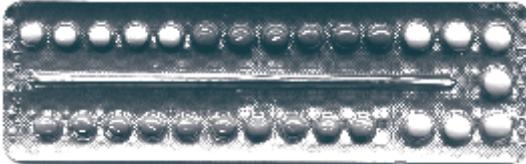
2.1 Definición

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) se preparan a base de estrógeno y progestágeno sintéticos, los cuales son altamente efectivos para prevenir el embarazo. Hay dos tipos de AOC:

- *Monofásicos*: Todas las píldoras del ciclo tienen la misma concentración de hormonas estrógeno y progestágeno. Los AOC disponibles en la actualidad, usualmente son una combinación de etinil estradiol, en dosis que varían entre 15 y 50 μg y un progestágeno. Estas píldoras se toman en cantidades constantes por 21 días, seguidas de un intervalo de siete días. Durante el intervalo, no se toma píldoras activas. Sin embargo, algunas marcas comerciales incluyen ya sea píldoras placebo o píldoras con hierro.



- *Multifásicos*: Para cada ciclo hay 2 variantes (bifásicas) ó 3 variantes (trifásicas) en las concentraciones de estrógeno y/o de progestágeno. No hay evidencia de que los AOC multifásicos sean más efectivos o seguros que los monofásicos, y sus efectos clínicos son similares.



Los progestágenos contenidos en las píldoras existentes incluyen: levonorgestrel, noretisterona, desogestrel, gestodeno, acetato de ciproterona, drospirenona y el norgestimato.

Mecanismo de acción: El efecto anticonceptivo de los AOC se debe principalmente a la inhibición de la ovulación; además, provocan un aumento en la viscosidad del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina en su trayecto hacia las trompas de falopio. También se reduce la receptividad del endometrio al blastoquiste, aunque no hay evidencia de que este cambio contribuya a la efectividad anticonceptiva.

2.2 Indicaciones

Los anticonceptivos orales combinados deben ser proporcionados a cualquier mujer que los solicite, después de haber recibido consejería apropiada y haber hecho una selección informada, si no tiene ninguna contraindicación para su uso (una condición de categoría 4 en los criterios de elegibilidad médica de la Organización Mundial de la Salud [OMS]).

Los AOC pueden ser especialmente apropiados para mujeres que desean usar anticoncepción hormonal y que:

- Desean un método anticonceptivo muy efectivo.
- Tienen la motivación y están dispuestas a usar un método que requiere una acción diaria, y podrán obtener reabastecimientos de manera continua.
- Pueden beneficiarse con uno o más de los efectos colaterales benéficos de los AOC. Esto es aplicable a mujeres que tienen:
 - Anemia debido a sangrados menstruales copiosos.
 - Antecedentes de embarazo ectópico.

- Períodos menstruales dolorosos.
- Quistes ováricos benignos recurrentes.
- Antecedentes o riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria aguda (EPI).
- Antecedentes familiares de cáncer de ovario.

2.3 Criterios médicos de elegibilidad

La Federación Internacional de Planificación de la Familia y otros organismos han colaborado con la OMS en el desarrollo de criterios de elegibilidad para el uso de varios métodos anticonceptivos. Se ha llegado a un acuerdo sobre la siguiente clasificación (criterios médicos de elegibilidad de la OMS):

- *Categoría 1:* Una condición en la cual no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
- *Categoría 2:* Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos teóricos o probados.
- *Categoría 3:* Una condición en la que los riesgos teóricos o probados usualmente sobrepasan a las ventajas de usar el método.
- *Categoría 4:* Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el anticonceptivo (i.e. el anticonceptivo está contraindicado).

El embarazo ha dejado de estar en la lista de contraindicaciones para iniciar o continuar el uso de un método de anticoncepción hormonal, debido a que las mujeres que ya están embarazadas no requieren de anticoncepción (i.e., no hay indicación para el uso de anticonceptivos). Si se usan los AOC en presencia de embarazo debido al desconocimiento de esta condición, no hay daño para la mujer, el desarrollo de su embarazo o de su feto; sin embargo, los anticonceptivos deben dejar de usarse si se confirma el embarazo, puesto que no hay indicación para su uso.

Categoría 4 (Contraindicaciones)

Los AOC no deben usarse en presencia de:

- Lactancia y menos de seis semanas post parto.
- Condición actual o antecedente de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía.
- Consumo de 15 ó más cigarrillos diarios en una mujer de 35 años o mayor.
- Presión arterial elevada (sistólica \geq 160 ó diastólica \geq 100 mmHg).
- Hipertensión con enfermedad vascular.
- Migraña con áurea.

- Diabetes mellitus con complicaciones vasculares (incluyendo hipertensión, nefropatía, retinopatía o neuropatía) o con más de 20 años de duración.
- Evidencia pasada o presente de trombosis venosa profunda (TVP) o embolia pulmonary (EP).
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Mutaciones trombogénicas conocidas (e.g., Factor V Leiden, mutación protrombínica, proteína S, proteína C y deficiencia antitrombínica).
- Enfermedad cardio-valvular complicada.
- Cáncer de mama en los últimos 5 años.
- Hepatitis viral activa.
- Tumor benigno o maligno en el hígado.
- Cirrosis descompensada severa.

Categoría 3

En general, los AOC no deben usarse en presencia de:

- Consumo hasta 15 cigarrillos diarios en una mujer de 35 años o mayor.
- Presión arterial alta (sistólica 140–159 ó diastólica 90–99 mmHg).
- Antecedentes de hipertensión (cuando la presión arterial no puede ser evaluada) o de hipertensión controlada adecuadamente, cuando la presión arterial puede ser evaluada.
- Hiperlipidemia conocida.
- Migraña sin áurea en mujeres de 35 años o más (si la migraña se desarrolla durante el uso del AOC, se convierte en contraindicación de categoría 4).
- Antecedentes de cáncer de mama sin evidencia de la enfermedad por los últimos 5 años.
- Lactancia de 6 semanas a menos de 6 meses post parto.
- Menos de 21 días post parto.
- Cirrosis compensada leve.
- Antecedentes de colestasis relacionada con el uso anterior de AOC.
- Enfermedad sintomática de vesícula biliar.
- Tratamiento de medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: rifampicina y ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamezepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina).

Cuando exista cualquier condición de categoría 3, explique los riesgos potenciales a la cliente y aconséjela sobre métodos alternativos (ver el también capítulo 2: Consejería). Si la cliente escoge un AOC porque otros anticonceptivos no están

disponibles o no son aceptables, el método debe ser provisto por un/a médico apropiadamente capacitado/a y la cliente debe permanecer bajo supervisión médica.

Si una mujer tiene más de una de las cinco primeras condiciones mencionadas arriba, lo cual aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, debe ejercerse el criterio clínico. En la mayoría de los casos, las condiciones combinadas deben considerarse como pertenecientes a la categoría 4 (contraindicación).

Si el método es provisto, registre la condición especial de la mujer en la historia clínica y aconséjele sobre los signos de advertencia relevantes para su condición.

Categoría 2

En general, los AOC pueden ser usados con precaución en presencia de:

- Consumo de cigarrillos en una mujer con menos de 35 años de edad.
- Migraña sin áurea en una mujer con menos de 35 años de edad (si la migraña se desarrolla durante el uso del AOC, se convierte en categoría 3).
- Diabetes mellitus sin complicaciones vasculares.
- Antecedentes familiares de TVP/EP (de parientes en primer grado).
- Lactancia y 6 meses o más post parto.
- Tromboflebitis superficial.
- Antecedentes de presión arterial alta durante el embarazo (cuando la presión arterial actual es medible y normal).
- Enfermedad cardiovascular no complicada.
- Sangrado vaginal inexplicable, sospechoso de una condición seria, antes de la evaluación.
- Neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) o cáncer cervical (en espera de tratamiento).
- Abultamiento en las mamas sin diagnóstico.
- Enfermedad asintomática de la vesícula biliar.
- Falciformismo o enfermedad celular falciforme.
- Obesidad con un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m² o mas.
- Tratamiento con griseofulvina.
- Terapia antirretroviral.

Cuando alguna de estas condiciones está presente, un tamizaje cuidadoso y un monitoreo apropiado permitirán lograr que los beneficios de usar los AOC superen cualquier riesgo potencial. Sin embargo, cuando una mujer tiene más de una de las tres primeras condiciones, mismas que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, debe ejercerse el criterio clínico. En la mayoría de los casos, las

condiciones combinadas deben considerarse como pertenecientes a la categoría 3. Si se proporciona el método, registre las condiciones especiales de la mujer en la historia clínica y adviértale sobre signos de alarma relevantes para su condición.

2.4 Situaciones especiales

Necesita darse especial consideración a clientes en circunstancias especiales (ver Tabla 5.1).

Tabla 5.1—Condiciones que requieren consideración especial

Primeras 3 semanas post parto Lactancia Adolescencia Edad superior a los 35 años	Cirugía electiva Interacción con otros medicamentos Sangrado vaginal anormal Patologías malignas del tracto genital	Falciformismo Infecciones de transmisión sexual (ITS) Venas varicosas Enfermedades parasitarias Estatus positivo de VIH y SIDA
---	--	--

Primeras 3 semanas post parto

Los AOC no deben usarse durante las primeras 3 semanas después del parto, para evitar el riesgo de complicaciones tromboembólicas, independientemente de que la madre decida amamantar. Después de 21 días, la coagulación de la sangre y la fibrinólisis, han regresado por lo general a la normalidad. Las píldoras de progestágeno solo (PPS) pueden empezar a usarse en cualquier momento después del parto, si la madre no desea amamantar.

Lactancia

Durante la lactancia, aplase el uso de AOC hasta los 6 meses después del parto o hasta que el/la infante es destetado/a, lo que ocurra primero. El uso de AOC durante el período de lactancia disminuye la cantidad de leche materna, disminuye la duración de la lactancia y puede, de ese modo, afectar adversamente el crecimiento de el/la infante. Si la madre desea iniciar la anticoncepción oral durante la lactancia, debe recomendársele PPS y puede iniciar su uso después de la sexta semana post parto (ver sección 3.4).

Adolescencia

Los beneficios de los AOC son especialmente importantes para adolescentes que están en riesgo de embarazo. Las indicaciones y contraindicaciones son las mismas en este grupo de edad, que para las mujeres de mayor edad.

Mujeres en edad superior a los 35 años

Los AOC pueden ser usados por la mayoría de las mujeres saludables mayores de 35 años, si no hay factores de riesgo cardiovascular, como el tabaquismo, la hipertensión o la diabetes mellitus.

Cirugía electiva

El grado de riesgo de TVP/EP asociado con una cirugía mayor varía dependiendo de la cantidad de tiempo que una mujer es inmovilizada. El uso de AOC debe detenerse aproximadamente 4 semanas antes de cualquier cirugía electiva que involucre una inmovilización prolongada, misma que aumenta el riesgo de trombosis venosa profunda (TVP). El uso de AOC puede reiniciarse 2 semanas después de que la mujer es capaz de moverse. Si es necesario, recomiende el uso de otro método anticonceptivo durante ese tiempo. En el caso de procedimientos de emergencia, el/la cirujano/a puede valorar el uso profiláctico de medidas anticoagulantes, y se debe recomendar la movilización temprana.

Interacción con otros medicamentos

Los medicamentos inductores de la síntesis de enzimas hepáticas, particularmente aquellos usados en tratamientos a largo plazo, pueden disminuir la efectividad de los AOC. Esos medicamentos incluyen la rifampicina, griseofulvina, fenitoína, etosuximide, carbamazepina, glutetimida, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina y algunos agentes antirretrovirales. Si la cliente tiene sangrado y manchado intermenstruales mientras usa alguno de los medicamentos mencionados junto con AOC, debe sospecharse que hay interferencia entre los medicamentos. Aconséjese sobre formas alternativas o adicionales de anticoncepción.

Sangrado vaginal anormal

Si una mujer tiene sangrado transvaginal sugestivo de alguna condición relacionada con un embarazo o con alguna patología subyacente, como una patología maligna pélvica, el sangrado debe ser investigado antes de iniciar los AOC. Sin embargo, los patrones irregulares de sangrado menstrual son frecuentes en mujeres saludables: no restrinja el uso de AOC si no hay alguna razón para sospechar un cuadro patológico.

Patologías malignas del tracto genital

Las mujeres con cáncer del tracto genital pueden utilizar AOC mientras esperan recibir tratamiento. El tratamiento para las patologías malignas del tracto genital casi siempre es de naturaleza tal que posteriormente no hay embarazos. *Sin embargo, si la condición es diagnosticada cuando la mujer no está usando método anticonceptivo alguno, ella puede necesitar protección anticonceptiva mientras espera el tratamiento.*

Las mujeres con patología pre-maligna del cuello uterino, si reciben tratamiento adecuado y éste tiene éxito, generalmente conservan su fertilidad y pueden continuar utilizando cualquier método anticonceptivo, incluso los AOC.

El tratamiento del coriocarcinoma no excluye que posteriormente haya embarazos; pero debe evitarse el embarazo durante el tratamiento y durante el seguimiento posterior, para poder monitorear adecuadamente la enfermedad; y, si la mujer así lo desea, puede usar AOC.

Falciformismo

La característica de células falciformes no es por sí misma una contraindicación para el uso de AOC, pero las mujeres con enfermedad de células falciformes homocigotas pueden tener mayor riesgo de trombosis. Recomiéndeles el uso de otros métodos anticonceptivos, sobre todo de anticonceptivos de progestágeno solo de larga duración, los cuales pueden tener efectos beneficiosos para la enfermedad celular falciforme.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Hay alguna evidencia de que los AOC pueden proteger contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Sin embargo, los anticonceptivos hormonales **no** protegen contra las ITS, incluyendo el VIH, y los/as clientes deben ser informados sobre este hecho. Aconseje el uso de condones a cualquier cliente en alto riesgo de adquirir una ITS.

Venas varicosas

Las mujeres con venas varicosas no complicadas y sin antecedentes de TVP pueden usar AOC si no tienen alguna otra contraindicación.

Enfermedades parasitarias

No se ha encontrado que las enfermedades parasitarias afecten el uso de los AOC, aunque se necesita más investigación en esta área, particularmente en cualquier posible interacción con medicamentos antiparasitarios.

Estatus positivo de VIH y SIDA

Aunque existe poca evidencia científica sobre este tema, la opinión actual es que

es seguro que las mujeres VIH positivas usen AOC. Sin embargo, la interacción con algunos medicamentos antirretrovirales (ARV) puede afectar la eficacia o la toxicidad de los AOC o de los ARV.

2.5 Consejería e información

Todas las clientes deben recibir consejería apropiada para la selección y uso de AOC antes de comenzar a usar este método anticonceptivo. Aliente a sus clientes a plantear todas sus preguntas, de tal forma que toda incertidumbre y malos entendidos puedan ser clarificados desde el comienzo (ver también el capítulo 2: Consejería).

Selección de AOC como medio de anticoncepción

Discuta claramente los siguientes puntos con cada cliente en un lenguaje que ellas comprendan:

- Ventajas y desventajas de los AOC, incluyendo su efectividad, riesgos y beneficios, efectos colaterales, y costos (aclare a las clientes que cualquier aumento en el riesgo de contraer cáncer sería mínimo, y que hay evidencia definitiva de que los AOC protegen contra cánceres del ovario y el endometrio).
- Métodos alternativos de planificación familiar, incluyendo información sobre su efectividad, riesgos y beneficios, efectos colaterales y costos, conforme sea apropiado.
- Selección del tipo más apropiado de AOC.
- Recuerde a las fumadoras que el tabaquismo aumenta los riesgos de que ellas tengan algún trastorno circulatorio grave; y, a quienes utilizarán AOC, indíqueles que dejen de fumar.

Uso de AOC

Ver sección 2.9 de este capítulo.

2.6 ¿Quiénes pueden proporcionar los AOC?

Los AOC pueden ser proporcionados por personal médico, personal no médico de las clínicas, y trabajadores/as comunitarios de salud, si están capacitados en cómo proporcionar educación y consejería a las clientes. Esto dependerá también de las normas y prácticas locales. La persona que regularmente se encarga de satisfacer las necesidades de servicios de salud en la comunidad puede ser una persona adecuada para distribuir AOC. Servicios basados en la comunidad (SBC) es el término que se usa cuando los AOC son distribuidos en la comunidad a través de servicios no clínicos (ver Cuadro 5.1).

Cuadro 5.1—Provisión de AOC a través de servicios basados en la comunidad (SBC)

El/la agente comunitario de salud debe: (a) recibir capacitación adecuada; (b) apegarse a pautas claras; y (c) tener una supervisión adecuada, contar con apoyo de servicios de referencia y contra referencia.

La capacitación debe incluir el uso de listas de verificación apropiadas (ver la lista de verificación para proporcionar AOC en SBC en la última página de este capítulo), para guiar a el/la agente comunitario de salud en la identificación de clientes que necesitan visitar un servicio de salud o clínica de SSR/planificación familiar para determinar/evaluar su elegibilidad para el uso de AOC.

El mercadeo social, a través del cual los anticonceptivos son provistos sin receta médica a través de canales comerciales subsidiados, es otro método de distribución de AOC. **Los programas de mercadeo social deben asegurar la adecuada información y educación para la cliente acerca del uso apropiado del método y sobre qué hacer en caso de existir alguna preocupación o la necesidad de información adicional, mientras que se protegen los derechos de las clientes a la privacidad y confidencialidad.**

Ver la sección 4 (Administración de los servicios de anticonceptivos orales) en este capítulo, para información adicional sobre este tema.

2.7 Evaluación del estado de salud

El propósito de la evaluación del estado de salud es determinar qué tan apropiado es para la cliente el uso de este método anticonceptivo. Esta evaluación debe también considerarse como una oportunidad para ofrecer a la cliente otros servicios de salud sexual y reproductiva disponibles, conforme sea apropiado.

Servicios de planificación familiar basados en la comunidad (SBC)

La evaluación del estado de salud en los SBC, consiste en la detección de condiciones que requieren que la cliente sea referida para que se le haga una evaluación clínica más completa (ver la lista de verificación para la distribución de AOC en los SBC, en la última página de este capítulo).

Los/as agentes comunitarios de salud que proporcionen AOC en las clínicas deben estar preparados para hacer esta evaluación de salud a las clientes que lleguen referidas por los SBC o provenientes del sistema de mercadeo social.

Servicios clínicos

La evaluación del estado de salud en la clínica debe incluir una historia clínica y los aspectos relevantes de la historia social de la cliente, un examen físico y aquellas pruebas de laboratorio que sean necesarias.

- *Historia médico-social:* Debe hacerse una historia médico-social en la clínica, poniendo especial cuidado en las condiciones relevantes para la elegibilidad médica (ver las secciones 2.3, 2.4 en este capítulo). La historia debe incluir la edad de la cliente, aspectos relevantes de la historia familiar y de los antecedentes médicos, historia ginecológica incluyendo la fecha de la última regla y el patrón menstrual, antecedentes de tabaquismo, y cualquier condición médica actual.
- *Examen físico:* El examen físico inicial en la clínica debe incluir peso, presión arterial, examen de las extremidades para ver si hay varicosidades o signos de trombosis venosa profunda, examen de la piel y ojos para descartar ictericia, examen de las mamas y otros exámenes indicados por la historia médico-social. No es necesario hacer un examen pélvico bimanual ni un examen vaginal con espéculo para la utilización de AOC, pero se les debe ofrecer a las mujeres como parte de los servicios de salud reproductiva, siempre que sea posible y apropiado.
- *Pruebas de laboratorio:* No se requieren en forma rutinaria para el uso de AOC, excepto en los casos en que la historia médica y el examen físico los indiquen. Siempre que sea posible y apropiado, deben ofrecerse a la mujer algunas pruebas selectas a las clientes como parte de los servicios de salud reproductiva. Entre otros:
 - Determinación de glucosa y proteínas en orina.
 - Tamizaje para sífilis (con VDRL).
 - El tamizaje de cáncer cervical debe iniciarse 2–3 años después del inicio de la actividad sexual y repetirse cada 1–3 años (ver el capítulo 4: Tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas).

Si la historia médica no da razón alguna para sospechar de la existencia de una contraindicación de categoría 4, no deben negarse el AOC a la cliente debido a que el examen físico o las pruebas de laboratorio no se hayan realizado, ya sea en forma parcial o total. Debe iniciarse el uso del AOC, pero todos los exámenes y pruebas requeridos deben ser programados dentro de los siguientes tres meses.

La historia médico-social y los resultados de los exámenes deben ser documentados en el registro clínico de cada cliente, especialmente en lo que se refiere a la presencia de cualquier condición que caiga dentro de las categorías 2, 3 y 4 del criterio de elegibilidad médica.

2.8 Selección de un AOC

Debe utilizarse para todas las clientes la dosis más baja de estrógeno y de progestágeno que sea efectiva y aceptable.

- Empiece con un combinado monofásico con 30–35 µg de estrógeno.
- Cambie la dosis o el tipo de píldora solamente si hay efectos colaterales lo suficientemente significativos como para hacer que la cliente considere la posibilidad de discontinuar el método o cambiar de píldora (ver la sección 2.12 de este capítulo).

Entre los progestágenos presentes en los AOC disponibles actualmente están el levonorgestrel, noretisterona, desogestrel, gestodeno, acetato de ciproterona, norgestimato y la drospirenona. No hay razones médicas para preferir alguno en especial, aunque hay diferencias en sus costos, y esto sí debe considerarse. El desogestrel y el gestodeno pueden implicar un pequeño riesgo adicional de TVP/EP superior al de los AOC que contienen levonorgestrel. La píldora con 30 µg de etinil estradiol y 150 µg de levonorgestrel es la combinación para la cual se cuenta con más información sobre su seguridad, y es la más ampliamente usada.

NOTA: Para obtener información acerca de los nombres comerciales y la composición de anticonceptivos orales disponibles en todo el mundo, consulte el *Directorio de Anticonceptivos Hormonales* de la IPPF (disponible en el sitio de Internet de la IPPF en: www.ippf.org).

2.9 Instrucciones para la cliente

Los AOC están disponibles en paquetes de:

- **21 píldoras**, en los que 1 píldora conteniendo la combinación estrógeno/progestágeno se toma diariamente durante 21 días, seguidas de un descanso de 7 días antes de iniciar un nuevo paquete; y
- **28 píldoras**, en los que 1 píldora conteniendo la combinación estrógeno/progestágeno se toma diariamente durante 21 días y entonces, en lugar de un descanso, durante 7 días se toman placebos o píldoras con hierro contenidas en cada paquete, hasta completar un ciclo completo de 28 días.

Utilice un paquete de píldoras como muestra para explicar a la cliente cómo debe utilizarlas. Si ella utilizará un paquete de 28 píldoras, explíquele que las píldoras placebo representan la semana durante la cual ella tendrá su menstruación. Muestre a la cliente la forma de distinguir entre las píldoras activas y las placebo. Usualmente, las píldoras placebo tienen un color o tamaño diferentes o ambas características. Proporcione a la cliente instrucciones claras y expresadas en términos que puedan ser fácilmente comprendidos.

Iniciando el uso de la píldora

La cliente puede iniciar el primer ciclo de píldoras dentro de los primeros 5 días de su período menstrual, preferentemente en el primer día. Para algunas mujeres resulta conveniente iniciar el uso de la píldora en un día específico de la semana (ej.: un día domingo); si una cliente prefiere proceder de esta manera, y el día elegido es posterior al quinto día de iniciada su menstruación, asegúrese hasta donde sea razonablemente posible de que ella no esté embarazada e indíquele que utilice alguna protección adicional contra el embarazo durante los siguientes 7 días.

Para la cliente amenorreica

- La cliente puede iniciar el uso de AOC en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que ella no está embarazada.
- La mujer necesitará abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar una protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Para la cliente post parto

- Si la mujer está amamantando y desea utilizar la píldora, recomiéndele la píldora de progestágeno solo, la cual puede empezar a usarse después de la sexta semana post parto (ver sección 3.8). Debe posponerse el inicio de los AOC hasta pasados 6 meses post parto, o hasta después del término de la lactancia, lo que suceda primero.
- Si no está amamantando, la cliente puede empezar a usar la píldora entre la 3ª y la 6ª semana post parto (la coagulación sanguínea y la fibrinólisis regresan por sí solas a la normalidad 21 días después del parto). Si la cliente desea empezar después de la sexta semana post parto y todavía no le ha retornado la menstruación, asegúrese que ella no esté embarazada antes de que inicie los AOC (ver el capítulo 11: Diagnóstico de embarazo).

Cambiando de método a partir de otro método hormonal

- La cliente puede iniciar el uso de AOC inmediatamente si ha estado utilizando su otro método hormonal de manera consistente y correcta, o si hay una certeza razonable de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar por su siguiente período menstrual.
- Si su método anterior fue un anticonceptivo inyectable, ella debe iniciar el uso de AOC en el momento en el que se habría administrado la inyección subsecuente. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambiando de método a partir de otro método no hormonal (excepto el DIU)

- La cliente puede iniciar el uso de AOC dentro de los 5 días siguientes al inicio de su sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- Ella puede también iniciar el uso de AOC en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada. Si han pasado más de 5 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los primeros 7 días de uso de AOC.

Cambiando de método a partir de un DIU (incluyendo el DIU liberador de hormonas)

- La cliente puede iniciar el uso de AOC dentro de los 5 días posteriores al inicio de su sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional. El DIU puede ser removido en ese momento.
- La cliente puede también iniciar el uso de AOC en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada.
- Si la cliente ha tenido actividad sexual durante el actual ciclo menstrual, y han pasado más de 5 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, se recomienda que el DIU sea removido en el momento de su siguiente período menstrual.
- Si ella no ha tenido actividad sexual durante el actual ciclo menstrual, y han pasado más de 5 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los primeros 7 días de uso de AOC. Si esa protección adicional será provista por el DIU que ella ha venido usando, se recomienda que ese DIU sea removido en el momento de su siguiente período menstrual.
- Si la cliente presenta amenorrea o tiene sangrado irregular, ella puede iniciar el uso de AOC siguiendo las mismas indicaciones que se dan a otras mujeres amenorreicas.

Tomando la píldora

La cliente debe tomarse una píldora cada día a la misma hora, hasta terminar el paquete; indíquele no suspender las píldoras antes de terminar el paquete, aunque no tenga relaciones sexuales.

Cómo empezar un paquete nuevo

- Si la cliente está utilizando paquetes de 28 píldoras, deberá empezar un paquete nuevo, al día siguiente después de haber terminado el paquete anterior; esto, sin interrumpir ni un solo día.

- Si la cliente está utilizando paquetes de 21 píldoras, al terminarse cada paquete debe dejar pasar 7 días sin tomar píldoras y entonces iniciar el nuevo paquete.

Si se toma las píldoras correctamente, la cliente siempre empezará un nuevo paquete el mismo día de la semana.

Píldoras olvidadas

Ponga énfasis sobre la importancia de que no debe olvidarse de tomar cada píldora. Advierta a la cliente que si olvida tomar una o más píldoras hormonales, puede manchar o tener un sangrado intermenstrual inesperado, pero aún más importante, tendrá un mayor riesgo de resultar embarazada. El riesgo más grande se presenta cuando la cliente omite tomar píldoras al comienzo o al final del ciclo, porque eso equivale a prolongar el intervalo en que no se tiene la protección de las píldoras hormonales. Proporcione a la cliente las siguientes instrucciones:

Para píldoras de etinil estradiol de 30–35 µg

- *Si la cliente olvida tomar 1 ó 2 píldoras hormonales*, debe tomar la píldora tan pronto como ella se acuerde. La cliente debe tomar la siguiente píldora a la hora habitual; y esto puede implicar que ella tenga que tomar 2 píldoras el mismo día o a la misma hora. En este caso, ella no necesita alguna protección anticonceptiva adicional.
- *Si la cliente olvida tomar 3 ó más píldoras hormonales consecutivas o si inicia el paquete con 3 ó más días de retraso*, ella debe tomar la píldora hormonal tan pronto como sea posible y entonces continuar tomando píldoras diariamente, una cada día. Ella debe también usar condones o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya tomado las píldoras hormonales durante 7 días consecutivos.
 - Si la cliente olvidó tomar las píldoras en la tercera semana, entonces debe terminar las píldoras hormonales del paquete actual e iniciar un nuevo paquete al día siguiente, sin tomar las 7 píldoras inactivas.
 - Si la cliente olvidó tomar las píldoras durante la primera semana y tuvo relaciones sexuales sin protección, ella podría considerar el uso de anticoncepción de emergencia (ver el capítulo 10: Anticoncepción de emergencia).

Para píldoras de etinil estradiol de 20 µg ó menos

- *Si la cliente olvida tomar 1 píldora hormonal*, ella deberá seguir las instrucciones anteriores dadas en caso de que olvide tomar 1 ó 2 píldoras de etinil estradiol de 30–35 µg.

- Si la cliente olvida tomar 2 ó más píldoras hormonales o si inicia el paquete con 2 ó más días de retraso, ella debe seguir las instrucciones anteriores dadas en caso de que olvide tomar 3 ó más píldoras de etinil estradiol de 30–35 µg.

Para píldoras de etinil estradiol de 30–35 µg y 20 µg ó menos

- Si la cliente olvida tomar 1 ó más píldoras no hormonales (placebo), ella debe desechar la o las píldoras placebo olvidadas y continuar tomando las píldoras remanentes una al día. Debe iniciar el nuevo paquete como de costumbre. No se requiere protección anticonceptiva adicional.

Cuando sea posible, asegúrese de que las píldoras suministradas a la mujer le permitirán tener un paquete de repuesto siempre disponible. Puede ser una buena práctica proveer a la mujer con una dotación de condones cuando se le proporcionan sus paquetes iniciales de píldoras, para que los use como protección adicional en caso de que ella lo necesite.

Vómitos y diarrea

Los vómitos y/o diarrea severos interfieren con la eficacia de los AOC. Si el vómito ocurre en el transcurso de 1 hora después de tomar una píldora hormonal activa, la cliente debe tomar otra píldora activa. Si los síntomas persisten por más de 24 horas, recomíéndele la utilización de protección anticonceptiva adicional, hasta que haya estado sin vómitos ni diarrea por 7 días. Si los vómitos y diarrea severos continúan por más de 2 días, ella debe seguir el procedimiento indicado para las píldoras olvidadas.

Otros medicamentos

Informe a la cliente que algunos medicamentos disminuyen la efectividad de los AOC; y que, por esa razón, ella siempre debe informar a los/as proveedores de servicios de salud y de planificación familiar sobre todos los medicamentos que toma, independientemente del motivo de la consulta.

Efectos colaterales

Advierta a la cliente acerca de posibles efectos colaterales (ver sección 2.12).

Signos de alarma

Aconseje a la mujer que acuda a consulta en una clínica si tiene sospecha de embarazo o si experimenta cualquiera de los siguientes signos de alarma o síntomas de complicaciones:

- Dolor severo en la región abdominal.
- Dolor severo en el pecho, tos o dificultad respiratoria.
- Dolor severo de cabeza.
- Pérdida de la visión o visión borrosa.
- Dolor severo en las pantorrillas o en los muslos.
- Ictericia (tinte amarillo en los ojos y la piel).

Para evitar la ansiedad en la cliente, explíquele que las complicaciones serias con los AOC ocurren muy rara vez. Puede tranquilizarla explicándole que su salud estará mejor protegida por el uso de este altamente confiable método anticonceptivo, que si ella tuviera un embarazo no deseado.

Seguimiento

Aconseje a la cliente que visite una clínica o que entre en contacto con un/a trabajador/a de SBC, para someterse a un chequeo de rutina, alrededor de 3 meses posteriores al inicio del uso de AOC. De ahí en adelante, es recomendable un chequeo anual de rutina.

Informe a la cliente sobre la fecha de su próxima visita, y el nombre de la píldora que ha recibido. Si la cliente será revisada en una clínica, asegúrese de que ella sabe como se llama esa clínica, la dirección y el teléfono. Si la cliente estará recibiendo las píldoras a través de los SBC, entonces proporcionele el nombre, dirección y teléfono de la clínica más cercana, para que consulte si tiene problemas. Esta información, y una lista de los signos de alarma, puede entregarse a la cliente escrita en una tarjeta o en un folleto impreso. La información deberá ser escrita y presentada de tal manera que sea fácilmente comprensible para la cliente o para algún familiar o vecino (en caso de que la cliente no sepa leer).

Aliéntela a hacer preguntas, para aclarar incertidumbres, y pídale que repita las instrucciones básicas, para verificar que las ha comprendido.

2.10 Atención de seguimiento

La cliente debe ser revisada, ya sea en una clínica o por alguien que proporcione SBC, unos 3 meses después de haber iniciado los AOC, y luego una vez al año como mínimo.

Protocolo para el seguimiento a los 3 meses

- Actualice la dirección de la cliente y la forma en establecer contacto con ella.
- Evalúe el grado de satisfacción de la cliente con el método.
- Determine si la cliente ha tenido algún problema o posible efecto colateral; en caso afirmativo, registre la información en la historia clínica.
- Si el seguimiento se da a través de SBC y se detecta algún problema serio o efecto colateral, refiera a la cliente a un establecimiento clínico.
- En la clínica, actualice la historia médica, mida la presión arterial y el peso, y realice cualquier otro examen indicado por la historia.
- Proporcione consejería y/o tratamiento apropiados según sea requerido.
- Repase con la cliente las instrucciones para tomar sus AOC y los signos de los que debe estar pendiente, entonces reaprovísonela con AOC y déle instrucciones para la visita anual de seguimiento.
- Aliente a su cliente a estar en contacto con un/a trabajador/a de SBC o con la clínica en cualquier momento si tiene preguntas, quejas o problemas.

Protocolo para la visita anual de seguimiento

- Siga el protocolo de la visita de los 3 meses, con actualización de la historia médica y una valoración del grado de satisfacción con el método.
- Ofrezca a la cliente otros servicios de salud reproductiva relevantes que estén disponibles en el establecimiento clínico, como el tamizaje de cáncer cervical.

Duración de uso: Las mujeres que estén bien de salud pueden continuar utilizando AOC por muchos años. No hay necesidad de discontinuarlos periódicamente.

2.11 Provisión de AOC

El sistema de suministro debe ser flexible, de tal forma que la cliente pueda obtener píldoras con facilidad en la cantidad y en el momento que ella las requiera. Es importante mantener al mínimo el número de visitas para reabastecimiento. En general, si la cliente no lo solicita de otra forma, proporciónale 3 ciclos de píldoras después del primer encuentro; entonces hasta 10 ciclos en la visita de seguimiento a los 3 meses sino ha habido problema alguno. En la primera visita anual de seguimiento, y cada año de ahí en adelante,

puede dársele una provisión de 13 ciclos, si la cliente continúa sin tener problemas o condiciones que requieran una consideración especial. En ciertos casos, los/as proveedores/as de servicios pueden encontrar que, para algunas clientes, es más conveniente proporcionarles dotaciones más pequeñas (ej.: para aquellas que no puedan almacenar tantas píldoras de manera segura).

2.12 Efectos colaterales

Los siguientes efectos colaterales (que no deben ser motivo para discontinuar el método), son frecuentes durante los primeros 3 ciclos, y luego suelen desaparecer.

- Sangrado intermenstrual inesperado.
- Náuseas y/o mareos leves.
- Sensibilidad de las mamas.
- Cefaleas leves.

Otros efectos colaterales incluyen ganancia de peso, retención de líquidos y depresión.

La mayoría de los efectos colaterales generalmente son tolerados por las clientes si reciben apoyo a través de la consejería. A veces puede ser necesario dar tratamiento sintomático. Si este manejo no es efectivo, o si el problema le preocupa demasiado a la cliente, considere la posibilidad de recomendarle que descontinúe los AOC y aconséjele acerca de otros métodos alternativos de anticoncepción.

La ausencia de la regla (amenorrea) también puede ocurrir debido al uso de AOC; en cuyo caso será necesario asegurarse de que la cliente no está embarazada (ver el capítulo 11: Diagnóstico de embarazo), especialmente si ha habido olvidos o retrasos al tomar las píldoras. Si persiste la ausencia de la regla y no se trata de un embarazo, tranquilice a la cliente explicándole que esto no representa ningún riesgo para su salud. Puede probarse con otro tipo de píldora.

2.13 Administración de los servicios

Ver la sección 4 de este capítulo.

3 Píldoras de progestágeno solo (PPS)



3.1 Definición

La píldora de progestágeno solo (PPS) es un anticonceptivo hormonal oral que contiene solamente un progestágeno, en una dosis menor (típicamente 10–50%) que la utilizada en la píldora combinada de estrógeno/progestágeno. Por lo tanto, dependiendo del tipo de progestágeno, las PPS pueden contener solamente de 30 μg (ej.: el levonorgestrel) a 600 μg (ej.: la noretisterona) de progestágeno (0.03–0.6 mg).

Las PPS disponibles actualmente contienen progestágenos de los grupos de la noretisterona o del levonorgestrel. Se debe tomar una píldora cada día y a la misma hora, sin suspender ni un solo día, sin importar cual sea el patrón de sangrado. La eficacia de las PPS es ligeramente menor que la de los AOC, sobre todo en mujeres jóvenes, pero en mujeres mayores de 35 años la eficacia es parecida a la de los AOC.

NOTA: Para información sobre marcas de fábrica y composiciones de los anticonceptivos orales disponibles en los distintos países del mundo, ver el *Directorio de Anticonceptivos Hormonales*, de IPPF (disponible en el sitio de Internet de la IPPF: www.ippf.org).

Mecanismo de acción: Al igual que otros anticonceptivos de progestágeno solo, las PPS tienen dos mecanismos de acción:

- El principal factor de la eficacia anticonceptiva de las PPS es el efecto del progestágeno sobre el moco cervical. El moco se torna viscoso y escaso, inhibiendo la penetración de los espermatozoides.
- Los progestágenos actúan sobre el hipotálamo y sobre la pituitaria, y suprimen la elevación aguda de hormona luteinizante (LH) responsable de la ovulación. Esto evita la ovulación en por lo menos la mitad de los ciclos.

Los progestágenos también causan cambios histológicos en el endometrio, en función de la dosis administrada; sin embargo, no hay evidencia de que estos cambios contribuyan al efecto anticonceptivo.

3.2 Indicaciones

Las píldoras de progestágeno solo deben ser provistas a cualquier mujer que las solicite después de haber recibido consejería apropiada, y de haber tomado una decisión informada, siempre y cuando no tenga ninguna contraindicación para su uso (una condición de categoría 4 en el criterio de elegibilidad médica de la OMS).

Las PPS pueden ser especialmente apropiadas para las mujeres que quieren utilizar anticoncepción hormonal oral y que tienen alguna condición que descarte el uso de estrógenos, como para quienes están amamantando.

3.3 Criterios médicos de elegibilidad

Las PPS no tienen efecto en la presión arterial o en los factores de coagulación, y tienen un efecto insignificante en el metabolismo de lípidos y en la función hepática. Por lo tanto, las PPS tienen menos restricciones de elegibilidad médica que los AOC.

Categoría 4 (Contraindicaciones) Las PPS no deben utilizarse en presencia de:

- Cáncer de mama en los pasados 5 años.

Aconseje a las mujeres que tengan contraindicaciones para las PPS, así como para los AOC, acerca de métodos alternativos de anticoncepción (ver también el capítulo 2: Consejería).

Categoría 3 En general, las PPS no deben utilizarse en presencia de:

- Padecimiento actual de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Hepatitis viral activa.
- Tumor hepático (benigno o maligno).
- Cirrosis descompensada severa.
- Antecedentes de cáncer de mama, sin evidencia de la enfermedad en los últimos 5 años.
- Estar amamantando y tener menos de 6 semanas post parto.
- Tratamiento de medicamentos que afecten las enzimas hepáticas: rifampicina y ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamezepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina).

Cuando esté presente cualquier condición de Categoría 3, explique a la cliente los riesgos potenciales y aconséjele acerca de métodos anticonceptivos alternos. Si la cliente elige las PPS debido a que otras opciones anticonceptivas no están disponibles o no son aceptables, es particularmente importante aconsejarle que se requiere un seguimiento médico frecuente.

Categoría 2

Las PPS pueden ser usadas generalmente con precaución en presencia de:

- Padecimiento actual o antecedentes de enfermedad cardiaca isquémica o apoplejía (si cualquiera de estas condiciones se desarrolla durante el uso de PPS, se convierte en categoría 3).
- Antecedentes de hipertensión en lugares en donde no puede evaluarse la presión arterial.
- Presión arterial elevada (sistólica \geq 160 ó diastólica \geq 100 mmHg).
- Presión arterial elevada con enfermedad vascular.
- Migraña con áurea o desarrollo de migraña sin áurea a cualquier edad durante el uso de PPS (si la migraña se desarrolla durante el uso de PPS, se convierte en categoría 3).
- Diabetes con o sin complicaciones (antecedentes de enfermedad gestacional es categoría 1).
- Antecedentes de TVP/EP.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Cirrosis compensada leve.
- Enfermedad de vesícula biliar.
- Masa en mama no diagnosticada.
- Embarazo ectópico previo.
- Hiperlipidemia diagnosticada.
- Sangrado vaginal irregular, abundante o prolongado, o sangrado vaginal inexplicado, que causen sospecha de una condición subyacente seria, antes de la evaluación correspondiente.
- Tratamiento con griseofulvina.
- Terapia antirretroviral.

Cuando cualquiera de estas condiciones está presente, un tamizaje cuidadoso y el monitoreo apropiado, permitirán que los beneficios de usar las PPS superen cualquier riesgo potencial.

3.4 Situaciones especiales

Los consejos que se dan para el uso de AOC en relación con sangrado vaginal anormal, interacción con otros medicamentos, ITS y patologías malignas del tracto genital, también aplican para las PPS (ver sección 2.4).

Primeras 3 semanas post parto

El uso de las píldoras de progestágeno solo (PPS) puede iniciar en cualquier momento después del parto, si la madre elige no amamantar.

Lactancia

Los métodos hormonales no son la primera opción para mujeres que estén amamantando. Aunque los anticonceptivos de progestágeno solo no parecen interferir con la lactancia, existe la preocupación de que podrían conducir a la liberación de progestágenos activos oralmente a través de la leche, los cuales serían entonces absorbidos por el/la infante. Cualquier método a base de progestágeno no debería iniciarse antes de la sexta semana post parto por mujeres que estén amamantando, a menos que otras opciones anticonceptivas no estén disponibles o no sean aceptables. La dosis diaria estimada recibida por los/las infantes es mucho mayor con inyectables de progestágeno solo que con las PPS.

Otras situaciones especiales

Las PPS pueden ser utilizadas, siempre y cuando no exista contraindicación alguna, por mujeres que:

- Son adolescentes.
- Tienen más de 35 años de edad.
- Tienen venas varicosas.
- Tienen enfermedad celular falciforme.

3.5 Consejería e información

Todas las clientes deben recibir consejería apropiada para la selección y uso de las PPS, antes de iniciar el uso de este método anticonceptivo. Aliente a sus clientes a plantear todas sus preguntas, de tal forma que cualquier incertidumbre o malos entendidos sean clarificados desde el comienzo. [Ver el capítulo 2: Consejería].

Selección de las PPS como método anticonceptivo

Por favor, refiérase al capítulo 2: Consejería y a la sección 2.5 de este capítulo. Adicionalmente, plantee los siguientes puntos durante la consejería para el uso de las PPS:

- En general, la efectividad de las PPS es ligeramente menor que la de los AOC, especialmente cuando la cliente se olvida de tomar una píldora.
- El sangrado intermenstrual inesperado y la amenorrea son comunes con el uso de PPS.
- Si la mujer está amamantando, y está preocupada por la transmisión de hormonas a través de su leche, explíquele que no hay evidencia actual de que las cantidades de hormonas que se encuentran en la leche materna como resultado de las PPs, hayan alguna vez causado daño a un bebé.

Uso de las PPS

Ver la sección 3.8 de este capítulo.

3.6 ¿Quiénes pueden proporcionar PPS?

Los consejos dados para los AOC en la sección 2.6 de este capítulo, también son aplicables a la provisión de PPS.

3.7 Evaluación del estado de salud

El propósito de la evaluación del estado de salud es determinar la idoneidad de la cliente para el uso de este método. También debe utilizarse como una oportunidad de ofrecer a la cliente otros servicios de salud sexual y reproductiva disponibles.

Las pautas para la evaluación de los AOC (ver sección 2.7), también son aplicables en general para las clientes que reciben PPS. Sin embargo, hay unas pocas restricciones de elegibilidad médica para las PPS (compare las secciones 2.3 y 2.4 con las secciones 3.3 y 3.4).

3.8 Instrucciones para la cliente

Utilice un paquete de píldoras de muestra para explicar su utilización. Proporcione instrucciones claras y expresadas en términos que la cliente pueda comprender con facilidad.

Iniciando el uso de PPS

Idealmente, la cliente debe iniciar su primer ciclo de píldoras dentro de los primeros 5 días de su período menstrual, preferentemente en el primer día. No se necesita protección anticonceptiva adicional. Ella puede también iniciar el uso de las PPS en cualquier otro momento, si hay certeza razonable de que no está embarazada; pero si han pasado más de 5 días desde el comienzo del sangrado menstrual, ella necesitará abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional, por los siguientes 2 días.

Para la cliente amenorreica

- Ella puede iniciar el uso de PPS en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada.
- Ella necesitará abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional por los siguientes 2 días.

Para la cliente post parto

- Si la cliente está amamantando y desea usar la píldora, ella puede empezar a tomar las PPS después de la sexta semana post parto, pero no antes. Si una cliente en amenorrea de lactancia solicita la píldora entre las 6 semanas y los 6

meses post parto, proporciónale las PPS si usted puede determinar que ella no está embarazada (ver el capítulo 11: Diagnóstico de embarazo).

- Si la cliente tiene más de 6 semanas post parto y sus ciclos menstruales se han reestablecido, ella puede iniciar el uso de PPS con las mismas indicaciones que se dan a otras mujeres que tienen sus ciclos menstruales.
- Si la cliente no está amamantando, ella puede empezar a usar las PPS inmediatamente, o en cualquier momento dentro de las primeras 6 semanas postparto. Si la cliente quiere empezar después de la sexta semana postparto y todavía no le ha retornado la menstruación, descarte la posibilidad de que esté embarazada antes de proporcionarle las PPS.

Cambiando de método a partir de otro método hormonal

- La cliente puede iniciar el uso de PPS inmediatamente si ha estado utilizando su otro método hormonal de manera consistente y correcta, o si hay una certeza razonable de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar por su siguiente período menstrual.
- Si su método anterior fue un anticonceptivo inyectable, ella debe iniciar el uso de PPS en el momento en el que se habría administrado la inyección subsecuente. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambiando de método a partir de otro método no hormonal (excepto el DIU)

- La cliente puede iniciar el uso de PPS dentro de los 5 días siguientes al inicio de su sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- Ella puede también iniciar el uso de PPS en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada. Si han pasado más de 5 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los primeros 2 días de uso de PPS.

Cambiando de método a partir de un DIU (incluyendo el DIU liberador de hormonas)

- La cliente puede iniciar el uso de PPS dentro de los 5 días posteriores al inicio de su sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional. El DIU puede ser removido en ese momento.
- La cliente puede también iniciar el uso de PPS en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada.
- Si la cliente ha tenido actividad sexual durante el actual ciclo menstrual, y han pasado más de 5 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, se recomienda que el DIU sea removido en el momento de su siguiente período menstrual.

- Si ella no ha tenido actividad sexual durante el actual ciclo menstrual, y han pasado más de 5 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los primeros 2 días de uso de PPS. Si esa protección adicional será provista por el DIU que ella ha venido usando, se recomienda que ese DIU sea removido en el momento de su siguiente período menstrual.
- Si la cliente presenta amenorrea o tiene sangrado irregular, ella puede iniciar el uso de PPS siguiendo las mismas indicaciones que se dan a otras mujeres amenorreicas.

Tomando la píldora

La cliente debe tomarse una píldora cada día a la misma hora, hasta terminar el paquete; ella debe iniciar un nuevo paquete sin interrupción, el día siguiente después de terminar el paquete anterior. Si se toma las píldoras correctamente, la cliente siempre empezará un nuevo paquete el mismo día de la semana.

Píldoras olvidadas

Ponga énfasis sobre la importancia de que no debe olvidarse de tomar cada píldora, aunque sea por unas pocas horas. Advierta a la cliente que si olvida tomar una o más píldoras hormonales, puede manchar o tener un sangrado intermenstrual inesperado, pero aún más importante, tendrá un mayor riesgo de resultar embarazada. Ella debe reiniciar el uso de las píldoras tan pronto como sea posible. Si la cliente olvidó tomar la píldora por más de 3 horas, indíquele que debe abstenerse de tener relaciones sexuales o que debe utilizar un método anticonceptivo de barrera durante las primeras 48 horas posteriores al reinicio del uso de las píldoras. Si ella ha sostenido relaciones sexuales durante el período desprotegido, debe considerarse el uso de anticoncepción de emergencia (ver el capítulo 10: Anticoncepción de emergencia).

Si la cliente está amamantado, está amenorreica y ha olvidado tomar una o más píldoras por más de 3 horas, ella debe tomar la píldora tan pronto como sea posible y continuar tomándola como de costumbre. Si la cliente tiene menos de 6 semanas post parto, no se necesita protección anticonceptiva adicional.

Otros medicamentos

Informe a la cliente que algunos medicamentos disminuyen la efectividad de las PPS; y que, por esa razón, ella siempre debe informar a los/as proveedores/as de servicios de salud y de planificación familiar sobre todos los medicamentos que toma, independientemente del motivo de la consulta.

Efectos colaterales

Adverta a la cliente sobre la posibilidad de efectos colaterales (ver la sección 3.10).

Seguimiento

Informe a la cliente sobre la fecha de su próxima visita, y el nombre de la píldora que ha recibido. Si la cliente será revisada en una clínica, asegúrese que ella sabe cómo se llama esa clínica, la dirección y el teléfono. Si la cliente estará recibiendo las píldoras a través de los SBC, entonces proporciónale el nombre, dirección y teléfono de la clínica más cercana, para que consulte si tiene problemas. Esta información, y una lista de los signos de alarma, puede entregarse a la cliente escrita en una tarjeta o en un folleto impreso. La información deberá ser escrita y presentada de tal manera que sea fácilmente comprensible para la cliente o para algún familiar o vecino (en caso de que la cliente no sepa leer).

Aconseje a la cliente que visite una clínica o que entre en contacto con un/a trabajador/a de SBC (si esto es aplicable y más conveniente) en caso de que experimente un efecto colateral problemático o que tenga alguna otra preocupación o problema en relación con la píldora.

Aliéntela a hacer preguntas, para aclarar cualquier incertidumbre, y pídale que repita las instrucciones básicas, para verificar que las ha comprendido.

3.9 Atención de seguimiento y provisión de PPS

Siga las pautas para el seguimiento y provisión de AOC, que se indican en las secciones 2.10 y 2.11 de este capítulo.

Duración de uso: Cuando una indicación especial (como el amamantar) deja de existir, debe considerarse el uso de AOC, los cuales son más efectivos y tienen un mejor control de ciclo. Sin embargo, las PPS pueden usarse indefinidamente si ese es el deseo de la cliente y si no hay efectos colaterales serios.

3.10 Efectos colaterales

Los efectos colaterales comunes incluyen el sangrado intermenstrual inesperado, amenorrea, sensibilidad en las mamas y dolores de cabeza. La cliente usualmente tolera estos efectos colaterales si se le apoya con consejería, aunque algunas veces se requiere tratamiento sintomático. Si este manejo no ayuda, o si el problema constituye una seria preocupación para la cliente, considere si ella debe discontinuar el uso de la píldora; y, si es el caso, aconséjele sobre métodos alternativos de anticoncepción.

3.11 Administración de los servicios

Ver la sección 4 siguiente.

4 Administración de los servicios de anticonceptivos orales

Un programa de SSR/planificación familiar que proporciona anticoncepción hormonal oral, puede usar enfoques complementarios – por ejemplo, los servicios basados en la comunidad (SBC) y el mercadeo social, así como los servicios clínicos.

Los SBC llegan a personas que:

- Están fuera del área de captación de las clínicas; *o que*
- Encuentran que los SBC son más aceptables y convenientes.

Los servicios clínicos:

- Ofrecen un servicio de salud reproductiva más completo a personas dentro de su área de captación; y
- Proporcionan respaldo clínico a los SBC.

Adicionalmente, como un tercer enfoque, el mercadeo social proporciona algunos métodos anticonceptivos a través de canales comerciales subsidiados.

4.1 Servicios de planificación familiar basados en la comunidad (SBC)

Listas de verificación del tamizaje de salud

Estas listas deben usarse en los SBC para ayudar a el/la proveedor/a de servicios a identificar posibles contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales y/o clientes que necesitan ser referidas a establecimientos clínicos para una más completa evaluación. Para ver un ejemplo de esas listas de verificación, revise la hoja de trabajo para distribuir anticonceptivos orales en SBC en la última página de este capítulo.

Sistemas de referencia

Estos sistemas deben estar operando de tal forma que las clientes de SBC que necesiten una evaluación más completa, las que requieran otro método de anticoncepción como el DIU o la esterilización, o las que requieran otros servicios de salud sexual y reproductiva, puedan ser referidas al establecimiento clínico más conveniente y apropiado.

- Ese establecimiento podría ser una clínica del gobierno, una asociación de planificación familiar u otra organización no gubernamental. Con este propósito, debe desarrollarse los vínculos y colaboración entre instituciones.
- Los exámenes físico y/o pélvico no son esenciales para la provisión de anticonceptivos orales. Sin embargo, se necesita tener establecimientos clínicos de respaldo para que ese tipo de exámenes pueda estar disponible y ser llevado a cabo si fuera necesario.
- Si una cliente de SBC tiene un problema potencial relacionado con el uso de la anticoncepción oral, ella debe ser referida a una clínica. El/la proveedor/a de servicios en la clínica determinará si los anticonceptivos orales:
 - Pueden ser usados bajo la supervisión de un/a trabajador/a de salud comunitaria;
 - Pueden ser usados bajo supervisión clínica; o
 - No son indicados y se recomienda otro método.

El resultado de la visita a la clínica debe comunicarse a el/la agente de salud de SBC.

Variedad de píldoras

Los servicios basados en la comunidad deben contar con no más de 2 tipos de píldoras:

- Un AOC conteniendo 30–35 µg de estrógeno, que es adecuado para la mayoría de las mujeres; y
- Una PPS, para ser usada principalmente por clientes que estén amamantando.

Capacitación

Los/las trabajadores/as comunitarios/as deben ser capacitados en los siguientes temas:

- Cómo dar información sobre todas las opciones anticonceptivas disponibles, para ayudar a los/las clientes a hacer su propia selección de un método apropiado.
- Cómo dar educación y consejería antes, durante, y después de la adopción de un método anticonceptivo.

- Cómo utilizar listas de verificación para el tamizaje de los/las clientes.
- Cómo reconocer, a través de la utilización de listas de verificación, cuando la cliente necesita ser referida a una clínica para una evaluación más detallada.
- Cómo reconocer los signos de alarma de las complicaciones de la píldora, cómo explicárselas a las clientes, y cómo referirlas a la clínica si ello es necesario.
- La utilización de los expedientes básicos, para manejo de las clientes y para evaluación del programa.

4.2 Servicios clínicos

Expedientes de las clientes

Un formulario estándar para el expediente clínico debe ser utilizado para todas las clientes. Este formulario sirve:

- Para documentar la información esencial de la cliente.
- Como guía para el personal, para asegurar que la elegibilidad médica para el uso de la píldora es valorada de manera precisa y completa.
- Para registrar el método anticonceptivo entregado y otros servicios proporcionados al cliente.
- Para registrar los servicios de seguimiento.

Stock de píldoras

No debe contarse con más de 4 formulaciones de AOC:

- Dos, o al máximo tres, tipos de píldoras de dosis baja (30–35 µg de estrógeno); y
- No más de 1 píldora de dosis alta (50 µg de estrógeno).

Las píldoras que contienen 50 µg de estrógeno deben usarse solamente para anticoncepción de emergencia y en los casos especiales en que las condiciones específicas hacen que esta dosis sea necesaria (ej.: interacción con otros medicamentos o cuando las píldoras de dosis baja no proporcionan un control adecuado del ciclo menstrual).

- Inicie a todas las clientes nuevas que requieren anticonceptivos orales, y para quienes no hay contraindicaciones, con AOC de dosis baja. Si los efectos colaterales ameritan un cambio de píldora, documente las razones.
- Además, **debe contarse con una formulación de PPS**, principalmente para clientes que estén amamantando.
- No debe contarse con, ni utilizar píldoras combinadas que contengan más de 50 µg de estrógeno.

Capacitación

Debe haber un sistema de capacitación, para que el personal clínico actualice sus conocimientos y sus habilidades sobre los distintos aspectos de la calidad de atención y sobre los servicios de anticoncepción hormonal. La capacitación debe incluir el manejo de los efectos colaterales, así como actualización sobre los criterios de elegibilidad médica y los posibles riesgos de la utilización de anticonceptivos orales.

Equipo

El equipo básico para una clínica que supervisa la provisión de anticonceptivos orales es:

- Un tensiómetro (banda inflable para medir la presión arterial); y
- Una báscula.

Es deseable, pero no esencial, contar con equipo básico de laboratorio y acceso a servicios de laboratorio en la clínica.

4.3 Provisión de píldoras

Si la cliente no tiene contraindicaciones, proporciónese 3 ciclos de píldoras en la primera consulta; luego entréguele hasta 10 ciclos en la visita de control a los 3 meses, si la cliente no ha tenido problemas. Durante el chequeo anual puede entregarle una provisión completa para un año de 13 ciclos, si la cliente continúa sin tener problemas y no hay contraindicaciones. En algunos casos puede resultar más conveniente para algunas clientes recibir una cantidad menor de píldoras. Sin embargo, es importante reducir al mínimo el número de visitas de reabastecimiento.

El sistema de reabastecimiento debe ser flexible, para que la cliente pueda obtener las píldoras fácilmente, en la cantidad y en el momento que las necesite.

4.4 Almacenamiento, vida útil y existencias

- Las áreas de almacenamiento de los anticonceptivos orales deben ser seguras, sin plagas, bien ventiladas, y sin humedad. Los paquetes almacenados no deben recibir directamente la luz solar. Mantenga las cajas de anticonceptivos orales a por lo menos 10 cm del suelo y por lo menos 30 cm. de la pared. Anote en cada caja la fecha en que fue recibida, y utilice las más antiguas primero.
- Utilice los anticonceptivos antes de cumplir 5 años (según la fecha de fabricación que traen estampada).
- Asegúrese de tener suficientes existencias para las usuarias continuas y para las clientes nuevas. Calcule las cantidades que necesitará de la siguiente manera:
 - Multiplique el número de usuarias continuas que espera tener, por 13 ciclos; y

- Multiplique el número de clientes nuevas que espera tener, por 6.5 ciclos. La razón de multiplicar el número de clientes nuevas por 6.5 es que ellas iniciarán las píldoras en distintos momentos durante el año, y en promedio necesitarán la mitad de los ciclos que necesita una usuaria continua.

5 Anticonceptivos inyectables de progestágeno solo (IPS)



5.1 Definición

Los anticonceptivos inyectables de progestágeno solo (IPS) se componen de hormonas esteroideas sintéticas parecidas a la progesterona femenina. Este preparado inyectable es liberado lentamente al torrente circulatorio desde el tejido muscular del sitio de la inyección. Una sola dosis proporciona protección anticonceptiva segura y muy efectiva durante 2 ó 3 meses. Los IPS que más se utilizan son:

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD): cada dosis de 1 ml contiene 150 mg de AMPD y se administra cada 3 meses.
- Enantato de noretisterona (EN-NET): cada dosis de 1 ml contiene 200 mg de EN-NET y se administra cada 2 meses.

Mecanismo de acción: al igual que otros anticonceptivos de progestágeno solo, los IPS tienen 2 mecanismos de acción:

- El efecto del progestágeno sobre el moco cervical, el cual se torna viscoso y escaso, inhibiendo la penetración de los espermatozoides.
- El progestágeno actúa sobre el hipotálamo y la pituitaria, suprimiendo la elevación aguda de LH responsable de la ovulación. La ovulación se bloquea en por lo menos la mitad de los ciclos.

En la mayoría de los casos el endometrio muestra señales de supresión. Sin embargo este efecto no juega un papel importante en la eficacia de los IPS, ya que los cambios en el moco cervical y el efecto anovulatorio previenen la fertilización.

5.2 Indicaciones

Los IPS deben proporcionarse a cualquier mujer que los solicite, después de haber recibido consejería adecuada y de haber tomado una decisión informada, siempre y cuando no haya contraindicaciones para su utilización.

Los IPS pueden ser especialmente apropiados para mujeres que:

- Quieran un método anticonceptivo muy eficaz.
- Estén amamantando.
- Deseen la conveniencia de no tener que guardar anticonceptivos en casa.
- Tengan problemas para recordar tomarse los anticonceptivos orales.
- Que no deban usar anticonceptivos que contengan estrógenos.
- Que claramente se puedan beneficiar de los efectos complementarios para la protección de la salud de los IPS:
 - *Falciiformismo*: Las mujeres que usan AMPD tienen una reducción significativa de crisis.
 - *Anemia*: Los IPS pueden aumentar la concentración de hemoglobina, principalmente al reducir la pérdida de sangre.

5.3 Criterios médicos de elegibilidad

Históricamente se consideraba que los IPS tenían las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos orales combinados (AOC). Sin embargo, dado que los IPS no tienen efecto sobre la presión arterial o sobre los factores de coagulación (y, por lo tanto, no representan ningún riesgo de trombosis venosa), que su efecto sobre el metabolismo de los lípidos es insignificante, y que tienen muy poco efecto sobre la función hepática, las contraindicaciones para los IPS pueden ser consideradas de manera separada de las de los AOC.

Categoría 4 (Contraindicaciones)

No recomiende el uso de IPS ni los proporcione a mujeres:

- Que han tenido cáncer de mama durante los últimos 5 años.

Categoría 3

En general, los IPS no deben usarse en presencia de:

- Actual trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Condición actual o antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía.
- Presión arterial elevada (sistólica \geq 160 o diastólica \geq 100 mmHg).
- Hipertensión con enfermedad vascular.

- Diabetes mellitus con complicaciones vasculares (incluyendo hipertensión, nefropatía, retinopatía o neuropatía) o con más de 20 años de duración.
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis descompensada severa.
- Tumor benigno o maligno en el hígado.
- Antecedentes de cáncer de mama con evidencia de la enfermedad por al menos 5 años.
- Lactancia y menos de 6 semanas post parto.
- Sangrado vaginal inexplicado, que cause sospecha de una condición subyacente seria, antes de la evaluación correspondiente.

Cuando está presente una condición de categoría 3, explique a la cliente los riesgos potenciales y aconséjela sobre métodos anticonceptivos alternativos. Si la cliente elige IPS debido a que las otras opciones anticonceptivas no están disponibles o no son aceptables, es particularmente importante aconsejarle que debe permanecer bajo supervisión médica (ver también el capítulo 2: Consejería).

Categoría 2

Por lo general, los IPS pueden usarse con precaución en presencia de:

- Presión arterial elevada (sistólica 140–159 ó diastólica 90–99 mmHg).
- Antecedentes de hipertensión en lugares en donde la presión arterial no puede ser evaluada (incluyendo hipertensión durante el embarazo); o donde puede ser evaluada pero no puede controlarse adecuadamente.
- Diabetes mellitus (si se desarrolla enfermedad vascular durante el uso de IPS la diabetes mellitus se convierte en categoría 3).
- Migraña con o sin áurea a cualquier edad (si la migraña con áurea se desarrolla durante el uso de IPS, se convierte en categoría 3).
- Hiperlipidemia conocida.
- Antecedentes de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Cirrosis compensada leve.
- Enfermedad de vesícula biliar.
- Masa en mama no diagnosticada.

- Neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) o cáncer cervical (en espera de tratamiento).
- Sangrado vaginal irregular, abundante o prolongado.
- Tratamiento de medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: rifampicina y ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamezepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina).
- Terapia antirretroviral.

Cuando están presentes algunas de estas condiciones, un tamizaje cuidadoso y un monitoreo apropiado permitirán que los beneficios de usar los IPS superen cualquier riesgo potencial. Sin embargo, si una mujer tiene más de una de las tres primeras condiciones mencionadas arriba, mismas que pueden aumentar el riesgo de una enfermedad cardiovascular arterial, debe considerársele ubicada en la categoría 3 del criterio de elegibilidad médica.

Si se proporciona el método, registre las condiciones especiales de la mujer en la historia clínica y adviértale sobre signos de alarma relevantes para su condición.

5.4 Situaciones especiales

Lactancia

Los métodos hormonales no son la mejor alternativa para mujeres que están amamantando. Aunque los anticonceptivos de progestágeno solo parecen no interferir con la lactancia, existe la preocupación de que conducen a la liberación en la leche materna de progestágenos orales activos, los cuales son entonces absorbidos por el/la infante. Ningún método basado en progestágenos debe iniciarse antes de la sexta semana post parto en mujeres que están amamantando en forma total o casi total, a menos que no haya otro método anticonceptivo que esté disponible o que sea aceptable. La dosis diaria estimada que recibe un/a infante a través de la leche materna es mucho mayor con los IPS que con los PPS.

Adolescentes

Los beneficios de los anticonceptivos de progestágeno solo para proteger contra los embarazos son particularmente importantes para las adolescentes. Sin embargo, existe preocupación sobre el efecto hipo-estrogénico que pudieran tener los IPS en mujeres menores de 18 años, debido a posibles cambios en la masa y densidad ósea. Debe tomarse en cuenta cualquier factor de riesgo obvio para la osteoporosis, como la terapia corticoesteroide crónica, cuando se indica el uso de IPS a mujeres jóvenes de esa edad. *Cuando estén disponibles, los AIC pueden ser los anticonceptivos inyectables más convenientes.*

Mujeres mayores de 35 años

Los IPS pueden ser usados con seguridad por la mayoría de las mujeres saludables mayores de 35 años de edad. El riesgo de enfermedad cardiovascular será mínimo para esas mujeres si no son fumadoras y si no tienen otros factores de riesgo como hipertensión o diabetes mellitus. Existen algunas preocupaciones teóricas respecto al efecto hipo-estrogénico del AMPD en mujeres mayores de 45 años, debido a posibles efectos en la densidad ósea.

Interacción con otros medicamentos

Los medicamentos que inducen la síntesis de enzimas hepáticas, particularmente aquellos comúnmente usados en tratamientos a largo plazo, podrían disminuir la efectividad de los anticonceptivos hormonales. Tales medicamentos incluyen la rifampicina, griseofulvina, fenitoína, etosuximide, carbamazepina, glutetamida, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazapina y algunos agentes antirretrovirales. Si una cliente está tomando cualquiera de estos medicamentos a largo plazo, aconséjela el uso simultáneo de un método de anticoncepción suplementario, como los condones.

Sangrado vaginal anormal

Si una mujer tiene sangrado transvaginal sugerente de alguna condición relacionada con un embarazo o con alguna patología tal como una patología pélvica maligna, el sangrado debe ser investigado antes de indicarle los IPS. Sin embargo, los patrones irregulares de sangrado son frecuentes en mujeres saludables: no restrinja el uso de IPS si no hay alguna razón para sospechar un cuadro patológico, pero advierta a la cliente que su problema de sangrado puede incrementarse con la utilización de los IPS; si la cliente decide usar IPS, debe ser monitoreada de cerca.

Patología maligna del tracto genital

Si a las mujeres que usan IPS se les diagnostica cáncer del tracto genital, ellas pueden continuar utilizando IPS mientras esperan recibir tratamiento. El tratamiento para las patologías malignas del tracto genital casi siempre es de naturaleza tal, que posteriormente la mujer no podrá embarazarse. Las mujeres con patología pre-maligna del cuello uterino, si reciben tratamiento adecuado y éste tiene éxito, generalmente conservan su fertilidad y pueden continuar utilizando cualquier método anticonceptivo, incluidos los IPS. El tratamiento del coriocarcinoma puede no descartar los embarazos posteriores, pero el embarazo debe ser evitado durante el tratamiento y durante el seguimiento posterior, para poder monitorear adecuadamente la enfermedad. Si la mujer así lo desea, puede usar IPS.

Falciformismo

Las mujeres con enfermedad celular falciforme pueden utilizar IPS: además del efecto anticonceptivo, los anticonceptivos de progestágeno solo pueden tener efecto beneficioso sobre la enfermedad subyacente.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Los anticonceptivos hormonales no protegen contra las ITS, incluyendo el VIH, y las clientes deben estar conscientes de este hecho. Aconseje el uso de condones a cualquier cliente que esté en alto riesgo de adquirir alguna ITS. Debe aplicarse técnicas estrictas de asepsia cuando se aplican inyecciones, para evitar el riesgo de transmitir alguna infección, incluyendo el VIH.

5.5 Consejería e información

Todas las clientes deben recibir consejería apropiada para seleccionar y utilizar IPS antes de iniciar el uso del método. Aliente a las clientes a plantear todas sus preguntas para aclarar cualquier duda o malos entendidos desde el principio (ver también el capítulo 2: Consejería).

Selección de IPS como medio de anticoncepción

Discuta los siguientes puntos con la cliente, de manera clara y en lenguaje que sea comprensible para ella:

- Ventajas y desventajas de los IPS, incluyendo su efectividad, riesgos y beneficios, la posibilidad de que haya un retraso en el retorno de la fertilidad, otros efectos colaterales, y los costos.
- La posibilidad de que haya cambios en sus patrones de sangrado, inclusive:
 - *Amenorrea*: Hágale saber que la amenorrea es un efecto colateral esperado, y que puede esperar que sus ciclos menstruales retornen al patrón normal unos 6 meses después de suspender el inyectable.
 - *Irregularidades menstruales*: El sangrado intermenstrual inesperado y el manchado intermenstrual son condiciones comunes.
- Otros métodos anticonceptivos alternativos, incluyendo información sobre su eficacia, riesgos y beneficios, efectos colaterales y costos, según sea apropiado.
- *Momento de aplicar el inyectable*: Explíquelo cuándo recibirá la primera inyección, cuándo le corresponderá la siguiente, y con qué frecuencia recibirá las inyecciones subsecuentes.
- El inyectable específico que utilizará.

Uso de los IPS

Ver la sección 5.9 de este capítulo.

5.6 ¿Quiénes pueden proporcionar IPS?

El método puede ser proporcionado por cualquier proveedor/a de servicios de salud que haya sido capacitado/a en la educación y consejería de clientes, y en la manera de proporcionar los inyectables, siempre y cuando esto vaya de acuerdo con las normas y prácticas locales.

5.7 Evaluación del estado de salud

El propósito de evaluar el estado de salud de la cliente es determinar si ella puede utilizar este método. Además, debe aprovecharse esta oportunidad para ofrecerle otros servicios de salud sexual y reproductiva que estén disponibles.

Las pautas para evaluación a clientes en cuanto al uso de anticonceptivos orales combinados (AOC) pueden aplicarse a las clientes que reciben IPS (ver sección 2.7). Sin embargo, los IPS tienen menos restricciones de elegibilidad médica (compare las secciones 2.3 y 2.4 con las secciones 5.3 y 5.4).

5.8 Provisión de IPS

La inyección inicial

Administre la inyección inicial dentro de los primeros 7 días del ciclo menstrual. No se requiere protección anticonceptiva adicional. La cliente puede también recibir la primera inyección en cualquier otro momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada; pero si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales, o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Para la cliente amenorreica

- La cliente puede recibir su primera inyección en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no esté embarazada.
- Ella deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Para la cliente post parto

- Si la cliente está amamantando y desea usar IPS, adminístrele la inyección inicial a partir de la sexta semana post parto, pero no antes. Si una cliente con amenorrea lactacional solicita el IPS después de 6 semanas post parto,

adminístrele la inyección inicial si usted puede establecer que ella no está embarazada (ver el capítulo 11: Diagnóstico de embarazo).

- Si la cliente no está amamantando, ella puede recibir la inyección inicial de IPS inmediatamente o en cualquier momento dentro de las primeras 6 semanas post parto. Si la cliente solicita la primera inyección pasadas 6 semanas post parto y todavía no le ha retornado la menstruación, asegúrese de que no está embarazada antes de administrar la inyección inicial.

Cambiando de método a partir de otro método hormonal

- La cliente puede recibir su inyección inicial inmediatamente, si ella ha estado usando su otro método hormonal en forma consistente y correcta, o si hay una certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar por su siguiente período menstrual.
- Si su método anterior fue otro anticonceptivo inyectable, ella debe iniciar el uso del IPS cuando la inyección subsecuente hubiera sido administrada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambiando de método a partir de otro método no hormonal (excepto el DIU)

- La cliente puede recibir su inyección inicial inmediatamente si hay una certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar por su siguiente período menstrual:
 - Si ella está dentro de los 7 días posteriores al inicio de su sangrado menstrual, no se necesita protección anticonceptiva adicional.
 - Si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales, o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Cambiando de método a partir de un DIU (incluyendo el DIU liberador de hormonas)

- La cliente puede recibir su inyección inicial dentro de los 7 días posteriores al inicio de su sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional. El DIU puede ser removido en ese momento.
- La cliente puede también iniciar el uso de IPS en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada.
- Si la cliente ha tenido actividad sexual durante el actual ciclo menstrual, y han pasado más de 7 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, se recomienda que el DIU sea removido en el momento de su siguiente período menstrual.
- Si ella no ha tenido actividad sexual durante el actual ciclo menstrual, y han pasado más de 7 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, deberá

abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días. Si esa protección adicional será provista por el DIU que ella ha venido usando, se recomienda que ese DIU sea removido en el momento de su siguiente período menstrual.

- Si la cliente presenta amenorrea o tiene sangrado irregular, ella puede recibir la inyección, siguiendo las mismas indicaciones que se dan a otras mujeres amenorreicas.

Inyecciones subsecuentes

Proporcione las dosis subsecuentes como sigue:

- *AMPD*: 1 ml (que contiene 150 mg) cada 3 meses.
- *EN-NET*: 1 ml (que contiene 200 mg) cada 2 meses.

Si la cliente se presenta en forma anticipada para su inyección

- La inyección subsecuente puede administrarse hasta con 2 semanas de anticipación.

Si la cliente se presenta en forma tardía para su inyección

- La inyección subsecuente de *AMPD* y *EN-NET* puede administrarse hasta con 2 semanas de retraso sin necesidad de protección anticonceptiva adicional.
- Si la cliente se presenta con más de 2 semanas de retraso ya sea para *AMPD* o *EN-NET*, ella puede recibir la inyección si hay una certeza razonable de que no está embarazada. La cliente deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.
- Si es apropiado, la cliente puede considerar el uso de anticoncepción de emergencia (ver el capítulo 10: Anticoncepción de emergencia).

Cambiando de método entre AMPD y EN-NET

- No se recomienda el uso intercambiado entre *AMPD* y *EN-NET*.
- Si es necesario cambiar de un IPS al otro, el intercambio debe hacerse en el momento en que se hubiera administrado la inyección subsecuente.

Para una IPS subsecuente, cuando el tipo de inyectable anterior y/o el momento de la inyección son desconocidos

- La cliente puede recibir la inyección si es necesario y si hay certeza de que no está embarazada. Ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.
- Si es apropiado, la cliente puede considerar el uso de anticoncepción de emergencia (ver el capítulo 10: Anticoncepción de emergencia).

Técnica para administrar el inyectable

- Utilice solamente jeringas y agujas estériles o desinfectadas con la técnica de desinfección de alto nivel. Las jeringas y agujas desechables no deben reutilizarse (para más instrucciones sobre el procesamiento de las jeringas y agujas, ver el capítulo 15: Prevención control de las infecciones, sección 5.7).
- Agite bien el frasco (si el frasco ha estado en refrigeración, como en el caso del EN-NET, primero debe alcanzar la temperatura ambiente).
- Quite la tapa protectora del frasco cuidadosamente, de manera de no contaminar la membrana de hule.
- aspire hacia la jeringa el volumen exacto de líquido que necesite.
- Limpie la piel del lugar donde aplicará la inyección.
- Inserte la aguja estéril profundamente en el cuadrante superior externo del músculo, ya sea en el glúteo o el deltoides. (Muchos/as proveedores/as de servicios prefieren colocar los inyectables aceitosos, como el EN-NET, solamente en el glúteo, para disminuir el dolor que se asocia con la inyección).
- No aplique masaje en el lugar de la inyección.
- Descarte apropiadamente las agujas y jeringas desechables (ver el capítulo 15: Prevención y control de infecciones, secciones 5.7 y 8.5).

5.9 Instrucciones para la cliente

Es esencial que cada usuaria potencial de IPS comprenda los siguientes puntos antes de recibir la primera inyección:

Inyecciones subsecuentes

Es esencial que la cliente reciba las dosis subsecuentes con regularidad para evitar los embarazos. La cliente necesita recibir una inyección cada 3 meses (AMPD) o cada 2 meses (EN-NET). Recomiende a la cliente que acuda a la clínica si ya se ha pasado la fecha de su siguiente dosis.

Efectos colaterales

Advierta a la cliente sobre la posibilidad de que haya efectos colaterales (ver la sección 5.11).

Retorno de la fertilidad

Las mujeres que estén usando IPS pueden seguir en amenorrea y no embarazarse durante varios meses después de haber recibido su última inyección. Sin embargo, la inyección no daña su fertilidad a largo plazo.

Señales de alarma

Recomiende a las clientes que se pongan en contacto con algún proveedor o que acudan a la clínica si les ocurre cualquiera de los siguientes problemas:

- Sangrado vaginal anormalmente abundante.
- Dolores de cabeza severos.
- Molestias inusuales u otros problemas en el lugar de la inyección.

Para evitar la ansiedad en la cliente, explíquela que las complicaciones severas son muy poco frecuentes. Mencíele que su salud estará mejor protegida si utiliza este método anticonceptivo de alta confiabilidad, que si ella tuviera un embarazo no deseado.

Seguimiento

Informe a la cliente el nombre de la inyección que ha recibido, y la fecha en que le corresponde recibir la siguiente dosis. Esta información, junto con una lista de los signos de alarma, y el nombre, dirección y teléfono de la clínica, pueden estar escritos en una tarjeta o folleto que se le entregue a la cliente. La información debe estar escrita de manera fácil de comprender para la cliente o para alguien cercano a ella (en caso que la cliente no sepa leer).

5.10 Atención de seguimiento

Protocolo para las inyecciones subsecuentes

Si es posible, realice una revisión de seguimiento cuando la cliente reciba su primera inyección subsecuente:

- Actualice la dirección de la cliente y la manera de ponerse en contacto con ella.
- Valore si la cliente está satisfecha con el método.
- Determine si la cliente ha tenido problemas o efectos colaterales, y en caso afirmativo, anotarlos en su expediente clínico.
- Actualice la historia clínica; mida la presión arterial, el peso, y realice cualquier otro examen indicado por la historia clínica.

- Proporcione el tratamiento o consejería que sean necesarios.
- Recomiende a la cliente que se ponga en contacto con la clínica en cualquier momento si tiene preguntas, quejas, o problemas.

Protocolo para el seguimiento anual

- Siga el protocolo para las inyecciones subsecuentes con una historia clínica actualizada y una valoración de la satisfacción de la cliente con el uso de este método.
- Ofrezca a la cliente otros servicios de salud reproductiva relevantes, que estén disponibles en el establecimiento de salud, tales como el tamizaje de cáncer cervical.

5.11 Efectos colaterales

Amenorrea

La amenorrea es un efecto colateral frecuente, y usualmente ocurre a partir de la tercera inyección. Si se puede descartar la posibilidad de que la cliente esté embarazada, la amenorrea no debe ser motivo de preocupación. Si la cliente la considera inaceptable, descontinúe el uso del IPS y ayúdele a seleccionar otro método.

Manchado o sangrado intermenstrual leve

El manchado o sangrado intermenstrual leve (sangrado intermenstrual inesperado) es frecuente, especialmente después de las primeras 2 inyecciones. Estos síntomas generalmente son temporales y rara vez constituyen un riesgo para la salud. La consejería cuidadosa para las clientes que inician el uso de IPS, ha reducido el número de clientes que descontinúan el método debido a efectos colaterales. Las clientes que saben de antemano qué es lo que pueden esperar, comprenderán y tolerarán mejor éstos y otros efectos colaterales, y este método usualmente tiene en un alto grado de satisfacción entre las mujeres. Si el sangrado leve persiste, debe descartarse problemas ginecológicos. Si se diagnostica una ITS o EPI, la cliente puede continuar con sus inyecciones mientras recibe tratamiento, y debe aconsejarse el uso del condón. Si no se identifica un problema ginecológico, y ella prefiere descontinuar el uso de IPS, ayúdele a seleccionar otro método anticonceptivo.

Sangrado abundante o prolongado (más de 8 días o el doble del volumen usual de su período menstrual)

Explique a la cliente que el sangrado abundante o prolongado es común en el ciclo de la primera inyección. Sin embargo, si el sangrado persiste o se torna demasiado abundante, es esencial descartar cualquier problema ginecológico

subyacente. Después de descartar un problema y si persiste el sangrado abundante, puede aplicarse un tratamiento con estrógenos, anticonceptivos orales combinados o con medicamentos anti-inflamatorios no esteroides. Para evitar la anemia, revise la dieta de la cliente y, de ser necesario, proporciónese un suplemento a base de hierro. Si el tratamiento no resulta efectivo y el problema se torna inaceptable para la cliente o constituye una amenaza para su salud, debe discontinuarse el uso de IPS y ayudarse a la cliente para que seleccione un método anticonceptivo alterno.

Otros efectos colaterales menores

Estos efectos incluyen el aumento de peso, y las cefaleas leves. Estos síntomas no son peligrosos, y debe tranquilizarse y alentarse a la cliente para que continúe usando este método anticonceptivo.

5.12 Administración de los servicios

Ver la sección 7 de este capítulo.

6 Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)



6.1 Definición

Los anticonceptivos inyectables combinados (AIC) contienen un estrógeno de acción corta y un progestágeno de acción prolongada. La preparación inyectada se libera lentamente durante 28 días desde el lugar donde es inyectada. Se administra una inyección al mes.

Las dos preparaciones disponibles al momento son:

- 25 mg de acetato de medroxyprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol (*Cyclofem, Cycloprovera, Lunelle y Novafem*).
- 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol (*Mesigyna y Norigynon*).

En algunos países existen otras formulaciones de anticonceptivos inyectables combinados, pero no se cuenta con suficiente información adecuada acerca de su seguridad y eficacia para recomendarlos.

Mecanismo de acción: Los AIC ejercen su efecto anticonceptivo principalmente suprimiendo la ovulación. El moco cervical se ve afectado, principalmente por el progestágeno, lo que lo hace inhóspito para la penetración de los espermatozoides. La receptividad del endometrio a los blastocistes también se ve reducida, aunque no existe evidencia de que esto contribuye a la efectividad anticonceptiva.

6.2 Indicaciones

Los anticonceptivos inyectables combinados deben ser proporcionados a cualquier mujer que los solicite después de haber recibido consejería apropiada y de haber tomado una decisión informada, siempre y cuando no tenga ninguna contraindicación relevante para su uso.

Los AIC pueden ser útiles para mujeres que:

- Deseen un anticonceptivo de alta eficacia.
- Deseen la conveniencia de no tener que guardar anticonceptivos en casa.
- Tengan dificultades para cumplir con el régimen de los anticonceptivos orales.
- Deseen la conveniencia de un anticonceptivo inyectable sin las irregularidades del sangrado que se asocian con los IPS.

Aunque no se cuenta con datos suficientes, probablemente los AIC también tienen los mismos beneficios adicionales para la salud que los AOC, mencionados en la sección 2.2 de este capítulo.

6.3 Criterios médicos de elegibilidad

Cuando no se cuenta con suficientes datos clínicos, los criterios de elegibilidad médica se basan en los datos existentes para los anticonceptivos orales combinados (AOC) y para los inyectables de progestágeno solo (IPS).

Categoría 4 (Contraindicaciones)

Los AIC no deben ser usados en presencia de:

- Lactancia y menos de seis semanas post parto.
- Evidencia pasada o presente de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Condición actual o antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía.

- Enfermedad cardio-vascular complicada.
- Presión arterial elevada (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 mmHg).
- Hipertensión con enfermedad vascular.
- Migraña con áurea.
- Cáncer de mama en los últimos 5 años.
- Diabetes mellitus con complicaciones vasculares (incluyendo nefropatía, retinopatía y neuropatía) o con más de 20 años de duración.
- Hepatitis viral activa.
- Tumor hepático maligno.

Categoría 3

En general, los AIC no deben usarse en presencia de:

- Presión arterial alta (sistólica 140–159 ó diastólica 90–99 mmHg).
- Antecedentes de hipertensión (cuando la presión arterial no puede ser evaluada) o de hipertensión controlada adecuadamente, cuando la presión arterial puede ser evaluada.
- Consumo de 15 ó más cigarrillos diarios en una mujer de 35 años o mayor.
- Hiperlipidemia conocida.
- Migraña sin áurea en mujeres de 35 años o más (si la migraña se desarrolla durante el uso de AOC, se convierte en contraindicación de categoría 4).
- Lactancia de 6 semanas a menos de 6 meses post parto.
- Menos de 21 días post parto en mujeres que no estén amamantando.
- Cirrosis descompensada severa.
- Tumor hepático benigno.
- Antecedentes de cáncer de mama, sin evidencia de la enfermedad en los últimos 5 años.

Cuando cualquier condición de categoría 3 esta presente, explique los riesgos potenciales a la cliente y aconséjele sobre métodos alternativos (ver también el capítulo 2: Consejería). Si la cliente escoge un AIC porque otros anticonceptivos no están disponibles o no son aceptables, el método debe ser provisto por un/a médico/a apropiadamente capacitado/a y la cliente debe permanecer bajo supervisión médica.

Si una mujer tiene más de una de las cinco primeras condiciones mencionadas arriba, lo cual aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, debe ejercerse el criterio clínico. En la mayoría de los casos, las condiciones combinadas deben considerarse como pertenecientes a la categoría 4 (contraindicación).

Categoría 2

En general, los AIC pueden ser usados con precaución en presencia de:

- Consumo de cigarrillos en mujeres con menos de 35 años de edad o consumo de menos de 15 cigarrillos diarios en una mujer con más de 35 años.
- Migraña sin áurea en una mujer con menos de 35 años de edad (si la migraña se desarrolla durante el uso de AIC, se convierte en categoría 3).
- Diabetes mellitus sin complicaciones vasculares.
- Obesidad con un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m² o más.
- Antecedentes de presión arterial alta durante el embarazo (cuando la presión arterial actual es medible y normal).
- Tromboflebitis superficial.
- Antecedentes familiares de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Lactancia y 6 meses o más post parto.
- Enfermedad cardiovascular no complicada.
- Sangrado vaginal inexplicable, sospechoso de una condición seria, antes de la evaluación.
- Cirrosis compensada leve.
- Enfermedad sintomática o asintomática de vesícula biliar o antecedentes de colestasis.
- Falciformismo o enfermedad celular falciforme.
- Neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) o cáncer cervical.
- Masa en mama no diagnosticada.
- Tratamiento de medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: rifampicina y ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamezepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina).
- Terapia antirretroviral.

Cuando alguna de estas condiciones está presente, un tamizaje cuidadoso y un monitoreo apropiado permitirán lograr que los beneficios de usar los AIC superen cualquier riesgo potencial. Sin embargo, cuando una mujer tiene 2 ó más de las 4 primeras condiciones, mismas que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, debe ejercerse el criterio clínico. En la mayoría de los casos,

las condiciones combinadas deben considerarse como pertenecientes a la categoría 3.

Si se proporciona el método, registre las condiciones especiales de la mujer en la historia clínica y adviértale sobre signos de alarma relevantes para su condición.

6.4 Situaciones especiales

Las situaciones relacionadas con sangrado vaginal anormal, interacciones entre medicamentos, patologías malignas del tracto genital, e ITS, que se mencionan para los inyectables de progestágeno solo (IPS), también se aplican para los inyectables combinados (ver la sección 5.4 de este capítulo).

Lactancia

No hay datos sobre los efectos de los AIC sobre la cantidad y calidad de la leche materna o sobre la duración de la lactancia. Mientras no se cuente con esos datos, en general los AIC no se deben recomendar sino hasta pasados 6 meses después del parto o hasta después del término de la lactancia, lo que suceda primero. Si la mujer quiere iniciar un inyectable combinado durante la lactancia, debe recomendársele un IPS.

Adolescentes

Los beneficios de los AIC para protegerse del embarazo son especialmente importantes para las personas jóvenes, y las indicaciones y contraindicaciones son las mismas para ellas que para mujeres de mayor edad. Cuando haya preocupación acerca de un posible efecto hipo-estrogénico de los IPS, un inyectable combinado es una mejor opción.

Mujeres de más de 35 años

Los AIC pueden ser utilizados por la mayoría de las mujeres mayores de 35 años si están saludables. Cualquier posible aumento en el riesgo de patologías cardiovasculares será mínimo si se trata de no fumadoras y si no tienen algún otro factor de riesgo, como hipertensión o diabetes mellitus.

Cirugía electiva

Es recomendable suspender los AIC aproximadamente 4 semanas antes de una cirugía electiva que implique una inmovilización prolongada, y reiniciarlos 2 semanas después de que la mujer se haya empezado a movilizar. Recomiéndele la utilización de otro método anticonceptivo eficaz durante este intervalo. Para procedimientos de emergencia, el/la cirujano/a puede valorar la posibilidad de utilizar medidas anticoagulantes profilácticas, y debe promoverse la ambulancia temprana.

Falciformismo

No hay datos sobre la utilización de AIC por mujeres con enfermedad celular falciforme. Aunque la tendencia al falciformismo no es una contraindicación para utilizar anticonceptivos hormonales combinados, las mujeres con falciformismo homocigoto pueden tener mayor riesgo de desarrollar trombosis. Para ellas, los IPS son una elección más adecuada.

6.5 Consejería e información

Todas las clientes de AIC deben recibir consejería apropiada antes de seleccionar y utilizar el método. Aliente a las clientes a hacer todas sus preguntas, para aclarar cualquier duda o malos entendidos (ver también el capítulo 2: Consejería).

Selección de AIC como método anticonceptivo

Discuta los siguientes puntos claramente con cada cliente, en términos comprensibles para ellas:

- Las ventajas y desventajas de los AIC, incluyendo la efectividad, los riesgos y beneficios, efectos colaterales y costos. Hágale saber que no se tiene evidencia que permita concluir que los AIC provoquen cáncer, anomalías congénitas, o infertilidad posterior.
- Otros métodos anticonceptivos, incluyendo información sobre su eficacia, riesgos y beneficios, efectos colaterales, y costo.
- Haga un recordatorio a las clientes que fumar aumenta los riesgos de tener trastornos circulatorios severos, y aconseje a todas las mujeres que planeen utilizar AIC que dejen de fumar.
- *Cuándo administrar la inyección:* debe hacerse saber cuándo recibirá la primera inyección, cuándo le corresponde la siguiente dosis, y con qué periodicidad debe recibir las inyecciones.
- El inyectable específico a ser utilizado.

Para utilizar el método

Ver las instrucciones en la sección 6.9 de este capítulo.

6.6 ¿Quiénes pueden proporcionar AIC?

Cualquier proveedor de servicios de salud que haya sido capacitado en cómo educar y proporcionar consejería a las clientes, así como en la aplicación de inyectables, puede proporcionar este método, si ello es acorde con las normas y prácticas locales.

6.7 Evaluación del estado de salud

El propósito de hacer una valoración del estado de salud de las clientes es determinar si pueden utilizar este método. También debe aprovecharse la oportunidad para ofrecer a la cliente otros servicios de salud sexual y reproductiva con que se cuente.

Las pautas para valorar el estado de salud de las clientes que reciben AOC (ver sección 2.7) también se aplican a las clientes de AIC (compare las secciones 2.3 y 2.4 con las secciones 6.3 y 6.4).

6.8 Provisión de AIC

La inyección inicial

Administre la inyección inicial dentro de los primeros 7 días del ciclo menstrual, preferiblemente el primer día. La cliente puede también recibir la primera inyección en cualquier otro momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada; pero si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales, o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Para la cliente amenorreica

- La cliente puede recibir su primera inyección en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada. Ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales, o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Para la cliente post parto

- Si la cliente está amamantando y desea usar un anticonceptivo inyectable, recomiéndele los inyectables de progestágeno solo (IPS). Los AIC no deben usarse antes de 6 meses post parto o antes del destete.
- Si la cliente no está amamantando, ella puede recibir la inyección inicial entre las 3 y 6 semanas post parto. Si la cliente desea iniciar el uso de AIC pasadas 6 semanas post parto y todavía no le ha retornado la menstruación, asegúrese de que no está embarazada antes de administrarle la inyección inicial.

Cambiando de método a partir de otro método hormonal

- La cliente puede recibir su inyección inicial inmediatamente, si ella ha estado usado su otro método hormonal en forma consistente y correcta, o si hay una certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar por su siguiente período menstrual.

- Si su método anterior fue otro anticonceptivo inyectable, ella debe iniciar el uso del AIC cuando la inyección subsecuente hubiera sido administrada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambiando de método a partir de otro método no hormonal (excepto el DIU)

- La cliente puede recibir su inyección inicial inmediatamente si hay una certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar por su siguiente período menstrual.
- Si ella está dentro de los 7 días posteriores al inicio de su sangrado menstrual, no se necesita protección anticonceptiva adicional.
- Si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales, o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Cambiando de método a partir de un DIU (incluyendo el DIU liberador de hormonas)

- La cliente puede recibir su inyección inicial dentro de los 7 días posteriores al inicio de su sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional. El DIU puede ser removido en ese momento.
- La cliente puede también iniciar el uso de AIC en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada.
 - Si la cliente ha tenido actividad sexual durante el actual ciclo menstrual, y han pasado más de 7 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, se recomienda que el DIU sea removido en el momento de su siguiente período menstrual.
 - Si ella no ha tenido actividad sexual durante el actual ciclo menstrual, y han pasado más de 7 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días. Si esa protección adicional será provista por el DIU que ella ha venido usando, se recomienda que ese DIU sea removido en el momento de su siguiente período menstrual.
- Si la cliente presenta amenorrea o tiene sangrado irregular, ella puede iniciar el uso de AIC, siguiendo las mismas indicaciones que se dan a otras mujeres amenorreicas.

Inyecciones subsecuentes

Intervalo para la siguiente inyección

- Proporcione las siguientes dosis cada 4 semanas (aproximadamente cada mes).

Si la cliente se presenta en forma anticipada para su inyección

- Cuando la cliente no puede ajustarse al intervalo estándar de 4 semanas para la siguiente inyección, la inyección subsecuente puede ser administrada con hasta 7 días de anticipación, pero puede trastornar los patrones de sangrado.

Si la cliente se presenta en forma tardía para su inyección

- La inyección subsecuente puede administrarse hasta con 7 días de retraso sin necesidad de protección anticonceptiva adicional.
- Si la cliente se presenta con más de 7 días de retraso, ella puede recibir la inyección si hay una certeza razonable de que no está embarazada. Ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.
- Si ha estado expuesta a relaciones sexuales desprotegidas, ella podría considerar el uso de anticoncepción de emergencia (ver el capítulo 10: Anticoncepción de emergencia).

Técnica para la inyección

La técnica para administrar los AIC es la misma que para los IPS (ver la sección 5.8 de este capítulo).

6.9 Instrucciones para la cliente

Es importante que cada usuaria potencial comprenda lo siguiente antes de recibir la primera inyección:

Inyecciones subsecuentes

Es esencial que la cliente reciba las inyecciones subsecuentes para evitar un embarazo. La cliente necesita recibir una inyección cada 4 semanas (aproximadamente cada mes). Recomiende a la cliente que acuda a la clínica si se pasa la fecha de su siguiente inyección.

Efectos colaterales

Informe a la cliente acerca de la posibilidad de tener efectos colaterales (ver la sección 6.11).

Retorno de la fertilidad

No hay retraso significativo en el retorno de la fertilidad después de que la cliente recibe la última inyección.

Signos de alarma

Recomiende a la cliente que acuda a la clínica si sospecha que está embarazada, o si ocurre cualquiera de los siguientes problemas:

- Dolor abdominal severo.
- Dolor fuerte en el pecho, tos o dificultad respiratoria.
- Dolor de cabeza severo.
- Pérdida de la visión o visión borrosa.
- Dolor severo en la pantorrilla o en el muslo.
- Ictericia (tinte amarillento en los ojos y en la piel).
- Sangrado inusualmente abundante.
- Problemas inusuales o dolor en el sitio de la inyección.

Para evitar la ansiedad en la cliente, explíquele que las complicaciones severas ocurren muy rara vez. Puede mencionarle que su salud estará mejor protegida si utiliza este método anticonceptivo de alta confiabilidad, que si ella tuviera un embarazo no deseado.

Seguimiento

Informe a la cliente el nombre de la inyección que ha recibido, y la fecha en que le corresponde recibir la siguiente dosis. Esta información, junto con una lista de los signos de alarma, y el nombre, dirección y teléfono de la clínica, pueden estar escritos en una tarjeta o folleto que se le entregue a la cliente. La información debe estar escrita de manera fácil de comprender para la cliente o para alguien cercano a ella (en caso que la cliente no sepa leer).

6.10 Atención de seguimiento

Los protocolos para las inyecciones subsiguientes y para la visita anual de seguimiento para los AIC son similares a los de los IPS (ver la sección 5.10).

6.11 Efectos colaterales

- Los cambios en los patrones de sangrado menstrual son menos comunes en usuarias de AIC que en usuarias de IPS. El primer ciclo suele ser corto, entre 10 y 20 días, y los sangrados subsiguientes ocurren con intervalos de un mes. Puede haber sangrado irregular durante los primeros 3 meses en un 30% de

las mujeres, pero la mayoría de las usuarias de AIC tienen un patrón normal de sangrado al cabo del primer año de uso.

- La amenorrea no es frecuente.
- Otros efectos colaterales menores pueden incluir aumento de peso, dolores leves de cabeza, y mareos. Tranquilice a la cliente explicándole que estos síntomas no son peligrosos; aconséjele respecto a la dieta y ejercicio, conforme sea apropiado.

6.12 Administración de los servicios

Ver la sección 7 a continuación.

7 Administración de los servicios anticonceptivos inyectables

Expedientes de las clientes

Debe utilizarse un mismo formulario estándar para todas las clientes. Este formulario sirve:

- Para documentar la información esencial de la cliente.
- Como guía para el personal, para asegurar que tomen en cuenta las contraindicaciones, y que se valoren en forma precisa y completa las condiciones que requieren consideración especial para el uso de los anticonceptivos inyectables.
- Para registrar el anticonceptivo provisto y otros servicios brindados a la cliente.
- Para registrar los servicios de seguimiento.

Existencias de inyectables

Pueden surgir problemas y ocurrir errores si se utiliza y almacena distintas formulaciones de inyectables en el mismo programa de SSR/planificación familiar. Por lo tanto, los/as administradores/as de los programas de SSR/planificación familiar deben seleccionar una formulación de inyectable de progestágeno solo, y ajustarse a ella, o asegurarse de que sólo se utiliza una formulación en una determinada área geográfica. Las mismas recomendaciones se aplican a los inyectables combinados cuando estén disponibles.

Agujas y jeringas

- Los/as proveedores/as de servicios deben contar con existencias adecuadas de jeringas y agujas de los tamaños apropiados: jeringas de 2 ml ó de 5 ml, y agujas para inyección intramuscular.
- Si están disponibles, las jeringas desechables son más convenientes.

- Los materiales desechables **no** deben ser reutilizados y deben ser descartados de manera apropiada (ver el capítulo 15: Prevención y control de infecciones, sección 8.5).
- Si no es posible contar con un suministro continuo de jeringas desechables, puede usarse jeringas y agujas reutilizables si están adecuadamente descontaminadas, limpiadas, esterilizadas o desinfectadas por ebullición antes de ser utilizadas de nuevo. Ver el capítulo 15, sección 5.7.

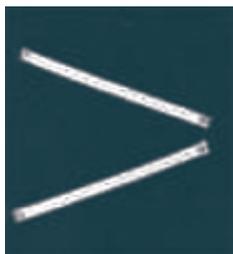
Almacenamiento y vida útil

- Utilice solamente frascos de una sola dosis.
- Las preparaciones inyectables no necesitan refrigeración.
- Siga las instrucciones de los fabricantes en lo que concierne al tiempo que pueden estar almacenados los inyectables.
- Inspeccione todos los frascos para revisar las condiciones del líquido y la fecha de vencimiento.

Capacitación

El personal de salud que proporciona anticonceptivos inyectables debe estar capacitado en todos los aspectos y servicios que se requieren para proporcionar el método y en cómo brindar educación y consejería a las clientes. Todo el personal debe estar familiarizado con los procedimientos para garantizar la seguridad de las inyecciones. En los lugares donde se cuente con ambos tipos de inyectables, el personal de salud debe estar plenamente consciente de las diferencias entre los IPS y los AIC.

8 Implantes subdérmicos



8.1 Definición

Los implantes de progestágeno solo se colocan subdérmicamente y liberan el progestágeno a una tasa controlada, proporcionando con ello dosis diarias muy pequeñas para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado.

Los implantes de patente incluyen el *Norplant* de 6 cápsulas, el *Jadelle* de 2 barras y el *Implanon* de 1 cápsula.

El sistema de implante de *Norplant* es un anticonceptivo altamente efectivo, de larga duración, reversible, de dosis baja de progestágeno solo. El sistema consiste en 6 cápsulas delgadas, blandas hechas de *Silastic* (hule de silicón). Cada cápsula mide 2.4 mm de diámetro y 34 mm de longitud, y contiene 36 mg de levonorgestrel. Se liberan aproximadamente 30 µg de levonorgestrel al día y la vida útil efectiva del implante es de 7 años (a menos que la mujer pese más de 70 kg).

Jadelle consiste en dos barras de silastic que liberan levonorgestrel y es efectivo hasta por 5 años. Cada barra mide 43 mm de largo y 2.5 mm de diámetro, y contiene 75 mg de levonorgestrel.

Implanon es una cápsula sencilla que libera etonogestrel y tiene una vida útil de 3 años. Mide 40 mm de longitud y 2 mm de diámetro, y contiene 68 mg de etonogestrel.

Los implantes se insertan de manera subdérmica en la parte superior del brazo o antebrazo de la mujer, a través de un procedimiento quirúrgico menor bajo anestesia local. Después de la inserción, se puede palpar los implantes pero son apenas visibles. El efecto anticonceptivo se obtiene por la liberación lenta y constante de progestágeno, con la difusión a través de la membrana *Silástica* en el torrente sanguíneo.

La protección contra el embarazo comienza dentro de 24 horas posteriores a la inserción y dura aproximadamente 7 años en el caso de *Norplant*, 5 años para el *Jadelle*, y 3 años para el *Implanon*. La fertilidad se reestablece casi inmediatamente después de que los implantes son removidos.

Mecanismo de acción: al igual que otros anticonceptivos de progestágeno solo, los implantes tienen dos mecanismos de acción:

- El efecto del progestágeno sobre el moco cervical es el factor principal de su eficacia anticonceptiva. El moco se torna viscoso y escaso, inhibiendo la penetración de los espermatozoides.
- El progestágeno actúa sobre el hipotálamo y la pituitaria, suprimiendo la elevación aguda de LH responsable de la ovulación. La ovulación se bloquea en por lo menos la mitad de los ciclos.

En la mayoría de los casos el endometrio muestra señales de supresión.

Sin embargo este efecto no juega un papel importante en la eficacia de los implantes a base de progestágeno, ya que los cambios en el moco cervical y el efecto anovulatorio evitan la fertilización.

8.2 Indicaciones

Los implantes de progestágeno solo, en los lugares en que estén disponibles, deben proporcionarse a cualquier mujer que los solicite después de haber recibido consejería adecuada y de haber tomado una decisión informada, siempre y cuando no haya contraindicaciones para su utilización.

Los implantes de progestágeno solo son un método adecuado para la mayoría de mujeres en edad reproductiva, pero son especialmente indicados para mujeres que:

- Quieran un método anticonceptivo muy eficaz.
- Quieran un método anticonceptivo de larga duración.
- Deseen un método que no esté relacionado con el coito.
- Prefieran un método que no deban tomar a diario y del cual no necesiten reabastecerse con frecuencia.
- Ya tengan el número de hijos que desean pero que no desean esterilizarse.
- Estén valorando la posibilidad de esterilizarse pero que todavía no estén listas para tomar una decisión definitiva.
- Que no deban usar anticonceptivos con estrógenos.
- Tengan problemas para recordar tomarse los anticonceptivos orales.

8.3 Criterios médicos de elegibilidad

Históricamente se consideraba que los métodos anticonceptivos de progestágeno solo tenían las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos orales combinados (AOC). Sin embargo, dado que los implantes de progestágeno solo no tienen efecto sobre la presión arterial ni sobre la coagulación (y por lo tanto no representan ningún riesgo de trombosis venosa), que su efecto sobre el metabolismo de los lípidos es insignificante, y que tienen muy poco efecto sobre la función hepática, las contraindicaciones para los implantes de progestágeno solo deben ser consideradas de manera separada de las de los AOC.

Categoría 4 (Contraindicaciones)

Los implantes de progestágeno solo no deben ser usados en presencia de:

- Cáncer de mama en los últimos 5 años.

Categoría 3

No indique el uso de implantes de progestágeno solo ni los proporcione a mujeres con:

- Evidencia actual de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis descompensada severa.
- Tumor benigno o maligno en el hígado.
- Antecedentes de cáncer de mama sin evidencia de la enfermedad por los últimos 5 años.
- Lactancia de 6 semanas a menos de 6 meses post parto.
- Sangrado vaginal inexplicable, sospechoso de una condición seria, antes de la evaluación.
- Tratamiento de medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: rifampicina y ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamezepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina).

Cuando cualquier condición de categoría 3 esté presente, explique los riesgos potenciales a la cliente y aconséjela sobre métodos alternativos. Si la cliente escoge un implante de progestágeno solo porque otros anticonceptivos no están disponibles o no son aceptables, es particularmente importante que el método sea provisto por un/a médico apropiadamente capacitado y la cliente debe permanecer bajo supervisión médica (ver también el capítulo 2: Consejería).

Categoría 2

En general, los implantes de progestágeno solo pueden ser usados con precaución en presencia de:

- Presión arterial elevada (sistólica ≥ 160 ó diastólica ≥ 100 mmHg).
- Cualquier antecedente de hipertensión cuando la presión arterial no puede ser evaluada.
- Hipertensión con enfermedad vascular.
- Condición actual o antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía.
- Diabetes mellitus con o sin complicaciones (antecedentes de enfermedad gestacional es categoría 1).
- Migraña con sin áurea (si la migraña se desarrolla durante el uso del implante, se convierte en categoría 3).

- Hiperlipidemia conocida.
- Antecedentes de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Patrones de sangrado vaginal irregular sin sangrado abundante o sangrado abundante y prolongado (incluye patrones regulares o irregulares).
- Cirrosis compensada leve.
- Enfermedad de vesícula biliar.
- Masa en mama no diagnosticada.
- Neoplasia intra-epitelial cervical (NIC).
- Cáncer cervical (en espera de tratamiento).
- Tratamiento con griseofulvina.
- Terapia antirretroviral.

Cuando alguna de estas condiciones está presente, un tamizaje cuidadoso y un monitoreo apropiado permitirán lograr que los beneficios de usar un implante superen cualquier riesgo potencial. Sin embargo, cuando una mujer tiene más de una de las cinco primeras condiciones, mismas que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, debe considerarse como categoría 3 del criterio de elegibilidad médica. Si la cliente elige un implante porque otros anticonceptivos no están disponibles o no son aceptables, es particularmente importante advertirle que debe permanecer bajo supervisión médica.

Si se proporciona el método, registre las condiciones especiales de la mujer en la historia clínica y adviértale sobre signos de alarma relevantes para su condición.

8.4 Situaciones especiales

Todas las situaciones descritas para los inyectables de progestágeno solo también se aplican a los implantes de progestágeno solo. Ver la sección 5.4 de este capítulo.

8.5 Consejería e información

Todas las clientes deben recibir consejería apropiada para la selección y uso de este método anticonceptivo antes de comenzar a usarlo. Aliente a sus clientes a plantear todas sus preguntas, de tal forma que toda incertidumbre y malos entendidos puedan ser clarificados desde el comienzo (ver también el capítulo 2: Consejería).

Para la selección de implantes subdérmicos como medio de anticoncepción

Discuta los siguientes puntos de manera clara y usando un lenguaje que la cliente pueda comprender:

- Las características físicas de los implantes, cómo se insertan y en qué parte del cuerpo, y cómo deben sentirse debajo de la piel.
- Las ventajas y desventajas de los implantes, incluyendo su efectividad, y la duración de la protección, los riesgos y beneficios, la posibilidad de que haya efectos colaterales (sobre todo cambios en el patrón menstrual), y los procedimientos para la inserción y retiro y los costos.
- Cuándo deben ser retirados los implantes.
- La importancia de las visitas de seguimiento.
- Una vez que una cliente ha seleccionado el implante como método anticonceptivo, asegúrese que ha comprendido los siguientes puntos antes de la inserción:
 - Los posibles cambios en su patrón menstrual, y el hecho de que estos cambios generalmente van disminuyendo con el tiempo.
 - Los efectos colaterales y complicaciones de los que ella debe estar alerta.
 - La importancia de hacerse retirar el implante después de la expiración de su vida útil (7 años para *Norplant*, 5 años para *Jadelle*, y 3 años para *Implanon*).
- Otros métodos anticonceptivos, incluyendo información sobre su efectividad, riesgos y beneficios, efectos colaterales, y costos, según sea apropiado.

Uso de implantes subdérmicos

Ver la sección 8.9 de este capítulo.

8.6 ¿Quiénes pueden proporcionar implantes?

El método puede ser proporcionado por personal médico, enfermeras, parteras, y otro personal de salud que haya sido capacitado en la consejería de clientes y en los procedimientos de inserción y retiro de los implantes, siempre y cuando esto vaya de acuerdo con las normas y procedimientos locales.

8.7 Evaluación del estado de salud

El propósito de la evaluación del estado de salud es determinar qué tan apropiado es para la cliente el uso de este método anticonceptivo. Esta valoración debe también considerarse como una oportunidad para ofrecer a la cliente otros servicios de salud sexual y reproductiva disponibles.

En términos generales, las pautas para evaluar clientes para el uso de AOC, pueden aplicarse a las clientes que recibirán implantes. Sin embargo, las contraindicaciones y las condiciones que requieren consideración especial para

los implantes subdérmicos, no son las mismas que para los AOC (compare las secciones 2.3 y 2.4 con las secciones 8.3, y 8.4).

8.8 Selección del implante

Los dos implantes subdérmicos más nuevos *Jadelle* e *Implanon* son más fáciles de insertar y remover que el *Norplant*. En general, al renovar un implante subdérmico, los programas de servicio deben reemplazar *Norplant* con *Jadelle* o *Implanon*. La selección del implante dependerá principalmente de su disponibilidad y costo, así como de otros factores.

8.9 Inserción y retiro

Inserción

Inserte el implante subdérmico dentro de los primeros 7 días del ciclo menstrual. No se requiere protección anticonceptiva adicional. La cliente puede también recibir la inserción del implante en cualquier otro momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada. Si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales, o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Para la cliente amenorreica

- La cliente puede recibir la inserción del implante en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada. Ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales, o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Para la cliente post parto

- Si la mujer está amamantando y desea usar un implante subdérmico de progestágeno solo, inserte el implante a partir de la sexta semana post parto y no antes. Si la cliente está entre 6 semanas y 6 meses post parto y amenorreica, ella puede recibir la inserción del implante en cualquier momento. Si la cliente está amamantando total o casi totalmente, no se necesita protección anticonceptiva adicional.
- Si la cliente no está amamantando, puede recibir la inserción del implante inmediatamente o en cualquier momento dentro de las primeras 6 semanas post parto. Si la cliente solicita el implante pasadas 6 semanas post parto y todavía no le ha retornado la menstruación, asegúrese de que no está embarazada antes de insertarle el implante (ver el capítulo 11: Diagnóstico de embarazo).

Cambiando de método a partir de otro método hormonal

- El implante puede ser insertado inmediatamente, si la cliente ha estado usando su otro método hormonal en forma consistente y correcta, o si hay una certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar por su siguiente período menstrual.
- Si su método anterior fue un anticonceptivo inyectable, ella debe recibir la inserción del implante cuando la inyección subsecuente hubiera sido administrada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambiando de método a partir de otro método no hormonal (excepto el DIU)

- La cliente puede recibir la inserción del implante inmediatamente si hay una certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar por su siguiente período menstrual.
 - Si ella está dentro de los 7 días posteriores al inicio de su sangrado menstrual, no se necesita protección anticonceptiva adicional.
 - Si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, ella deberá abstenerse de tener relaciones sexuales, o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Cambiando de método a partir de un DIU (incluyendo el DIU liberador de hormonas)

- La cliente puede recibir la inserción del implante dentro de los 7 días posteriores al inicio de su sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional. El DIU puede ser removido en ese momento.
- La cliente puede también recibir la inserción del implante en cualquier momento, si hay una certeza razonable de que no está embarazada.
 - Si la cliente ha tenido actividad sexual durante el actual ciclo menstrual, y han pasado más de 7 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, se recomienda que el DIU sea removido en el momento de su siguiente período menstrual.
 - Si ella no ha tenido actividad sexual durante el actual ciclo menstrual, y han pasado más de 7 días a partir del inicio de su sangrado menstrual, deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días. Si esa protección adicional será provista por el DIU que ella ha venido usando, se recomienda que el DIU sea removido en el momento de su siguiente período menstrual.

- Si la cliente presenta amenorrea o tiene sangrado irregular, ella puede recibir la inserción del implante, siguiendo las mismas indicaciones que se dan a otras mujeres amenorreicas.

Principios básicos para la inserción y retiro

- La inserción y el retiro deben ser practicados sólo por personal de salud especialmente capacitado para estos procedimientos.
- Es importante utilizar técnicas apropiadas de inserción, para que el retiro sea fácil.
- La inserción y el retiro deben ser efectuados solamente en instalaciones de salud equipadas apropiadamente.
- Debe mantenerse el uso de técnicas de esterilidad estrictas.
- Antes y durante el procedimiento de inserción, informe a la mujer sobre lo que sucederá durante el procedimiento, y aliéntela a que haga preguntas. Explíquele que puede sentir molestias durante algunos de los pasos del procedimiento.

Indicaciones para la remoción de implantes subdérmicos

- *A solicitud de la cliente:* retire los implantes sin demoras innecesarias cuando la cliente lo solicite de manera clara y decidida.
- *Embarazo:* retire los implantes en cuanto se confirme que la cliente está embarazada.
- *Razones médicas tales como:*
 - Sangrado menstrual abundante.
 - Dolores de cabeza severos y repetidos, o al primer episodio de dolor de cabeza de tipo migrañoso.
- *Pasados 7/5/3 años de la fecha de inserción:* Si la mujer desea continuar con el método, se le puede insertar un nuevo juego de implantes después de haberle retirado el juego usado.

8.10 Instrucciones para la cliente

Proporcione a la cliente todas las instrucciones claramente y en lenguaje apropiado para su nivel de preparación.

Instrucciones después de la inserción

- Una vez pasado el efecto del anestésico local, puede haber molestias y/o inflamación en el lugar de la inserción durante 1 ó 2 días.
- La mujer debe mantener seco el lugar de la inserción durante 3 días.
- La gasa debe ser retirada pasados 3 días, y el vendaje en el quinto día.
- El efecto anticonceptivo del implante se inicia pronto a partir de que las cápsulas son insertadas, de tal forma que las relaciones sexuales pueden reanudarse el día siguiente a la inserción.

Efectos colaterales

- Advierta a la cliente sobre la posibilidad de experimentar efectos colaterales (ver la sección 8.12).

Signos de alarma

Recomiende a la cliente que se ponga en contacto con la clínica o que regrese inmediatamente en caso de ocurrir cualquiera de los siguientes problemas:

- Dolor en el brazo, pus o sangrado en el lugar de la inserción.
- Expulsión del implante.
- Sangrado vaginal anormalmente abundante.
- Si no se ha presentado el sangrado menstrual pasadas seis semanas desde el período anterior.
- Dolor abdominal o pélvico severo.
- Dolores de cabeza nuevos o severos.
- Tinte amarillento en los ojos o en la piel.
- Dificultad respiratoria o dolor de pecho severo.

Para evitar la ansiedad en la cliente, explíquela que las complicaciones severas son muy poco frecuentes. Mencíele que su salud estará mejor protegida si utiliza este método anticonceptivo de alta confiabilidad, que si ella permite que le ocurra un embarazo no deseado.

Seguimiento

Informe a la cliente cuándo le corresponde acudir a la siguiente visita a la clínica (dentro de un mes). Explíquela que las cápsulas le deben ser retiradas al cabo de 7/5/3 años, e indíquela el mes y año en que le deben ser retirados. Explíquela también la importancia de acudir a la misma clínica para el retiro de los

implantes, o si ello no fuera posible, acudir a alguna clínica donde haya personal capacitado para retirar los implantes. Esta información, junto con una lista de los signos de alarma, y el nombre, dirección y teléfono de la clínica, pueden estar escritos en una tarjeta o folleto que se le entregue a la cliente. La información debe estar escrita de manera fácil de comprender para la cliente o para alguien cercano a ella (en caso de que la cliente no sepa leer).

Retiro

Si la cliente tiene algún problema con los implantes subcutáneos, o si desea que se los retiren, debe acudir a una clínica donde se proporcionen servicios de inserción y remoción de implantes por personal capacitado.

8.11 Atención de seguimiento

La cliente debe ser revisada en el lapso de un mes después de la inserción, principalmente para verificar el lugar de la inserción y para discutir con ella cualquier pregunta o preocupación que pueda tener. Posteriormente ella debe ser revisada por lo menos una vez al año. Debe ofrecérsele la opción de acudir al lugar de prestación de servicios que a ella le resulte más conveniente, siempre y cuando allí haya personal adecuadamente capacitado en servicios de implantes.

Protocolo para la visita anual de seguimiento

- Actualice la dirección de la cliente y la manera de ponerse en contacto con ella.
- Valore si la cliente está satisfecha con el método.
- Determine si la cliente ha tenido problemas o efectos colaterales, y en caso afirmativo, anótelos en su expediente clínico. Actualice la historia clínica.
- Realice un examen físico incluyendo:
 - Presión arterial.
 - Examen de mamas (con instrucciones para el auto-examen).
 - Un examen pélvico bimanual, con un frotis cervical si ya es tiempo de hacerlo y si es posible.
- Proporcione la consejería y/o el tratamiento que sean necesarios.
- Repase con la cliente los signos de alarma y las instrucciones dadas en la visita anterior, especialmente la necesidad de retirarle los implantes (a los 7 años si usa *Norplant*, a los 5 años si usa *Jadelle* ó a los 3 años si usa *Implanon*), y la necesidad de acudir a la misma clínica, o a otra clínica competente para hacérselos retirar (déle información sobre otras clínicas si ello es apropiado). Déle instrucciones para su seguimiento anual.
- Recomiende a la cliente que se ponga en contacto con la clínica en cualquier momento si tiene preguntas, quejas, o problemas.

8.12 Efectos colaterales

- El efecto colateral más frecuente es la disrupción del ciclo menstrual. Esto incluye sangrado prolongado, manchado intermenstrual, o amenorrea. En general, la cantidad total de sangre que se pierde mensualmente es menor que en un período menstrual normal; sin embargo algunas mujeres pueden tener sangrado abundante.
- Los cambios en los patrones de sangrado son frecuentes (sangrado intermenstrual inesperado y manchado), especialmente durante el primer año de uso. Estas alteraciones suelen ser temporales, y raramente representan un riesgo para la salud de la cliente. La consejería cuidadosa para las clientes que inician el uso de implantes subdérmicos ha reducido el número de clientes que descontinúan el método debido a efectos colaterales. Las clientes que saben de antemano qué es lo que pueden esperar, podrán comprender y tolerar mejor estos y otros efectos colaterales, y este método usualmente resulta en un alto grado de satisfacción entre las mujeres. Si los problemas persisten o si el sangrado se torna demasiado abundante, debe descartarse la existencia de problemas ginecológicos. Si se diagnostica una ITS o EPI, la cliente puede continuar usando los implantes mientras recibe tratamiento, y debe aconsejarse el uso del condón. Si no se identifica un problema ginecológico, puede intentarse el tratamiento con etinil estradiol de dosis baja combinado con anticonceptivos orales o medicamentos anti-inflamatorios no esteroides. Si este tratamiento no resulta efectivo y el problema amenaza la salud de la cliente, o si la situación ya no es aceptable para ella, debe discontinuarse el uso de implantes. Ayude a la cliente a seleccionar otro método anticonceptivo.
- Las cefaleas son la segunda causa más frecuente de quejas. Entre otros efectos colaterales menos frecuentes están el nerviosismo, náuseas, mareos, aumento de peso, y efectos colaterales cutáneos tales como el acné.
- Si algunos implantes fueran expelidos (lo cual es un problema muy poco frecuente), reemplácelos con implantes nuevos tan pronto como el área de inserción haya sanado. Proporcione un método anticonceptivo de respaldo provisional.

8.13 Administración de los servicios

Los implantes subdérmicos de progestágeno solo requieren atención especial de parte de los administradores de los programas, principalmente porque requieren un procedimiento quirúrgico, seguimiento a largo plazo, y que las instalaciones para retirar los implantes sean accesibles para las clientes. Los servicios de SSR/planificación familiar requieren por lo tanto de un sistema bien diseñado de información, educación, y comunicación; de instalaciones clínicas adecuadas; del establecimiento de centros de capacitación; y de sistemas adecuados para registrar la información de las clientes y para darles seguimiento.

Registros de clientes y seguimiento

Se necesita contar con un sistema de registro que garantice que se mantiene actualizada la información clínica de cada usuaria de implantes. Todos los expedientes clínicos de las clientes deben incluir información sobre los hallazgos de las valoraciones clínicas, así como de los detalles de la inserción. Este sistema de registro debe incluir datos sobre las fechas en que corresponde retirar los implantes y un mecanismo para rastrear a las clientes; de tal manera que se pueda efectuar los retiros oportunamente a los 7/5/3 años. El programa debe tener un sistema que asegure el adecuado seguimiento de todas las clientes, incluyendo procedimientos para recordarles que deben regresar a la clínica para chequeos y para la remoción del implante al final del período de 7/5/3 años.

Instalaciones clínicas

Las instalaciones deben:

- Ser suficientes para atender cualquier demanda de servicios que se pudiera generar.
- Garantizar acceso permanente a los servicios de retiro de implantes conforme a la demanda de las usuarias.
- Contar con el equipo esencial para insertar y retirar los implantes.
- Tener acceso a un autoclave de vapor y a otras instalaciones para descontaminar, limpiar y esterilizar el equipo.
- Tener disponibilidad permanente de personal capacitado.

Capacitación

Los/as trabajadores/as de la clínica deben recibir capacitación en consejería, tamizaje de clientes, inserción y retiro de las implantes, y manejo de los efectos colaterales y complicaciones.

Proporcione capacitación práctica, con experiencias manuales de las técnicas de inserción y retiro. El objetivo de la capacitación debe ser el logro de la competencia de las personas que proveen los servicios, y se recomienda que se efectúen de 5 a 10 inserciones y retiros durante el proceso de capacitación. La utilización de modelos anatómicos ayuda a que los/as proveedores/as de los servicios adquieran la cantidad requerida de práctica, con un mínimo de molestias o riesgo para las clientes.

Almacenamiento, vida útil, y existencias

- Guarde los implantes a temperatura ambiente, protegidos del calor y la humedad excesivos.

- Bajo las condiciones arriba descritas, los implantes pueden almacenarse hasta por 5 años.

9 Otros sistemas para la entrega de anticonceptivos hormonales combinados

9.1 Parche transdérmico

El parche transdérmico es un novedoso sistema de distribución para la anticoncepción hormonal combinada, el cual es fácil de usar y es reversible. Su eficacia se compara con la alcanzada por las píldoras de anticonceptivos orales combinados, pero tiene el beneficio de requerir una administración semanal en vez de diaria, lo cual mejora el uso del anticonceptivo conforme a las pautas.

El parche es de color beige y mide cerca de 4 cm cuadrados. Cuando se aplica a la piel, libera diariamente al torrente sanguíneo 150 µg de norelgestromina y 20 µg de etinoloestradiol. Puede aplicarse en el abdomen bajo, las nalgas, la parte superior del brazo y el la parte superior del tronco (pero no en las mamas). Cada parche está diseñado para ser usado por 7 días consecutivos. Se utilizan tres parches en cada ciclo, seguidos por un intervalo sin parche de 7 días. El parche es efectivo para la prevención del embarazo, pero es menos efectivo en mujeres que pesan más de 90 kg. Los riesgos de usar el parche son similares a los asociados al uso de AOC. El parche no protege contra las ITS y el VIH/SIDA.

9.2 Anillo vaginal

Un anillo vaginal es un anillo delgado, transparente y flexible que se inserta en la vagina para proporcionar protección anticonceptiva. Es un método de anticoncepción hormonal fácil de usar y que es reversible. Trabaja a través de la liberación continua de una dosis baja de estrógeno y progestágeno. Se usa continuamente durante 3 semanas y luego se remueve por 1 semana; cada mes se inserta un nuevo anillo. Es un método altamente efectivo cuando se usa correctamente. Los riesgos y efectos colaterales son similares a los asociados al uso de AOC. El anillo no protege contra las ITS y el VIH/SIDA.

Lista de verificación para repartir anticonceptivos orales en servicios basados en la comunidad

Nombre de la cliente:

Edad:

Dirección:

Fecha:

Fecha del último período menstrual o parto, según aplique:

1 ¿La cliente ha perdido su período menstrual?

SÍ NO

Si la respuesta es SÍ no le ofrezca píldoras a menos que usted esté razonablemente seguro/a de que la cliente no está embarazada.

Si la respuesta es NO vaya a la siguiente pregunta.

2 Pregunte a la cliente si tiene o ha tenido alguna enfermedad seria:

Si la respuesta es NO vaya a la pregunta 3.

Si la respuesta es SÍ pregunte de cuál enfermedad se trata.

Registre si alguna de las siguientes preguntas aplica para la cliente:

a) ¿Toma medicina para la tuberculosis o epilepsia?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
b) ¿Experimenta sangrado vaginal anormal?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
c) ¿Tiene o ha tenido cáncer de mama?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
d) ¿Tiene tumor hepático o enfermedad hepática?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
e) ¿Tiene o ha tenido enfermedad cardíaca, coágulos de sangre o apoplejía?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
f) ¿Tiene presión alta?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
g) ¿Tiene diabetes?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta es SÍ para alguna de estas preguntas, refiera a la cliente a una clínica para evaluación y/o consejería en anticoncepción. Mientras tanto, recomiende el uso de un método de barrera (especialmente el condón).

Si la respuesta es SÍ para las preguntas (e), (f) o (g), usted puede también recomendar el uso de una PPS mientras se realiza la evaluación y consejería.

Si la respuesta es NO para todas las preguntas anteriores, vaya a la siguiente pregunta.

3 ¿La cliente tiene ALGUNO de los siguientes problemas?

¿Fuma y es mayor de 35 años de edad?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Tiene color amarillo en la piel o en los ojos y se siente enferma?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolores severos en el pecho?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Padece de deficiencia respiratoria inusual?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Padece dolores de cabeza severos con visión borrosa?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Presenta algún abultamiento en la mama o secreción de sangre del pezón?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor y/o hinchazón severa en las piernas?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta es SÍ para alguna de estas preguntas, refiera a la cliente a una clínica para evaluación y/o consejería en anticoncepción. Mientras tanto, recomiende el uso de una PPS o un método de barrera (especialmente el condón).

Si la respuesta es NO para todas las preguntas anteriores, vaya a la siguiente pregunta.

4 ¿La cliente está amamantando?

SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, recomiende PPS solamente si el/la infante es menor de seis meses de edad.

Si el/la infante tiene seis meses o más de edad, usted puede proporcionar ya sea una PPS o un AOC, según sea la aceptación del cliente.

Si la respuesta es NO, recomiende un AOC, pero usted puede proporcionar ya sea un AOC o una PPS, según sea la aceptación del cliente.

Si la cliente necesita ser revisada en una clínica para una evaluación adicional o para un método no provisto en el SBC, proporcionele una Tarjeta de Referencia, y ayúdele en cualquier forma posible para que obtenga una consulta.

Foto: Jenny Matthews/Nepal



DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

6

6 **DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS**

1 Definición

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible seguro y efectivo. Los DIU son pequeños dispositivos flexibles hechos de metal y/o de plástico; pueden ser inertes, o pueden liberar cobre u hormona. Entre los dispositivos que contienen cobre están la 'T de Cobre 380A' (TCu 380A), la 'T de Cobre 220C' (TCu 220C), el 'Multiload de Cobre 375' (MLCu 375), y la 'Nova T' (Nova T) (ver figura 6.1) En algunos países está disponible un DIU que libera levonorgestrel.

Duración del uso: La TCu 380A ha demostrado ser altamente efectiva por un mínimo de 12 años, con una tasa acumulada de embarazos de 2.2 por cada 100 mujeres, mientras que la TCu 220C es también efectiva durante el mismo período de tiempo, pero en menor grado. El MLCu 375 es efectivo por lo menos durante 10 años. La Nova T200 se recomienda hasta por 3 años de uso, después de las cuales las tasas de falla aumentan sustancialmente. La Nova T380 es efectiva hasta por 5 años, con una tasa de embarazos acumulada de 2.0.

El DIU que libera levonorgestrel dura más de 5 años, con una tasa de embarazo acumulada a los 5 años de 0.3 a 1.1 por cada 100 mujeres.

Los dispositivos inertes pueden ser utilizados hasta la menopausia. Aunque ya no se les recomienda para las clientes nuevas, no es necesario retirarlos antes de la menopausia si la mujer está satisfecha con el método y éste no le da problemas.

Figura 6.1 DIU que contienen cobre



Mecanismo de acción:

Cualquier DIU impide el embarazo mediante una combinación de mecanismos, incluyendo:

- Inhibición de la migración de los espermatozoides en la parte alta del tracto genital femenino.
- Inhibición del transporte del óvulo.
- Inhibición de la fertilización.

El DIU que libera levonorgestrel, además de lo anterior, provoca cambios en la cantidad y en la viscosidad del moco cervical, inhibiendo así la penetración de los espermatozoides.

2 Indicaciones

El DIU debe proporcionarse a cualquier mujer que lo solicite, después de haber recibido la consejería apropiada y de haber tomado una decisión informada, siempre y cuando no tenga contraindicaciones para su uso (ver la sección 3 de este capítulo).

El DIU puede ser especialmente apropiado para mujeres que:

- Ya hayan tenido hijos y que necesiten un método anticonceptivo de alta efectividad, reversible y de larga duración.
- Prefieran un método que no requiera una acción diaria o con cada relación sexual.
- Que estén amamantando.
- Que pudieran tener dificultad para obtener anticonceptivos con regularidad.
- Que no tengan privacidad, lo que dificulta el uso de algunos otros métodos (ej: haciamiento, carencia de un lugar donde guardar los anticonceptivos).
- Que presenten cambios en el estatus de riesgo durante el uso de otro método anticonceptivo (ej. mujeres que toman anticonceptivos que contienen estrógeno y que empiezan a fumar, o que desarrollan enfermedad vascular periférica o diabetes mellitus).
- Ya no desean más hijos pero no quieren esterilizarse.

3 Criterios médicos de elegibilidad

La Federación Internacional de Planificación de la Familia y otros organismos han colaborado con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el desarrollo de criterios de elegibilidad para el uso de varios métodos anticonceptivos. Se ha llegado a un acuerdo sobre la siguiente clasificación (criterios médicos de elegibilidad de la OMS):

- *Categoría 1:* Una condición en la cual no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
- *Categoría 2:* Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos teóricos o probados.
- *Categoría 3:* Una condición en la que los riesgos teóricos o probados usualmente sobrepasan a las ventajas de usar el método.
- *Categoría 4:* Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el anticonceptivo (i.e. el anticonceptivo está contraindicado).

Categoría 4 (Contraindicaciones)

No recomienda el uso de DIU ni proporcione uno a mujeres con:

- Embarazo confirmado o sospecha de embarazo.
- Sepsis puerperal o post aborto actual o que haya ocurrido dentro de los últimos tres meses.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Infección de transmisión sexual (ITS) actual (se refiere a ITS que pueden producir infección cervical, clamidia o gonorrea) (si éstas se desarrollan durante el uso del DIU se convierten en categoría 2).
- Cervicitis purulenta.
- Confirmación o sospecha de malignidad del tracto genital.
- Sangrado vaginal inexplicable (sospecha de una condición seria) (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Cáncer cervical en espera de tratamiento (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Cáncer endometrial (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).

- Anormalidades uterinas congénitas o tumores benignos en el útero (fibroides) los cuales distorsionan la cavidad uterina de manera incompatible con la colocación adecuada del DIU.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- Tuberculosis pélvica confirmada (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 3).

Para el DIU que libera levonorgestrel, también es aplicable la siguiente contraindicación:

- Cáncer de mama actual.

Aconseje a las mujeres que presenten cualquier contraindicación (diferente al embarazo) acerca de otros métodos alternativos de anticoncepción (ver también el capítulo 2: Consejería).

Categoría 3

Hay condiciones que requieren de una consideración cuidadosa cuando se recomienda a una cliente el posible uso del DIU, debido a que los riesgos potenciales pueden superar a los beneficios de usar el método. Cuando alguna de estas condiciones está presente, explique a la cliente los riesgos potenciales y recomiéndele métodos anticonceptivos alternativos. Si la cliente decide usar el DIU debido a que otras opciones anticonceptivas no están disponibles o no son aceptables, es de particular importancia advertirle que ello requiere un seguimiento médico frecuente. Estas condiciones incluyen:

- Cáncer ovárico (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Alto riesgo de contraer ITS (ej.: compañeros/as sexuales múltiples o pareja que tiene compañeros/as sexuales múltiples).
- Iniciación para mujeres que viven con SIDA (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna (hay un aumento en el riesgo de perforación, y el tratamiento de la enfermedad puede requerir legrado uterino múltiple).
- De 48 horas a 4 semanas post parto.

Para el DIU que libera levonorgestrel, las siguientes contraindicaciones también requieren de consideración cuidadosa:

- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis descompensada severa.
- Tumores hepáticos benignos y malignos.
- Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar actuales (TVP/EP).
- Menos de 48 horas post parto.
- Antecedentes de cáncer de mama sin evidencia de la enfermedad durante los últimos 5 años.

Si se proporciona un DIU, registre la condición especial de la mujer en el expediente clínico. Advértale de los signos de alarma relevantes para su condición. En estos casos, el método debe solamente ser insertado por un/a médico/a capacitado/a, quien debe firmar el expediente de la cliente.

Categoría 2

En general, los DIU pueden ser usados con precaución en presencia de:

- Menarquia a \leq 20 años de edad.
- Mujeres nulíparas (ver sección 4).
- Menos de 48 horas post parto (para el DIU que libera levonorgestrel es una condición de categoría 3).
- Post aborto, después del segundo trimestre del aborto.
- Anormalidades (incluyendo estenosis cervical o laceraciones cervicales) que no distorsionen la cavidad uterina o interfieran con la inserción del DIU.
- Enfermedad cardíaca valvular complicada.
- Fibroides uterinos sin distorsión de la cavidad uterina.
- EPI sin embarazo subsecuente.
- Vaginitis sin cervicitis purulenta, clamidia o gonorrea y otras ITS (excluyendo VIH y hepatitis).
- Alto riesgo de contraer VIH.
- Mujeres VIH positivas y mujeres con SIDA, que estén bien clínicamente y bajo tratamiento antirretroviral (puede haber un aumento en el riesgo de EPI debido a la respuesta inmunológica suprimida).
- Anemias, incluyendo la talasemia, el falciformismo, la anemia por deficiencia de hierro (no para el DIU que libera levonorgestrel).

- Dismenorrea severa (no para el DIU que libera levonorgestrel).
- Sangrado abundante o prolongado (incluyendo patrones regulares o irregulares).
- Endometriosis (no para el DIU que libera levonorgestrel).

Para el DIU que libera levonorgestrel, las siguientes condiciones también requieren una cuidadosa consideración:

- Factores de riesgo múltiples para enfermedad cardiovascular arterial.
- Antecedentes de hipertensión (donde la presión arterial no puede ser evaluada).
- Presión arterial elevada (sistólica \geq 160 ó diastólica \geq 100 mmHg).
- Hipertensión con enfermedad vascular.
- Antecedentes de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Hiperlipidemia confirmada.
- Condición actual o antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 3).
- Apoplejía.
- Migraña con o sin áurea (si la migraña con áurea se desarrolla durante el uso de DIU, se convierte en categoría 3).
- Neoplasia intra-epitelial cervical (NIC).
- Masa en mama no diagnosticada.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad de vesícula biliar.
- Cirrosis compensada leve.

Cuando alguna de estas condiciones está presente, el tamizaje cuidadoso y el monitoreo adecuados permitirán que los beneficios de usar el DIU sobrepasen los riesgos potenciales.

4 Situaciones especiales

Nuliparidad

La nuliparidad no es una contraindicación para el uso del DIU. Sin embargo, los antecedentes de infecciones pélvicas, de embarazos ectópicos previos, o múltiples compañeros sexuales, hacen que la selección del DIU sea inapropiada para una mujer nulípara. Explique claramente a las clientes nulíparas los posibles aumentos en el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y de infertilidad subsecuente, relacionados con el uso de DIU, antes que se decidan por este método.

Sangrado vaginal anormal

Los patrones irregulares de sangrado vaginal son frecuentes en mujeres saludables. No le niegue un DIU a una mujer si no hay alguna razón para sospechar una condición patológica. Sin embargo, si una mujer presenta sangrado vaginal que sea sugestivo de alguna condición asociada con el embarazo, o con una patología tal como una malignidad pélvica, esto deberá investigarse antes de insertarle un DIU.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Si una cliente tiene alto riesgo de ITS, incluyendo el VIH, aconséjele el uso de condones además del DIU.

Infección por VIH

Si una cliente es VIH positiva o si la cliente tiene SIDA, está siendo tratada y se encuentra bien y saludable clínicamente bajo tratamiento de medicamentos antirretrovirales (ARV); y, después de la consejería apropiada y la discusión de otras alternativas anticonceptivas ella elige usar un DIU, recomíendele el uso de condones, para prevenir la transmisión de ITS y del VIH.

5 Consejería e información

Todas las clientes de DIU deben recibir consejería apropiada para escoger y utilizar el método. Revise la historia de la cliente para determinar la posibilidad de que existan contraindicaciones para el método, y tome esto en cuenta al proporcionarle consejería. En general, el DIU es un método muy seguro para mujeres que mantienen una relación mutuamente monógama, ya que ellas tienen muy poca probabilidad de desarrollar enfermedad pélvica inflamatoria por el uso del DIU. **Aliente a las clientes a plantear todas sus preguntas, para aclarar cualquier asunto que no esté claro o cualquier mal entendido** (ver también el capítulo 2: Consejería).

Para seleccionar el método

Discuta los siguientes puntos con la cliente, en un lenguaje que ella entienda.

- Las ventajas y desventajas del DIU, incluyendo:
 - Efectividad;
 - Riesgos y beneficios;
 - Efectos colaterales, en especial la posibilidad de períodos menstruales más abundantes;
 - Los procedimientos de inserción y remoción; y
 - Costos.
- Métodos alternativos de planificación familiar, incluyendo información según sea apropiado sobre:
 - Efectividad;
 - Riesgos y beneficios;
 - Efectos colaterales; y
 - Costos.
- El tipo de DIU a ser insertado (debe enseñarse un DIU de muestra a la cliente) y el momento apropiado para su reemplazo.
- La importancia de que la cliente sienta la confianza de regresar a la clínica en cualquier momento para discutir los problemas que se le presenten o para que el DIU sea removido.

Para utilizar el método

Ver las instrucciones en la sección 11 de este capítulo.

6 ¿Quién puede insertar DIU?

Los DIU pueden ser insertados por personal médico, parteras, enfermeras, y otros profesionales de salud, siempre y cuando hayan sido adecuadamente capacitados/as y que ello vaya de acuerdo con las normas del país.

7 Evaluación del estado de salud

El propósito de evaluar el estado de salud es determinar la idoneidad de la cliente para utilizar este método. También debe aprovecharse esta oportunidad para ofrecer a la cliente otros servicios de salud sexual y reproductiva, según sea apropiado.

- *Historia médico/social:* Incluyendo los antecedentes ginecológicos y obstétricos; enfermedades actuales, incluyendo diabetes mellitus, anemia o inmunodepresión; antecedentes de ITS, incluyendo VIH, EPI, y factores de riesgo para las ITS, tales como múltiples compañeros sexuales.
- *Examen físico:* Siempre debe efectuarse una visualización del cuello uterino con un espéculo y un examen pélvico bimanual, así como cualquier otro examen que parezca indicado por la historia clínica.
- *Pruebas de laboratorio:* Estas pruebas no se requieren en forma rutinaria para la utilización del DIU, a menos que estén indicadas por la historia clínica y el examen físico. Siempre que sea posible y apropiado, debe ofrecerse a la cliente algunas pruebas selectas, como parte de los servicios de salud reproductiva, incluyendo:
 - Tamizaje y pruebas de laboratorio de ITS/VIH.
 - Hemoglobina o hematocrito.
 - Frotis cervical (Pap).

8 Selección del DIU

- Se ha demostrado que los dispositivos pequeños con cobre son apropiados, seguros y efectivos, con una tasa baja de embarazo. Son más fáciles de insertar, y generalmente causan menos efectos colaterales, tales como dolor o sangrado menstrual excesivo, que los DIU inertes, mismos que son más voluminosos. Los nuevos dispositivos con cobre (TCu 380A, TCu 220C, ML Cu 375, Nova T) son más efectivos y tienen una mayor duración de uso que los dispositivos más antiguos con cobre (ej: 'TCu 200' y el '7 de Cobre'). Por todo esto, ya no se recomiendan estos dispositivos más antiguos ni los inertes. Los DIU que liberan levonorgestrel pueden ser una alternativa adecuada para aquellas mujeres con mayor probabilidad de tener dolor o problemas de sangrado por el uso de DIU con cobre; sin embargo, su disponibilidad es muy limitada.
- Cuando un tipo específico de dispositivo no tiene alguna ventaja médica significativa, tome en cuenta factores de costo.
- Debido a los posibles problemas para la desinfección de los DIU en empaques colectivos, utilice solamente DIU pre-esterilizados y en empaque individual.
- Los distintos tipos de DIU requieren distintas técnicas de inserción. Se recomienda utilizar un sólo tipo de DIU en cada establecimiento de servicio; o, como máximo, usar 2 tipos de DIU que requieran técnicas de inserción similares. Este grado de especialización contribuirá a que el personal que coloca DIU mantenga un alto nivel de habilidad técnica.

9 Momento de la inserción

A menos que se especifique lo contrario, las siguientes recomendaciones se aplican tanto a los DIU con cobre como a los DIU que liberan levonorgestrel.

Cuando la cliente tiene su ciclo menstrual

- Ella puede recibir la inserción de un DIU en cualquier momento dentro de los primeros 12 días posteriores al inicio de su sangrado menstrual, a su conveniencia. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- El DIU puede también ser insertado, en cualquier otro momento del ciclo menstrual, cuando resulte más conveniente a la cliente; esto si es posible determinar con un grado razonable de certeza que ella no está embarazada (ver el capítulo 11, Diagnóstico de embarazo). No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cuando cambia al DIU a partir de otro método:

El DIU puede insertarse inmediatamente, si existe una certeza razonable de que la cliente no está embarazada. No hay necesidad de esperar para su siguiente período menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

- *Ventajas de insertar el DIU durante el período menstrual:*
 - Es menos probable que el dispositivo sea insertado dentro de un útero grávido.
 - La inserción puede ser más fácil.
 - Es menos probable que cualquier sangrado relacionado con la inserción cause ansiedad.
- *Después de un embarazo de término:* Si el proveedor de servicio ha sido capacitado adecuadamente, puede insertarse un DIU con cobre inmediatamente después de la expulsión de la placenta o dentro de los primeros dos días post parto. Durante estos períodos, debe tenerse especial cuidado para asegurarse que el DIU queda colocado adecuadamente y para evitar una perforación. Si el DIU no se inserta dentro de los primeros dos días post parto, la inserción debe posponerse por 4 semanas. Si la mujer está amamantando o planea hacerlo, debe esperarse hasta seis semanas post parto para insertar un DIU que libera levonorgestrel.
- *Después de un aborto del primer trimestre espontáneo o inducido:* Puede insertarse un DIU inmediatamente después del aborto, excepto en mujeres con infección pélvica.

La inserción de DIU en el post parto inmediato y temprano, o inmediatamente después de un aborto, sólo debe ser hecha por personal de salud especialmente capacitado.

10 Inserción del DIU

Requerimientos mínimos de equipo para inserción de un DIU:

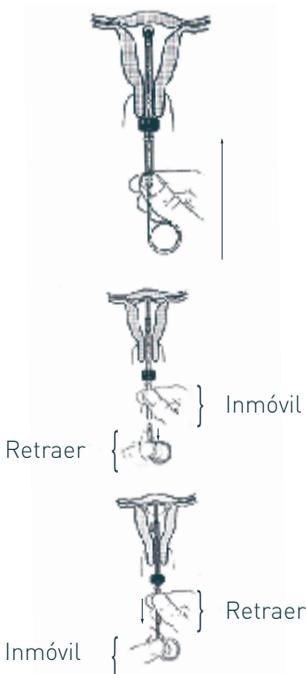
- 1 pinza para sostener torunda o esponja.
- 1 tenáculo o pinza de Allis-Chalmers.
- 1 pinza de Pean curva para arteria.
- 1 espéculo.
- 1 histerómetro.
- 1 vasija para yodo.
- 1 tijera.

Principios para la inserción segura y efectiva del DIU

- Todo el instrumental debe estar esterilizado o someterse a desinfección de alto nivel (ver el capítulo 15, sección 5.5). Puede utilizarse guantes desechables no estériles solamente si el DIU es cargado en el tubo aplicador sin sacarlo de la envoltura y se utiliza la técnica de no tocar el DIU durante la inserción.
- Antes y durante el procedimiento de inserción, informe a la mujer lo que sucederá durante el procedimiento, y aliéntela a plantear preguntas. Explíquele que puede sentir molestias durante algunos de los pasos.
- Haga un examen pélvico bimanual para determinar el tamaño, forma, posición y movilidad del útero, para identificar cualquier masa anexial, y para descartar cualquier signo de infección pélvica o de embarazo temprano.
- Los distintos DIU requieren técnicas de inserción diferentes. Lo más seguro es seguir meticulosamente las instrucciones específicas del fabricante.
- Todos los pasos del procedimiento de inserción deben efectuarse lentamente y con gentileza.
- Tenga especial cuidado de limpiar el cuello uterino con una solución antiséptica antes de la inserción.
- Puede ser necesario usar un tenáculo para estabilizar el cuello uterino, sobre todo si el fondo uterino está en anteflexión o retroflexión pronunciadas.
- Realice siempre un sondeo con un histerómetro, para confirmar la dirección y posición del canal uterino y para estimar su profundidad.
- No trate de insertar un DIU si el útero mide menos de 6.5 cm (menos de 6 cm para la Nova T).

- El histerómetro debe ser mantenido meticulosamente estéril; cuide de no permitir que toque alguna superficie potencialmente contaminada, incluyendo el espéculo o la mucosa vaginal, antes de introducirlo al canal endocervical.
- Si hay alguna obstrucción a nivel del orificio cervical interno, un leve movimiento o tracción hacia afuera con el tenáculo puede facilitar la inserción del histerómetro. **No utilice la fuerza**, sino que mantenga una presión constante con el histerómetro contra el orificio interno durante 2 ó 3 minutos para vencer cualquier espasmo. **Si aun así el histerómetro no entra, suspenda el procedimiento.** Discuta otros métodos anticonceptivos con la cliente, o consulte con alguien más capacitado que usted si tiene dudas.
- Cargue el DIU en el aplicador sin sacarlo del empaque estéril, aún si utiliza guantes esterilizados, para disminuir la probabilidad de contaminarlo. Todo el personal de salud que coloque DIU debe aprender a cargar el dispositivo sin sacarlo de su empaque, y a insertarlo sin contaminarlo (ver Figura 6.2).

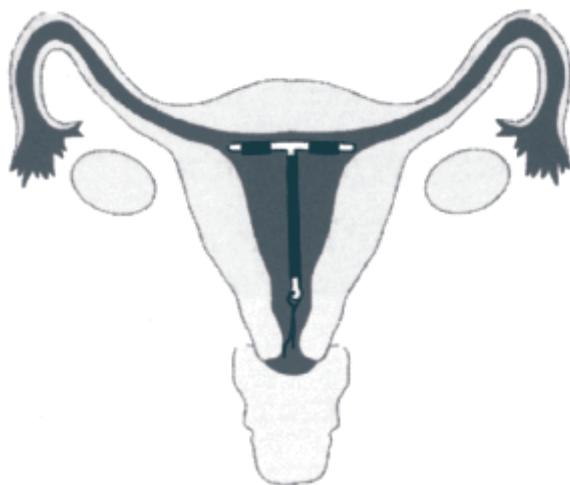
Figura 6.2 Insertando el DIU Cu T 380A



Uso profiláctico de antibióticos para la inserción del DIU

- En general no se recomienda el uso de antibióticos profilácticos para la inserción del DIU. Sin embargo, debe seguirse estrictamente los procedimientos recomendados para la prevención de infecciones.
- En situaciones de alta prevalencia de ITS, en donde hay un tamizaje limitado de ITS, puede considerarse este tipo de profilaxis.
- Aconseje a la cliente estar atenta a síntomas de EPI, especialmente durante el primer mes.

Figura 6.3 DIU Cu T 380A colocado en su lugar



11 Instrucciones para la cliente

Proporcione las siguientes instrucciones a la cliente, con claridad y en lenguaje apropiado a su nivel de comprensión.

Para detectar si el DIU está bien colocado

Explique a la cliente que el DIU puede ser expulsado de manera espontánea, especialmente durante las primeras 6 semanas después de su inserción o durante una menstruación.

Recomiende a la mujer que verifique si el DIU está en su lugar palpando los hilos. Los hilos del DIU deben ser revisados después de cada menstruación y cada vez

que la cliente sienta cólicos inusuales en cualquier momento del ciclo. Algunas mujeres pueden ser renuentes a revisar los hilos; si este fuera el caso, refuerce la recomendación anterior, expresando a la cliente que comprende sus preocupaciones y limitaciones. Utilice un DIU de muestra y permita que la mujer practique, para que aprenda a sentir los hilos y la parte inferior del dispositivo.

Recomiende a la mujer que regrese a la clínica, lo antes posible, en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Si no puede palpar los hilos.
- Si palpa la parte dura del dispositivo.
- Si expulsa el dispositivo.
- Si no le llega la menstruación.

Mientras tanto, la cliente debe utilizar un método anticonceptivo no hormonal, como los condones.

Efectos colaterales

Advierta a la cliente sobre la posibilidad de tener efectos colaterales (ver sección 13).

Signos de alarma

Recomiende a la cliente que regrese a la clínica si existe sospecha de embarazo o tiene cualquiera de los siguientes signos o síntomas, que pueden indicar una posible complicación:

- Fiebre y/o escalofríos.
- Dolor o sensibilidad pélvica.
- Flujo vaginal purulento.
- Sangrado vaginal anormal excesivo.

Para evitar la ansiedad en la cliente, explíquelo que las complicaciones serias son muy poco frecuentes. Puede mencionarle que su salud estará mejor protegida utilizando este método anticonceptivo de alta confiabilidad, que si permitiera que ocurra un embarazo no deseado.

Seguimiento

Recomiende a la cliente visitar una clínica para un seguimiento de rutina dentro de los siguientes 3 meses, pero no antes de su primer período menstrual.

El propósito principal de la visita es verificar que el DIU no ha sido expulsado y que no hay quejas significativas por parte de la mujer. De ahí en adelante, se recomienda una visita de seguimiento de rutina cada año.

Informe a la cliente la fecha de la siguiente visita, el nombre y tipo de DIU que ha recibido, y cuándo debe ser retirado o reemplazado el dispositivo (ver la sección 1 de este capítulo).

Esta información, la lista de signos de alarma, y el nombre, dirección y teléfono de la clínica pueden ser anotados en una tarjeta o folleto, y entregados a la cliente. Esto debe ser escrito y entregado a la cliente de manera tal que, ella o alguna persona cercana a ella (en caso que la cliente no pueda leer), lo pueda comprender con facilidad.

12 Atención de seguimiento

Protocolos para las visitas de seguimiento a los 3 meses y al año

- Actualice la dirección de la cliente y la forma de entrar en contacto con ella.
- Discuta con la cliente cualquier pregunta, preocupación o problema que pudiera tener en relación con el método.
- Efectúe un examen vaginal y repase las instrucciones para revisarse los hilos del DIU.
- Haga exámenes adicionales o pruebas de laboratorio, dependiendo de las preguntas o problemas que plantee la cliente.
- Proporcione tratamiento para cualquier cervicitis, vaginitis, o vulvovaginitis que se haya desarrollado durante el uso del DIU.

Durante la visita de seguimiento anual, realice un examen de mamas (con instrucciones para el auto-reconocimiento) y tome un frotis cervical (Pap), si ha llegado el momento de hacerlo y si esto es posible.

Si no es factible realizar la atención de seguimiento habitual arriba descrita, proporcione consejería cuidadosa a la cliente sobre las posibles complicaciones, indicándole a dónde acudir para que pueda recibir los servicios requeridos.

13 Efectos colaterales

- Puede haber dolor de tipo cólico durante las primeras 24 a 48 horas posteriores a la inserción del dispositivo. Si la mujer experimenta este dolor, puede tomar medicamentos para aliviarlo, tales como aspirina, ibuprofeno, o paracetamol (acetaminofén). Si el dolor no cede, o si se torna severo, ella debe acudir a la clínica. (No suele haber dolor pasadas las primeras 48 horas).

- Puede haber flujo vaginal durante las primeras semanas, debido a la reacción inicial del revestimiento interno del útero (endometrio). Esto no debe ser motivo de preocupación; pero si el flujo es abundante o si se acompaña de dolor pélvico y/o de fiebre, la mujer debe entrar de inmediato en contacto con la clínica.
- Los cambios en el flujo menstrual – incluyendo manchado o sangrado leve entre períodos menstruales – son comunes durante los primeros 3 a 6 meses de uso de un DIU que contiene cobre. Estos sangrados no son dañinos y usualmente disminuyen con el tiempo. Debe recomendarse a la cliente que tome un tratamiento corto de medicamentos anti-inflamatorios no esteroides, durante los días de sangrado. Si el sangrado persiste o si el volumen del sangrado menstrual es el doble de lo normal para ella, debe descartarse la existencia de problemas ginecológicos subyacentes. Si la cliente considera que estos cambios son inaceptables, remueva el DIU y ayúdele a seleccionar otro método de anticoncepción.

14 Complicaciones

Cuando hay complicaciones, la cliente puede presentar un estado de angustia emocional. Es importante que los/as proveedores/as de servicio presten atención a las necesidades psicológicas de la mujer además de atender su condición clínica. **Reconforte a la mujer y déle apoyo emocional.**

Todos los/as proveedores/as de DIU deben poder reconocer las complicaciones de la inserción y utilización del dispositivo, y estar familiarizados/as por lo menos con los manejos de primera línea. Cuando se necesite consultar a un especialista, esto debe hacerse lo antes posible.

Entre las posibles complicaciones del DIU están: la perforación, el sangrado excesivo, y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

14.1 Perforación

La perforación es un evento poco frecuente que casi siempre ocurre en el momento de la inserción, cuando puede estar acompañado de dolor súbito y/o sangrado. También puede ocurrir de manera asintomática. Hay un mayor riesgo de perforación en el post parto, después de un aborto del segundo trimestre cuando el útero está blando; o, durante la lactancia, cuando el útero puede estar muy reducido de tamaño.

Si se detecta o se sospecha una perforación al momento de la histerometría o de la inserción del DIU:

- Suspenda el procedimiento inmediatamente. Si el DIU ya está fuera del tubo aplicador, retírelo tirando de los hilos; si el DIU todavía está en el aplicador, retire el DIU con todo y el tubo aplicador.
- Mantenga a la mujer en reposo absoluto y verifique sus signos vitales cada 5 ó 10 minutos durante la primera hora después de la perforación. Posteriormente, verifique los signos vitales cada 30 minutos hasta que estén normales y estables.
- Si hay alteración de los signos vitales o del hematocrito, dolor espontáneo, o signos de irritación peritoneal, inicie una infusión endovenosa de líquidos, con una aguja de calibre grueso, y haga los arreglos necesarios para ingresar a la cliente a un establecimiento médico adecuadamente equipado. Nunca intente manejar problemas para los cuales no esté capacitado/a, no tenga experiencia, o no se sienta seguro/a. Si es necesario, llame a un ginecólogo o a un cirujano lo antes posible.
- Si la perforación no ocasiona signos ni síntomas, la mujer puede ser dada de alta pasadas unas 2 a 6 horas posteriores a la perforación, dependiendo de lo accesible que un establecimiento de servicios de emergencia esté respecto al domicilio de la cliente.

Si se detecta una perforación en cualquier momento posterior a la inserción del DIU y si los hilos del DIU no son accesibles (ver la sección 16: Hilos extraviados):

- Puede ser necesaria una laparoscopia o una laparotomía para extraer el DIU. Esto debe ser hecho solamente por un/a profesional en medicina capacitado/a en estas técnicas.
- Los DIU inertes cerrados (como los anillos) deben ser retirados, ya que pueden ocasionar oclusión intestinal; los DIU inertes abiertos (como las asas de Lippes) pueden ser dejados en la cavidad peritoneal a menos que haya síntomas que indiquen algún problema, o que la mujer solicite que le sea extraído. Los DIU que contienen cobre deben ser retirados para evitar las adherencias. Sin embargo, si ya se han formado adherencias, y éstas dificultan el acceso y retiro del DIU, éste debe ser dejado donde esté, para evitar complicaciones.

14.2 Sangrado excesivo

Al momento no se cuenta con algún medicamento estándar que sea efectivo para el tratamiento del sangrado excesivo en usuarias de DIU; aunque se han utilizado fármacos anti-inflamatorios no esteroideos y agentes anti-fibrinolíticos con cierto éxito. La consejería adecuada y la atención empática, además de tranquilizar a la cliente, puede ayudarle a aceptar este efecto colateral. En algunos casos el tratamiento oral con suplementos de hierro puede compensar la pérdida de

sangre. El sangrado irregular y excesivo suele disminuir después de varios ciclos. Si el sangrado es tan excesivo que amenaza la salud de la cliente, o si ella no está satisfecha, entonces remueva el DIU y ayude a la mujer a seleccionar otro método anticonceptivo. Proporcione tratamiento para la anemia con suplementos a base de hierro y/o aliente el consumo de alimentos ricos en hierro, pero evite la transfusión sanguínea.

14.3 Enfermedad pélvica inflamatoria

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) asociada al uso de DIU puede ocurrir cuando la inserción se realiza en condiciones carentes de sanidad, o cuando se inserta un DIU en presencia de una ITS no diagnosticada; también puede desarrollarse posteriormente en mujeres expuestas al riesgo de ITS. Los síntomas usuales de una infección pélvica son flujo vaginal, dolor o sensibilidad pélvica, sangrado anormal, escalofríos y fiebre; sin embargo, la infección puede ser asintomática. Si se diagnostica una EPI:

- Proporcione tratamiento a la EPI utilizando los antibióticos apropiados.
- No hay necesidad de remover el DIU si la mujer desea continuar usándolo.
- Si la cliente no desea continuar usando el DIU, remuévalo después de iniciado el tratamiento a base de antibióticos.
- Si el DIU es removido, la cliente puede considerar el uso de píldoras de anticoncepción de emergencia, si esto es apropiado (ver el capítulo 10: Anticoncepción de emergencia).
- Si la infección no disminuye, generalmente el tratamiento sería remover el DIU y continuar con los antibióticos. Si el DIU no es removido, el tratamiento con antibióticos debe continuar. En ambas circunstancias, la salud de la cliente debe ser monitoreada de cerca.
- Proporcione un manejo integral para las ITS, incluyendo consejería acerca del uso del condón.

15 Embarazo

Aunque el DIU es un método altamente efectivo en la prevención del embarazo cuando es colocado y usado conforme a las pautas apropiadas, ocasionalmente puede ocurrir un embarazo entre las mujeres que tienen insertado un dispositivo. En tales circunstancias, muchas mujeres han logrado completar exitosamente un embarazo, pero los riesgos de aborto espontáneo, de aborto séptico del segundo trimestre y de parto prematuro, se incrementan bastante si no se retira el dispositivo. Al detectar un embarazo en una mujer que tenga colocado un DIU, explíquele los riesgos de mantener el dispositivo en su lugar, y los riesgos

menores a los que se expondría si es removido. Si ella está de acuerdo, remueva cuidadosamente el DIU si los hilos están accesibles. Recomiéndele buscar atención inmediata en caso de que se le presente sangrado abundante, cólicos, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre. Si los hilos no están accesibles, trate de determinar la ubicación del DIU por medio del ultrasonido. Si el DIU no es localizado, esto puede sugerir que la expulsión ha ocurrido sin que la cliente lo notara (y puede explicar el embarazo). Si el DIU está en su sitio, aconseje a la mujer sobre la terminación del embarazo, si las leyes del país lo permiten. Si ella decide continuar con el embarazo, asegúrese que habrá un seguimiento médico frecuente.

En términos generales, el DIU no aumenta el riesgo de un embarazo ectópico. Sin embargo, este método protege mejor contra embarazos intrauterinos que contra embarazos ectópicos. Por lo tanto, cuando una usuaria de DIU queda embarazada, es más probable que el embarazo sea ectópico que en el caso de mujeres que no usan DIU. Un embarazo ectópico es una condición de riesgo de vida. Cualquier mujer que tiene un DIU insertado y que se queja de dolor con sangrado vaginal o con amenorrea, debe ser examinada por un/a médico para descartar un posible embarazo ectópico. Si se sospecha de la existencia de un embarazo ectópico, un examen bimanual puede apresurar la ruptura; por lo tanto, realice este examen en un establecimiento clínico que tenga los recursos necesarios para realizar una laparotomía de emergencia.

16 Hilos extraviados

Con mucha frecuencia, el extravío de los hilos del DIU es la primera indicación de que ha habido una perforación o de que el dispositivo ha sido expulsado. También puede indicar la posibilidad de un embarazo.

Si en realidad los hilos del DIU se han extraviado, primero descarte la posibilidad de embarazo. Luego explore el canal cervical con una pinza fina tipo cocodrilo. Si no puede localizar los hilos en el canal cervical, utilice una hélix para extraerlos de la cavidad uterina. Si no se pueden extraer los hilos, puede utilizarse un histerómetro para determinar si el DIU todavía está en el útero.

Si no se logra localizar el DIU dentro del útero, puede indicarse una ultrasonografía (o una radiografía si se ha descartado el embarazo) para determinar si ha ocurrido una perforación. Si el DIU no se localiza en el abdomen, puede descartarse la perforación, y puede suponerse que el DIU ha sido expulsado.

17 Cuándo retirar el DIU

El DIU debe ser retirado:

- *Cuando la cliente lo solicite claramente*, el DIU debe ser retirado sin demoras innecesarias.
- *Cuando exista una indicación médica para retirarlo*: Estas indicaciones incluyen el embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria aguda, malignidad cervical o endometrial, perforación uterina, expulsión parcial, o sangrado anormal y excesivo que afecte la salud de la mujer.
- *Cuando se haya llegado al final de la vida útil del DIU*: Esto se aplica solamente a DIU medicados, incluyendo los DIU que liberan levonorgestrel y los DIU que contienen cobre (ver la sección 1).
- *Cuando la mujer llegue a la menopausia*: Remueva el DIU un año después de su última menstruación.

18 Administración de los servicios

18.1 Expedientes de las clientes

- Todas las clientes deben tener un expediente clínico.
- El expediente clínico para cada cliente debe incluir documentación relativa a la consejería, historia clínica, resultados de los exámenes físicos y de laboratorio, detalles de la inserción del DIU y del seguimiento, incluyendo complicaciones.

18.2 Suministros

- Se recomienda utilizar un solo tipo de DIU (o dos como máximo) en una clínica.
- Esta especialización beneficiará los esfuerzos de capacitación, así como la provisión de los servicios.
- No debe proveerse DIU inertes (ej: asa de Lippes).
- Utilice DIU estériles, empaquetados en forma individual. Si el sello está roto, deseche el dispositivo.
- Es preferible utilizar los dispositivos nuevos con cobre (TCu 220C, TCu 380A, ML Cu 375, y Nova T) en vez de los dispositivos más antiguos con cobre (Cu 7 y T Cu 200).

- Hay mayor riesgo de perforar el útero con los dispositivos que deben ser empujados fuera del tubo aplicador para su inserción que con aquellos DIU que solamente se dejan in situ **sin necesidad de empujarlos fuera del aplicador**. Además, con esta última técnica se garantiza una mejor colocación del dispositivo en el fondo del útero; por lo tanto, se recomienda el segundo tipo de DIU.

18.3 Capacitación

- Todo el personal clínico y de consejería debe recibir capacitación en los aspectos teóricos y prácticos de los servicios de DIU, incluyendo el tamizaje de clientes para descartar contraindicaciones, y el reconocimiento de las señales de peligro en usuarias de DIU.
- Todo el personal de salud que inserte DIU debe estar plenamente capacitado en técnicas de inserción, y en cómo cargar el DIU dentro del aplicador sin sacarlo del empaquetamiento. La capacitación debe hacer énfasis en la importancia de evitar la contaminación.

Foto: Mark Edwards/Brasil



MÉTODOS DE BARRERA

7

7 MÉTODOS DE BARRERA

1 Introducción

Los métodos anticonceptivos de barrera evitan el embarazo bloqueando la entrada de los espermatozoides a la cavidad uterina. Algunos métodos de barrera, sobre todo el condón, ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por VIH.

La mayor ventaja de los métodos de barrera es su inocuidad. Tienen solamente unos pocos efectos colaterales locales y casi no hay contraindicaciones médicas para su uso. Muchos de ellos pueden ser adquiridos sin receta médica y son adecuados para los sistemas de distribución comunitaria.

Una desventaja es su baja efectividad, (de uso) comparada con la de los métodos hormonales, los DIU y la esterilización. Los/as proveedores/as de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR)/planificación familiar deben hacer énfasis en una cuidadosa educación y consejería al cliente para asegurar una óptima efectividad de los métodos de barrera. Los/as clientes deben comprender que si un método de barrera es usado como único método, y si se desea maximizar su efectividad, debe usarse correctamente en *cada* relación sexual.

Los métodos de barrera incluyen:

- Condones.
- Diafragmas.
- Espermicidas: cremas, jaleas, supositorios, tabletas o supositorios espumantes, y espumas en aerosol.

Todos los programas de prestación de servicios de SSR/planificación familiar deben tener, por lo menos, condones y uno o dos tipos de espermicidas; el diafragma debe estar disponible si la demanda existente lo amerita y si el personal está capacitado para proporcionarlos.

1.1 Indicaciones generales

Los métodos anticonceptivos de barrera deben proporcionarse a cualquier cliente, hombre o mujer que los solicite, después de haber recibido consejería apropiada y tomado una decisión informada.

Los anticonceptivos de barrera son especialmente apropiados:

- Cuando existen contraindicaciones médicas para otros métodos reversibles, y cuando la esterilización quirúrgica no es deseable o recomendable.
- Para quienes tienen relaciones sexuales poco frecuentes.

- Como una forma temporal de anticoncepción, por ejemplo:
 - Durante la amenorrea por lactancia.
 - Durante el período posterior a una vasectomía.
 - Cuando no se puedan palpar los hilos del DIU.
 - Cuando la mujer esté tomando medicamentos que interfieran con la eficacia de los anticonceptivos orales.
 - Mientras se espera otro método (ej.: esterilización quirúrgica o la inserción de un DIU).
 - Durante la investigación de síntomas ginecológicos.
 - Como una alternativa temporal o respaldo para otro método.
 - Usada conjuntamente con la abstinencia periódica, durante la fase fértil del ciclo menstrual.
- Como protección contra las ITS, incluyendo la infección por VIH (condones).

1.2 Criterios médicos de elegibilidad

La Federación Internacional de Planificación de la Familia y otros organismos han colaborado con la Organization Mundial de la Salud (OMS) en el desarrollo de criterios de elegibilidad para el uso de varios métodos anticonceptivos. Se ha llegado a un acuerdo sobre la siguiente clasificación (criterios médicos de elegibilidad de la OMS):

- *Categoría 1:* Una condición en la cual no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
- *Categoría 2:* Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos teóricos o probados.
- *Categoría 3:* Una condición en la que los riesgos teóricos o probados usualmente sobrepasan a las ventajas de usar el método.
- *Categoría 4:* Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el anticonceptivo (i.e. el anticonceptivo está contraindicado).

Categoría 4 (Contraindicaciones)

No existen contraindicaciones generales para el uso de métodos anticonceptivos de barrera.

Categoría 3

Algunas condiciones requieren valoración cuidadosa cuando se recomienda un método de barrera a un/a cliente, porque pueden representar un riesgo para el bienestar y salud de el/la cliente. En las secciones respectivas se anotan condiciones específicas para cada método. Las siguientes condiciones se aplican a todos los métodos de barrera.

- Incapacidad de el/la cliente para obtener o usar el método consistentemente.
- Necesidad de contar con protección altamente efectiva contra el embarazo (ej.: si una falla del método resultaría en un embarazo de alto riesgo).

Refiérase a las secciones 2.3, 3.3, y 4.3 de este capítulo para mayor información sobre las condiciones relevantes para cada método de barrera en particular.

1.3 Evaluación del estado de salud

En general, no es necesaria una valoración del estado de salud de el/la cliente para proporcionarle un método de barrera. Sin embargo, debe aprovecharse su visita a la clínica como una oportunidad para ofrecerle otros servicios disponibles de salud sexual y reproductiva, según sea apropiado.

Cuando se practique un examen físico a una cliente, el examen debe incluir un examen pélvico con visualización del cuello uterino con un espéculo y un examen bimanual. Puede tomarse un frotis cervical (Pap) si ello es indicado y el examen está disponible.

1.4 Administración de los servicios

Almacenamiento, fecha de vencimiento, control de calidad, y abastecimiento

Cualquier programa que ofrezca métodos de barrera debe tener un sistema para asegurarse que los productos que se ofrezcan sean de calidad aceptable. Esto requiere:

- Transporte y almacenamiento adecuados.
- Tener un sistema que asegure que los productos no sean utilizados después de su fecha de vencimiento; o, si no tienen fecha de vencimiento, después de transcurrido el tiempo recomendado de almacenamiento.

- Tener un procedimiento que asegure que se examinen muestras de los productos de cada 6 a 9 meses. Si se encontrara algún producto de confiabilidad dudosa, debe examinarse algunas muestras antes de distribuir el producto.

Capacitación

Las personas que proporcionen métodos de barrera deben recibir capacitación adecuada en consejería y en los aspectos técnicos relacionados con la provisión de los distintos métodos de barrera.

Ver las secciones 2.8, 3.12, y 4.8 para mayor información sobre los métodos específicos.

2 Condones

2.1 Definición

Condón masculino

El condón es una funda para cubrir el pene erecto. Recoge el semen y actúa como una barrera que impide el paso de los espermatozoides a la vagina. El condón se encuentra disponible enrollado en una envoltura individual, y es desenrollado sobre el pene erecto antes del coito.

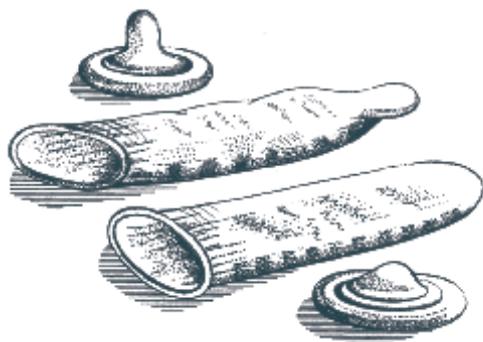
La mayoría de los condones son de látex delgado.

Cuando se usa correctamente y en todas las relaciones sexuales, el condón puede ser un método anticonceptivo razonablemente efectivo. Además, el condón de látex es una barrera efectiva para proteger contra la transmisión de ITS, incluyendo la transmisión de VIH/SIDA.

Hay condones de diferentes clases y marcas (Figura 7.1). Difieren en características tales como:

- Forma (sencillos, con un receptáculo para recoger el semen, contorneados para adaptarse a la forma del pene).
- Color (opaco, transparente, en variedad de colores).
- Lubricación (con aceite de silicón, jaleas, polvos o no lubricados).
- Grosor (desde ultra-delgados hasta de grosor estándar).
- Textura (de superficie lisa, texturizada, o estriada).
- Con o sin espermicida.

Figura 7.1 Condones – enrollados y desenrollados, con receptáculo y sencillo



Los/as proveedores/as de servicio deben estar conscientes de las características y diferencias entre las marcas y tipos de condones disponibles en el programa y tener la capacidad de aconsejar a sus clientes como corresponda.

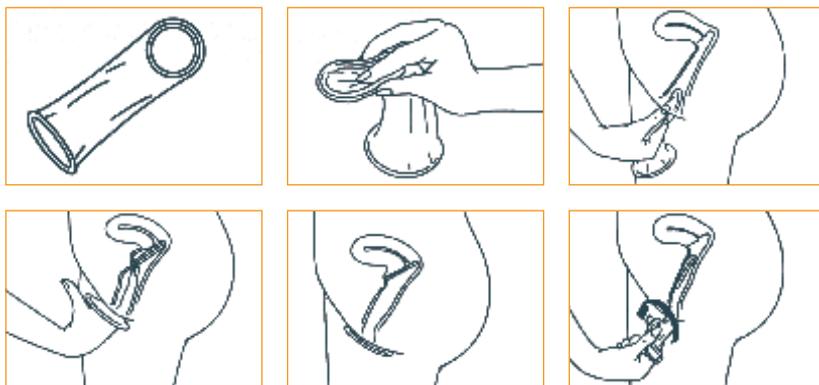
Condón femenino (Figura 7.2)

El condón femenino, está hecho de poliuretano maleable blando prelubricado con una sustancia a base de silicona (dimeticona), es insertado en la vagina antes de la relación sexual. Está provisto de un anillo interior usado para la inserción y que lo mantiene en su lugar en la parte alta de la vagina; y de un anillo externo que permanece plano y cubre la labia durante el coito. Después de la eyaculación, el condón femenino retiene el fluido seminal, evitando que entre en contacto con el cuello uterino.

La efectividad anticonceptiva del uso del condón femenino se halla dentro de la amplia gama citada para otros métodos de barrera, pero es más baja que las tasas correspondientes a los condones masculinos.

Los estudios de laboratorio han demostrado que el condón femenino es una barrera efectiva no sólo contra el esperma sino también contra bacterias y virus, incluyendo el VIH. El condón femenino puede obtenerse ahora en muchos países, pero su uso se ve limitado por su costo elevado. La seguridad y la factibilidad de reutilizar los condones son actualmente objeto de investigación. Entretanto, no se recomienda reutilizar los condones femeninos. Sin embargo, dada la diversidad de contextos culturales y sociales y de circunstancias personales, bajo las cuales la reutilización del condón femenino puede ser aceptable, factible y segura; y dado que el balance de riesgos y beneficios varía de acuerdo con las situaciones individuales, ultimadamente la decisión final de reutilizar o no el condón femenino debe ser tomada localmente.

Figura 7.2 El condón femenino



2.2 Indicaciones

El condón de látex debe proporcionarse a todas las personas que lo soliciten, aún si estas personas ya están usando otro método o si no son clientes formales del programa. No debe exigirse a las personas estar inscritos en el programa para entregarles condones.

El condón puede ser especialmente apropiado para parejas que hayan decidido utilizar un método de barrera (ver la sección 1.1), y cuando:

- El hombre desea tener mayor responsabilidad en la anticoncepción.
- Hay necesidad o deseo de prevención contra las ITS, incluyendo el VIH.

Entre otras indicaciones están:

- Eyaculación precoz.
- Lesión en el cuello uterino de la compañera sexual.

2.3 Criterios médicos de elegibilidad

Categoría 4 (Contraindicaciones)

Ninguna.

Categoría 3

Adicionalmente a las condiciones que requieren una valoración cuidadosa y que se presentan en la sección 1.2, la siguiente es específica para el condón de látex:

- Alergia o sensibilidad al látex.

2.4 Consejería e información

Los/as clientes de condón deben recibir consejería apropiada para seleccionar y utilizar el método, siempre que sea posible darles esta consejería y que les resulte conveniente. La consejería ayuda a garantizar que el/la cliente haga una elección informada y que use adecuadamente el condón. Sin embargo, recibir la consejería no debe ser un pre-requisito para recibir los condones.

Para la selección del método:

- Discuta con el/la cliente las ventajas y desventajas del condón y de otros métodos de planificación familiar.
- Explique a el/la cliente que el condón de látex también ayuda a proteger contra las ITS, incluyendo el VIH.
- Explique a el/la cliente que el condón puede fallar en su protección contra el embarazo y/o las ITS, incluyendo la transmisión del VIH, especialmente si no se utiliza correctamente cada vez que se tengan relaciones sexuales.
- Converse acerca de las probabilidades de cooperación de el/la compañero/a sexual para el uso del condón.

Para el uso de este método:

- Informe muy cuidadosa y explícitamente acerca del uso correcto de los condones. Si es posible use un modelo de pene artificial para demostrar su colocación correcta.
- Ponga énfasis en que debe usarse un condón nuevo para cada relación sexual.
- Recomiende a el/la cliente que, además de condones, utilice espermicidas, para aumentar la efectividad del condón.
- Aliente a el/la cliente a regresar por consejería si posteriormente encontrara alguna duda o problema con el uso del condón.
- Advierta a el/la cliente que si la mujer falla una menstruación debe visitar una clínica para descartar un embarazo y para recibir atención de seguimiento.

Ver también la sección 4.6: Instrucciones para la cliente (en relación con los espermicidas).

2.5 Selección del condón

- *Condomes pre-lubricados versus no lubricados.* Un condón no lubricado tiene mayor probabilidad de romperse adentro de la vagina si la lubricación vaginal es insuficiente.
- *Los condones ultra-delgados se rompen con mayor facilidad.* Si la pareja ha tenido problemas con ruptura de condones, recomiéndeles un tipo diferente de condón.

2.6 Instrucciones para el cliente

Aconseje a el/la cliente respecto a la importancia de seguir exactamente las instrucciones sobre el uso del condón y explíquele las razones de cada uno de los pasos (estas razones se destacan enseguida en *letras cursivas*).

Algunas reglas importantes que deben ser enfatizadas son:

- Colóquese el condón antes de cualquier contacto genital, porque de lo contrario *puede haber transmisión de los espermatozoides y/o los agentes infecciosos.*
- Oprima la punta del condón entre el pulgar y otro dedo, dejando aproximadamente 1 cm de material de látex al extremo del pene erecto. *Esto deja suficiente espacio para recoger el producto de la eyaculación y disminuye la posibilidad de que el condón se rompa.*
- Use solamente espermicidas o lubricantes que el programa proporcione o recomiende. No use jaleas de petróleo (vaselina), aceite mineral, lociones, ni otros productos a base de aceite como lubricantes, *porque estos aumentan la posibilidad de que el condón se rompa.* No se recomienda el uso de nonoxynol-9 para la protección en contra del VIH (ver sección 4.1).
- Después de la eyaculación, retire el pene de la vagina mientras aún esté erecto, sosteniendo firmemente el anillo del condón con los dedos sobre la base del pene, *para que el condón no se deslice y se derrame el producto de la eyaculación.*
- Si el condón se rompe o se desgarrar durante el acto sexual, aplíquese espermicida (espuma o gel) inmediatamente, y valore la posibilidad de usar anticoncepción de emergencia *como protección contra el embarazo* (ver el capítulo 10: Anticoncepción de emergencia).
- Maneje el condón cuidadosamente, *para evitar pinchaduras*; deberá tenerse especial cuidado con las uñas largas.
- Use un espermicida con el condón, para una *máxima efectividad.*
- Guarde los condones en un lugar fresco y seco. No use un condón si parece estar dañado o quebradizo, *porque hay mayor probabilidad de que se rompa.*

- Después de usar un condón una sola vez deséchelo en un basurero o en un inodoro, *para evitar que otras personas, especialmente niños/as, puedan entrar en contacto con él.*

Después de explicar las instrucciones, pida a el/la cliente que se las repita con sus propias palabras. Si es necesario, explíquelas de nuevo, haciendo énfasis en los puntos que el/la cliente no haya comprendido bien. Esta información puede ser entregada por escrito en una tarjeta o folleto a el/la cliente. Debe estar escrita y presentada de tal manera que sea fácil de comprender para el/la cliente o para alguien cercano (en caso que el/la cliente no pueda leer).

2.7 Efectos colaterales

- Los efectos colaterales por el uso del condón son poco frecuentes.
- Ocasionalmente los/as clientes son alérgicos/as al látex, al lubricante o al espermicida usado con el condón. Si esto ocurre:
 - Aconseje el cambio de marca o tipo de condón.
 - Si el/la cliente utiliza un condón con espermicida, recomiéndele un condón sin espermicida o con un tipo diferente de espermicida.
 - Si el/la cliente es alérgico/a al látex, en algunos lugares se puede obtener condones anti-alérgicos hechos de goma purificada.
 - Si continuaran los problemas deberá aconsejarse otro método.

2.8 Administración de los servicios

Almacenamiento, vida útil, muestreo y prueba

- La vida útil de los condones depende de las condiciones de almacenamiento. En condiciones ambientales húmedas y/o calientes, el tiempo de almacenaje seguro puede verse reducido a 3–6 meses. En condiciones frías o secas, los condones sellados pueden tener una duración de 3–5 años a partir de su fecha de fabricación. La fecha de fabricación o fecha de expiración deberá figurar en los paquetes de condones.
- Las condiciones adecuadas para el almacenaje son: una habitación fresca, ambiente seco, y un lugar conveniente y accesible, no expuesto a la luz solar directa.
- Deben tomarse muestras de los condones por lo menos dos veces al año. Estas muestras deben ser revisadas visualmente buscando deterioro, viendo si hay alguno que esté quebradizo, pegajoso o decolorado.
- Las pruebas para determinar si los condones permiten la filtración de agua pueden hacerse con equipo portátil simple. Deben realizarse:

- Si hay dudas sobre la calidad de los condones, como resultado de una inspección visual.
- Cuando se almacena y distribuye condones en grandes cantidades. En estos casos, algunas muestras deben tomarse y examinarse a intervalos regulares.

Suministro de condones

- Debe distribuirse las existencias más viejas de condones, siempre que estén en buenas condiciones, antes de distribuir aquellos con fechas más recientes de fabricación.
- Si es posible, proporcione al cliente condones en cantidad suficiente para tres meses o proporciónese la cantidad que solicite. Un suministro para tres meses equivale aproximadamente a unos cuarenta condones.

NOTA: Se recomienda que el programa de SSR/planificación familiar expanda sus esfuerzos educativos entre los clientes y la comunidad, informándoles sobre el importante efecto protector del condón contra las ITS, incluyendo la infección por VIH.

3 Diafragma

3.1 Definición

El diafragma es una cúpula de goma, poco profunda, con un borde flexible en forma de anillo. Cuando se inserta correctamente en la vagina antes de la relación sexual, el diafragma cubre el cuello uterino. Se coloca crema o jalea espermicida en el diafragma antes de la inserción. El efecto anticonceptivo del diafragma depende parcialmente de su función como barrera entre el semen y el cuello uterino, y parcialmente de su función como receptáculo para el espermicida. Cuando se usa correctamente en cada relación sexual, el diafragma puede ser un método de anticoncepción razonablemente efectivo.

Hay 4 tipos de diafragma:

- *De resorte plano*, en el cual el resorte es una banda plana de metal.
- *De resorte en espiral*, con un resorte firme de alambre enrollado.
- *De resorte en arco*, con un resorte combinado de metal, el cual permite que el borde tome una forma arqueada en vez de un plegado plano.
- *De borde amplio sellado*, disponible en los 2 tipos, de arco y de espiral. Este último tiene una pestaña flexible, de aproximadamente 1.5 cm. de ancho pegada a la orilla interna del anillo; el propósito de la pestaña es retener allí el espermicida y crear un mejor sello entre el diafragma y la pared vaginal.

3.2 Indicaciones

Si el programa cuenta con este método, **el diafragma se debe proporcionar a cualquier mujer que lo solicite, después de haber recibido consejería apropiada y haber tomado una decisión informada.**

El diafragma puede ser especialmente apropiado para una cliente que haya decidido usar un método anticonceptivo de barrera (ver la sección 1.1) y que:

- Quiera contar con su propio método anticonceptivo (en vez de depender solamente de que su compañero use el condón).
- Desee separar el tiempo de aplicación del anticonceptivo, del momento del acto sexual.
- Pueda aprender la técnica de inserción.
- Tenga suficiente privacidad en su casa para insertarse, retirarse, cuidar y guardar el diafragma.
- Tenga las facilidades necesarias para el cuidado apropiado del diafragma, tales como agua limpia y jabón.

3.3 Criterios médicos de elegibilidad

Categoría 4 (Contraindicaciones)

Ninguna.

Categoría 3

Además de las condiciones anotadas en la sección 1.2, las siguientes condiciones deben ser cuidadosamente valoradas antes de usar el diafragma:

- Antecedentes de síndrome de choque tóxico.
- Anormalidades anatómicas vaginales o uterinas que interfieran con la colocación apropiada o satisfactoria del diafragma, tales como prolapso uterino, tono vaginal pobre, obstrucción vaginal o borde retro-púbico inadecuado.
- Alto riesgo de VIH, infección por VIH y SIDA.
- Alergia al látex y sensibilidad a los espermicidas.
- Incapacidad de la cliente para colocarse adecuadamente el diafragma y palpase el cuello uterino.

Categoría 2

En general, el diafragma puede ser usado con precaución en presencia de:

- Parto de término ocurrido dentro de las pasadas 6–12 semanas. El diafragma no es adecuado mientras no haya habido una involución uterina completa.
- Mujeres que han tenido hijos.
- Enfermedad cardio-valvular complicada.
- Infecciones del tracto urinario.

3.4 Consejería e información

Todas las clientes de diafragma deben recibir consejería apropiada para seleccionar y utilizar el método.

Para la selección del método

- Discuta con la cliente las ventajas y desventajas del diafragma y de otros métodos anticonceptivos alternos. Infórmele sobre la efectividad del método y sobre la importancia de usarlo cada vez que tenga relaciones sexuales. Elabore o revise la historia clínica, y proporcione a la cliente consejería individualizada abordando las preocupaciones o preguntas específicas que ella pudiera tener.

Para la utilización del método

Ver las instrucciones en la sección 3.9 de este capítulo.

- Informe a la cliente acerca del uso y cuidado apropiado del diafragma, y sobre el momento apropiado para la verificación y reemplazo de este método. La mujer debe saber que si pierde una menstruación, si el diafragma le resulta incómodo, o si tiene problemas con su uso, deberá acudir a la clínica para seguimiento.
- *Efectos colaterales:* Informe a la mujer sobre los signos de infección del tracto urinario, de síndrome de choque tóxico y de vaginitis. Deberá aconsejarle que busque ayuda si presenta estos síntomas y signos. Hágale saber que ni ella ni su compañero sexual deben sentir incomodidad alguna cuando el diafragma está correctamente colocado en su lugar.
- Incluya consejería sobre el ciclo menstrual si la pareja desea usar condones como un segundo método durante el tiempo en que hay mayor probabilidad de ovulación.

3.5 Evaluación del estado de salud

Ver la sección 1.3 de este capítulo. Además, siempre debe hacerse un examen pélvico a la cliente antes de proporcionarle un diafragma, para descartar condiciones que requieran consideración especial para la selección y utilización del método.

3.6 Selección del diafragma

Diafragma con resorte en forma de arco

- A la mayoría de mujeres les resulta conveniente y cómodo este tipo de diafragma.
- El diafragma con resorte arqueado ayuda a asegurar que el borde posterior del diafragma quede insertado correctamente detrás del cuello uterino.
- A una mujer con útero retroverso, o en marcada anteversión, o con un cuello uterino nulíparo muy largo y firme, puede resultarle más fácil la inserción de un diafragma de resorte arqueado que de los tipos de resorte en espiral o resorte plano.
- El diafragma con resorte arqueado también puede ser muy útil para las mujeres con cistocele o con prolapso uterino moderado.

Diafragmas de resorte en espiral y resorte plano

- Cualquiera de estos tipos de diafragma puede ser útil para mujeres que no se sientan cómodas con el modelo de resorte arqueado o para mujeres con tono vaginal excepcionalmente firme.
- El diafragma de *resorte plano* es útil para las mujeres que tienen un arco poco profundo detrás de la sínfisis púbica; el de *resorte en espiral* es útil si hay un arco profundo.
- El diafragma de *resorte en espiral* solamente debe usarse si no hay desplazamiento uterino; el de *resorte plano* puede ser usado con útero en anteflexión.

3.7 ¿Quiénes pueden proporcionar diafragmas?

Los diafragmas pueden ser proporcionados por profesionales de la medicina, parteras, enfermeras, y otros/as proveedores/as de salud, siempre y cuando hayan sido bien capacitados/as y si ello es acorde a las leyes y reglamentos locales.

3.8 Ajustando el diafragma

El tamaño adecuado del diafragma (disponible en tamaños de 50 a 95 mm) debe ser determinado por personal específicamente capacitado para este procedimiento. Esta determinación se puede hacer en cualquier momento del ciclo menstrual.

- Antes de determinar el tamaño de diafragma adecuado para la cliente, hágale un examen pélvico cuidadoso buscando patologías pélvicas y condiciones que requieran consideración especial.
- Use juegos de diafragmas verdaderos, no anillos medidores, para determinar la medida apropiada y para que la cliente practique la inserción.

Procedimiento para medir el diafragma

La selección del diafragma dependerá de la profundidad de la vagina, el tono de los músculos vaginales, y la posición del útero.

NOTA: En los poco frecuentes casos en que la mujer necesite utilizar un insertador para colocarse el diafragma, deberá utilizar un diafragma de resorte en espiral o uno de resorte plano. De todas formas, deberá revisarse manualmente que el diafragma quede bien colocado.

- Obtenga una estimación del tamaño aproximado del diafragma requerido por la cliente, midiendo manualmente la distancia entre el fórnix posterior de la vagina y el arco púbico, de la siguiente manera:
 - Introduzca en la vagina los dedos índice y medio hasta que el dedo medio toque la pared póstero-superior de la vagina.
 - Con la punta del dedo pulgar, marque el punto en donde el dedo índice toca el hueso púbico. La distancia entre la punta del dedo medio y el punto marcado por el pulgar indica el diámetro aproximado del diafragma.
- Coloque el diafragma entre la sínfisis del pubis y el fórnix posterior de la vagina (fondo de saco). El diafragma debe cubrir tanto el cuello uterino como la pared ántero-superior de la vagina, y debe tocar ambas paredes laterales de la vagina.
- Seleccione el tamaño más grande que le quede cómodo a la cliente y que quede retenido por el hueso púbico. Una vez colocado el diafragma, la cliente no debe sentirlo:
 - Si el diafragma es demasiado grande, puede causarle incomodidad a la cliente, o deformarse y moverse.
 - Si el diafragma es demasiado pequeño, puede moverse y no cubrir el orificio cervical.

Enseñando a la mujer el uso del diafragma

Una vez seleccionado el tipo y el tamaño apropiado del diafragma, enseñe a la mujer cómo palparse el cuello uterino a través de la cúpula del diafragma (“se siente como la punta de la nariz”), y cómo revisar que el borde anterior del diafragma quede colocado suficientemente arriba, detrás de la sínfisis del pubis (Figura 7.3).

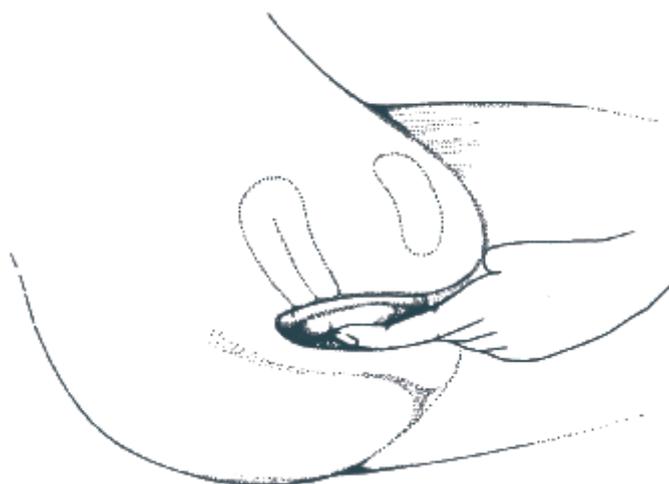
Proporcione a la cliente instrucciones claras acerca de la inserción y retiro del diafragma, y sobre la aplicación del espermicida (ver más adelante).

- Instruya a la cliente sobre la forma de insertarse el diafragma a lo largo de la pared vaginal posterior, empujando el diafragma doblado, dirigiéndolo hacia la parte posterior de la vagina, y luego a empujar la pestaña anterior con la punta del dedo para que ésta quede detrás del arco púbico.
- Para retirarlo: instrúyala para que coloque un dedo sobre la parte más cercana (anterior) de la pestaña y jale el diafragma hacia abajo y hacia afuera. Como método alternativo, también pueden usarse dos dedos para agarrar y jalar la pestaña.
- Si es posible, use un modelo pélvico de plástico transparente para demostrar la manera correcta de insertarlo y cómo debe quedar colocado.

Proporcione privacidad a la cliente mientras ella practica. Sugíerale una posición práctica y cómoda para la inserción; como estando parada y apoyando un pie a modo que la rodilla quede doblada, o en cuclillas, o acostada. Después de que la cliente se haya insertado el diafragma, verifique que esté bien colocado y vuelva a revisar que el tamaño sea el apropiado.

Prescriba el tipo y tamaño exacto de diafragma que la cliente pueda utilizar cómodamente y que se haya insertado y retirado sin dificultad. Proporciónese jalea o crema espermicida.

Figura 7.3 Palpando el cuello uterino a través del diafragma



3.9 Instrucciones para la cliente

Cuándo insertarse el diafragma

La mujer puede colocárselo en cualquier momento antes de tener relaciones sexuales.

Utilización del diafragma

- Debe aplicarse al diafragma por lo menos el equivalente a una cucharada de espermicida antes de cada uso, y usar espermicida adicional para cada coito. Si ya han transcurrido más de 2 horas desde que se colocara el diafragma, es recomendable aplicarle más espermicida antes de la relación sexual.
- Antes de la relación sexual la mujer debe revisar que el cuello uterino esté cubierto por el diafragma y que el anillo esté bien ajustado detrás del hueso púbico.
- La mujer debe dejarse el diafragma colocado por lo menos 6 horas después de la última relación sexual (coito), pero no más de 24 horas después de su inserción.

Limpieza, inspección y almacenamiento del diafragma

- La mujer debe lavar el diafragma con jabón suave y agua tibia, y secarlo. Puede usarse almidón de maíz en polvo para recubrir el diafragma antes de guardarlo. Debe colocarlo nuevamente en su estuche y guardarlo en un lugar alejado del calor. La mujer debe verificar con regularidad que el diafragma no tenga perforaciones, poniéndolo al trasluz.
- No debe aplicarse al diafragma vaselina, desinfectantes, detergentes, ni jabones o talcos perfumados.

Reemplazo del diafragma

- La mujer necesita reemplazar su diafragma por uno nuevo, después de 2 años de uso.
- Si la mujer ha dado a luz, o ha aumentado o perdido peso (3–7 kg. o más), es necesario verificar si el diafragma que está utilizando sigue siendo del tamaño correcto.

Un recordatorio para la pareja: “la efectividad del diafragma depende de que se utilice cada vez que tengan relaciones sexuales.”

Seguimiento

Haga los arreglos para una visita de seguimiento para dentro de 1 ó 2 semanas,

para verificar que el diafragma sea de la medida correcta y para revisar su utilización. Indique a la mujer que debe acudir a esa visita con el diafragma puesto y habiéndoselo colocado con por lo menos 8 horas de anticipación.

Después de haber explicado las instrucciones a la cliente, pídale que las repita en sus propias palabras. Si es necesario, repítale las instrucciones, haciendo énfasis en los puntos que ella no haya comprendido bien. Ofrezcale un instructivo impreso con ilustraciones.

3.10 Atención de seguimiento

- Debe haber una visita para seguimiento de rutina 1 ó 2 semanas después de la primera colocación, para verificar que el diafragma sea del tamaño correcto y para revisar la utilización.
- Durante esta visita de seguimiento debe hacerse los arreglos para un chequeo anual.
- Aconseje a la cliente para que acuda a la clínica en cualquier momento que necesite, debido a problemas tales como efectos colaterales, aumento o pérdida de peso en más de 4.5 kg, o insatisfacción con el método.

3.11 Efectos colaterales

Los efectos colaterales por uso del diafragma son poco frecuentes, pero sí existen:

- *Infecciones de las vías urinarias (IVU)*

Tratamiento: Trate la IVU directamente o refiera a la cliente para tratamiento. La mujer debe discontinuar el uso del diafragma mientras dure el tratamiento. Revise si el diafragma es demasiado grande; y si lo es, pruebe con uno más pequeño. Proporciónale otro método anticonceptivo provisional mientras dure el tratamiento.

- *Irritación local causada por sensibilidad o alergia*, generalmente al espermicida utilizado con el diafragma.

Tratamiento: Cambie a otro producto espermicida cuyo componente activo sea diferente. Si el problema persiste, sugiera a la mujer que cambie a otro método anticonceptivo.

- *Incomodidad de la usuaria o de su compañero sexual* (calambres, presión vesical o rectal) debido al contacto mecánico o a la presión del anillo del diafragma.

Tratamiento: Si la cliente desea continuar con el método, cambie el tamaño del diafragma o el tipo de anillo.

- *Flujo vaginal y mal olor*, que pueden ocurrir si se deja el diafragma en la vagina por más de 24 horas.

Tratamiento: Si no hay vaginitis, tranquilice a la cliente y recomiéndele medidas de

higiene. Si los síntomas son recurrentes, y si hay presencia de microorganismos causales de vaginitis, proporcione tratamiento específico o refiera a la cliente.

- *Lesión vaginal causada por la pestaña del diafragma.*

Tratamiento: La mujer debe discontinuar temporalmente el uso del diafragma. Proporciónale otro método anticonceptivo provisional. Reconfirme la adecuada colocación del diafragma. La cliente puede reanudar el uso del diafragma cuando la lesión haya sanado.

- *Lesión de la pared vaginal anterior causada por la extracción del diafragma.*

Tratamiento: Suspnda temporalmente el uso del diafragma hasta que la lesión sane. Proporciónale otro método anticonceptivo provisional. Revise la técnica de extracción y revise el tamaño de las uñas de la cliente.

3.12 Administración de los servicios

Almacenamiento y vida útil

La vida útil de los diafragmas almacenados debe limitarse a 3–5 años. La calidad del látex se ve afectada por la luz ultravioleta y el calor; y, por lo tanto, los diafragmas deben ser revisados cada 6 a 9 meses para ver si hay deterioro, y justo antes de proveerlos a las clientes.

Suministros

Se necesita aproximadamente dos tubos de jalea anticonceptiva cada 3 meses. Cada tubo tiene jalea para unas 25 aplicaciones, por lo que puede necesitarse 6–8 tubos por año.

Equipo necesario para medir el diafragma

- Diafragmas de muestra, estériles o desinfectados, en una variedad de tamaños.
- Jalea estéril o agua hervida/desinfectada para lubricar el diafragma durante la medición.
- Guantes no estériles (si son guantes reutilizables, deben ser esterilizados o sujetos a desinfección de alto nivel entre una y otra cliente).

Cuidado del equipo de medir diafragmas

Esto se refiere a los diafragmas de muestra y/o a los anillos medidores utilizados para tomar la medida a las clientes y para enseñarles la adecuada utilización del método.

- Descontámelos remojándolos en solución de cloro al 0.5% por 10 minutos.
- Usando guantes gruesos de hule, lávelos con detergente y agua para remover cualquier material orgánico.

- Séquelos antes de colocarlos en la solución desinfectante.
- Desinféctelos remojándolos en solución de cloro al 0.1% durante 20 minutos. Otra manera de desinfectarlos es hirviéndolos, pero esto reduce la vida útil de los diafragmas y/o de los anillos medidores.
- Séquelos al aire o con una toalla y colóquelos nuevamente en un recipiente limpio.

Si se cuenta con autoclave, el equipo de medición debe ser esterilizado a vapor después de haberlo descontaminado y lavado.

Capacitación

El diafragma deberá ser proporcionado solamente en las clínicas de planificación familiar o de salud sexual y reproductiva, donde haya personal que esté específicamente capacitado para proveer este método. El/la administrador/a del programa deberá decidir si hay necesidad de capacitar al personal, basándose en la demanda que haya por el método.

4 Espermicida

4.1 Definición

Los espermicidas son agentes químicos que inactivan y matan a los espermatozoides. Hasta cierto punto, también forman una barrera sobre el cuello del útero. Los principales agentes espermicidas que actúan como surfactantes son el nonoxynol-9, octoxynol, menfegol, y el cloruro de benzalconio.

Los diferentes tipos de vehículos para los espermicidas incluyen cremas, jaleas (geles), supositorios, tabletas o supositorios espumantes, y espumas en aerosol.

Los espermicidas por sí solos ofrecen poca eficacia anticonceptiva, pero su eficacia es alta cuando son usados como suplemento de otros métodos de barrera. No hay evidencia de que los espermicidas, incluyendo el nonoxynol-9, ofrezcan protección alguna en contra del VIH y otras ITS. Además, hay alguna evidencia de que el uso frecuente del nonoxynol-9 (dos veces al día o más) aumenta, en vez de reducir, la probabilidad de transmisión del VIH, quizá por la irritación que produce en la mucosa vaginal y cervical. Por estas razones, los espermicidas no son recomendados como protección contra el VIH u otras ITS.

Los proveedores de servicios deben conocer las características y diferencias entre los tipos y marcas de espermicidas disponibles en el programa, e informar a los/as clientes como corresponda.

4.2 Indicaciones

Los espermicidas deben ser proporcionados a cualquier persona que los solicite como anticonceptivo, inclusive a quienes no sean clientes regulares del programa. No debe ser requisito estar inscrito formalmente en el programa para poder recibir espermicidas. Los espermicidas pueden ser apropiados para parejas que hayan decidido utilizar un método de barrera y que:

- Estén muy motivados para usar el espermicida de manera efectiva.
- La fertilidad natural de la mujer haya disminuido por la edad o por la lactancia.
- Un posible embarazo no representaría un riesgo alto para la salud de la mujer.
- Quieran utilizar un espermicida junto con el diafragma o condón.

Ver también la sección 1.1 de este capítulo.

4.3 Criterios médicos de elegibilidad

Categoría 4 (Contraindicaciones)

- Clientes en alto riesgo de infección por VIH.
- Clientes que son VIH positivos.
- Clientes que tienen SIDA.

Categoría 2

En general, los espermicidas pueden ser usados con precaución bajo ciertas circunstancias:

- La baja efectividad de los espermicidas debe ser una consideración importante cuando una falla del método podría resultar en un embarazo de alto riesgo.
- Sensibilidad al espermicida.
- Cáncer cervical.

4.4 Consejería e información

Proporcione consejería apropiada e información para la selección y utilización de este método anticonceptivo.

Para la selección del método

La mujer o la pareja deben recibir información sobre las ventajas y desventajas de utilizar solamente espermicidas, incluyendo:

- El mayor riesgo de embarazo, comparado con otros métodos.

- El uso y cuidado apropiado del espermicida; esto incluye, para quienes usarán supositorios o tabletas, la necesidad de un intervalo de espera para permitir su adecuada dispersión dentro de la vagina.

Para usar el método

Ver la sección 4.6 más adelante.

4.5 Selección del espermicida

- Si se usará un espermicida como único método, debe recomendarse una espuma. La espuma en envase de aerosol actúa inmediatamente desde el momento de su aplicación; requiere el uso de un aplicador.
- Los supositorios o tabletas espumantes son convenientes para llevarlos y para guardarlos; sin embargo, requieren de un intervalo de espera de 10–15 minutos después de su inserción antes de tener relaciones sexuales.
- Los supositorios que se derriten también requieren de 10–15 minutos de intervalo de espera.
- La jalea anticonceptiva generalmente es usada en combinación con el diafragma.

No se debe recomendar ni contar con espermicidas que contengan compuestos a base de mercurio.

4.6 Instrucciones para la cliente

Informe a la cliente sobre:

- La importancia de usar espermicida antes de cada relación sexual (coito).
- La necesidad de un intervalo de 10–15 minutos después de la inserción de las tabletas o supositorios espumantes. No se necesita tiempo de espera para las cremas, ni para las jaleas y geles.
- La importancia de seguir las recomendaciones de los fabricantes para el uso y almacenamiento de cada producto específico (por ejemplo, agitar las espumas en aerosol antes de llenar el aplicador).
- La necesidad de una aplicación adicional si la relación sexual se realiza habiendo pasado más de 1 hora después de la aplicación inicial.
- La importancia de aplicárselo correctamente, al fondo de la vagina, para que el cuello uterino quede cubierto.
- La necesidad de acudir a la clínica para descartar la posibilidad de un embarazo si a la mujer no le llega su menstruación.

Después de explicarle las instrucciones, pida a la cliente que las repita en sus propias palabras. Si es necesario, repítale las instrucciones, haciendo énfasis en los puntos que ella no haya comprendido bien. Ofrézcale un instructivo impreso con ilustraciones.

4.7 Efectos colaterales

Los efectos colaterales por el uso de los espermicidas son poco frecuentes y menores:

- *Irritación local producida por sensibilidad o alergia.*

Tratamiento: Cambiar a otro producto espermicida cuyo ingrediente activo sea diferente. Si el problema persiste, sugiera a la cliente cambiar a otro método anticonceptivo.

A pesar de haberse llevado a cabo varios estudios, no ha sido sustentada la preocupación surgida acerca de la posibilidad de anomalías congénitas en embarazos sucedidos después del fallo de un espermicida.

4.8 Administración de los servicios

Almacenaje y vida útil

- El tiempo de almacenamiento de los productos espermicidas debe limitarse a las fechas de vencimiento especificadas por el fabricante de cada producto. La vida útil aproximada de los productos suele ser 5 años después de su fecha de fabricación.
- Deberá tomarse una muestra de las existencias y probarse cada 6–9 meses:
 - Tabletas espumantes: para revisar que el empaque ha resistido la humedad.
 - Espuma en aerosol: para probar el funcionamiento del envase.

Suministros

En lo posible entregue a cada cliente una cantidad suficiente para 3 meses, o la cantidad que el cliente pida. Un suministro para 3 meses consiste en 1 bote de espuma, ó 2 tubos de crema o jalea, ó 40 tabletas espumantes.

Foto: Fatiha Terki/Etiopía



ESTERILIZACIÓN FEMENINA Y MASCULINA

8 ESTERILIZACIÓN FEMENINA Y MASCULINA

1 Introducción

1.1 Definición

La esterilización femenina y masculina voluntaria (también conocidas como tubectomía, oclusión tubaria, ligadura tubaria, anticoncepción quirúrgica y vasectomía) son de los métodos anticonceptivos disponibles más efectivos para los hombres y mujeres que no desean tener más hijos. La esterilización es también uno de los métodos más seguros, con tasas bajas de mortalidad y complicaciones, tanto para hombres como para mujeres. El procedimiento de esterilización bloquea ya sea los conductos espermáticos (conductos deferentes) o los oviductos (trompas de falopio) para evitar que el espermatozoide y el óvulo se unan.

1.2 Indicaciones generales

Debe proporcionarse la esterilización a cualquier cliente masculino o femenino que ya haya completado el tamaño deseado de su familia, y que solicite este método después de recibir una consejería adecuada y tomar una decisión informada.

NOTA: Algunas condiciones psiquiátricas o neurológicas complejas e irreversibles no son compatibles con la maternidad o paternidad, y pueden conducir a solicitudes de esterilización aunque el/la cliente no pueda dar su consentimiento. En estos casos, debe obtenerse por escrito la opinión de una persona experta de experiencia reconocida; esta documentación debe archivar, así como una constancia escrita de que otras alternativas a la esterilización fueron discutidas.

1.3 Tamizaje preoperatorio

Los objetivos del tamizaje preoperatorio de los/as clientes son:

- **Asegurar, a través de la consejería y el proceso de decisión informada que:**
 - El/la cliente esté haciendo una elección voluntaria e informada, sin coerción por parte de sus parientes o de los/as proveedores/as de los servicios de salud.
 - Se identifique cualquier factor no médico que pueda hacer que el/la cliente se arrepienta posteriormente (por ejemplo, clientes que sean demasiado jóvenes, que no tengan hijos o que tengan pocos hijos, o que no estén seguros de su decisión).
- **Determinar, a través de la evaluación clínica:**
 - Que la condición física de el/la cliente sea adecuada para la esterilización.
 - Si existen condiciones que pudieran aumentar los riesgos asociados con el procedimiento.
 - El tipo más adecuado de cirugía, de anestesia, y el tipo de instalaciones más adecuado para el/la cliente.

Donde las leyes y reglamentos nacionales lo permitan, la disponibilidad de la esterilización deberá estar determinada por lo que sea mejor para cada persona. Los programas deben evitar el establecer criterios arbitrarios basados en la edad, paridad o estado marital; y deben interpretar las pautas basándose en las necesidades de cada cliente individual.

Para algunos/as clientes, puede ser necesario posponer el procedimiento de esterilización (ej.: cuando existe una condición médica que debe ser evaluada o corregida). Cuando es este el caso, las razones deberán ser explicadas a el/la cliente y documentadas por escrito. Debe recomendarse a el/la cliente sobre el uso de métodos anticonceptivos temporales y hacer planes para proveer la esterilización en una fecha posterior.

1.4 Consejería e información

Todos los clientes de esterilización deben recibir consejería apropiada para seleccionar el método.

- **Proporcione la consejería a ambos miembros de la pareja, si sea posible**
 - La decisión de cual miembro de la pareja será esterilizado debe ser revisada, y debe dárseles ayuda hasta que logren una decisión firme y con la cual ambos se sientan satisfechos. Si existieran razones de salud por las cuales sea mejor esterilizar a un miembro de la pareja en lugar del otro, estas razones deben ser tomadas en cuenta.
 - Un factor a tomar en cuenta al discutir la esterilización para alguno de los miembros de la pareja, es si existen antecedentes de sección cesárea múltiple. Si la mujer está embarazada, la esterilización puede realizarse en el momento de la siguiente sección cesárea.
 - Ofrezca a el/la cliente la oportunidad de recibir consejería individual.
- **Debe alentarse a los/as clientes para que hagan las preguntas que deseen y expresen sus temores** a fin de aclarar cualquier malentendido o información errónea. Por ejemplo, deberá tranquilizarse a los clientes en cuanto a que la esterilización no afecta la salud física o mental ni el funcionamiento sexual normal.
- **Discuta con claridad los siguientes puntos con cada cliente, en forma apropiada a su nivel de preparación y lenguaje:**
 - *Que otros métodos alternativos de planificación familiar temporales están disponibles.* Estos métodos deben estar a disposición de el/la cliente de manera que pueda escoger entre los métodos temporales y los permanentes. La información sobre los métodos temporales y los permanentes debe incluir la eficacia, beneficios, riesgos y efectos colaterales de cada uno.

- *Que el procedimiento es quirúrgico.* Revise los detalles del procedimiento. El/la cliente debe entender: (a) el tipo de procedimiento que se realizará, (b) dónde se hará, (c) la clase de anestesia a ser utilizada, (d) cómo se espera que el/la cliente se sienta después del procedimiento, (e) la posibilidad de molestias durante el procedimiento quirúrgico, (f) si habrá algún costo para el cliente derivado del procedimiento.
- *Que aunque la esterilización es un procedimiento muy seguro, hay una pequeña posibilidad de complicaciones* relacionadas con la anestesia y la cirugía.
- *Que el procedimiento tiene beneficios*, incluyendo: poner término a los embarazos, no más riesgos asociados con la gestación y no más inconvenientes o riesgos a largo plazo, asociados con los métodos anticonceptivos temporales.
- *Que existe un riesgo de falla del método*, aunque la esterilización es un método anticonceptivo muy eficaz.
- *Que los resultados del procedimiento son permanentes:* después del procedimiento quirúrgico, el/la cliente no podrá tener más hijos. Informe a el/la cliente que el procedimiento debe ser considerado como permanente (ver también la sección 1.11).
- *Que la elección del procedimiento debe ser una decisión voluntaria y libre de el/la cliente;* y, de ninguna forma, debe ser por coerción o persuasión. Permita cualquier discusión o mayor exploración del tema si existiera alguna duda de que el/la cliente está escogiendo la operación por su libre voluntad.
- *Que el/la cliente tiene derecho a cambiar de opinión* en cualquier momento antes de la cirugía. La oportunidad de revisar su decisión y de cambiar de parecer antes del procedimiento ayuda a garantizar que la elección del cliente es voluntaria y a prevenir la posibilidad de coerción. En lo posible, se recomienda un intervalo de espera de unos días, aunque esto no debe ser un requisito estricto, especialmente si la decisión es firme.
- *Que la esterilización no protege contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).* Las parejas que están en riesgo de esas infecciones, deben recibir consejería sobre el uso de condones.

1.5 Consentimiento informado

El consentimiento informado para anticoncepción quirúrgica es el acuerdo de una persona, basado en el ejercicio de la libre elección, con un completo entendimiento de la naturaleza y consecuencias del procedimiento quirúrgico a realizarse. Como se menciona anteriormente, el consentimiento de el/la cliente deberá obtenerse solamente después de que ha recibido la consejería adecuada.

La principal responsabilidad ética del personal a cargo del procedimiento de esterilización, es asegurarse de que la persona otorgue su consentimiento para la operación sin presiones, de manera madura, informada, voluntaria; y que él o ella sea legalmente competente para dar este consentimiento.

Debe obtenerse el consentimiento escrito de todos los/as clientes que solicitan la esterilización, para:

- Documentar que la elección fue informada y voluntaria.
- Servir como autorización legal para la cirugía.

Firmas:

- El formulario debe ser firmado por la persona que será esterilizada.
- Para los/las clientes analfabetos/as, el formulario debe ser leído en voz alta y explicado, y la firma puede ser reemplazada por la huella digital del/la cliente. También se recomienda obtener la firma de un testigo quien sí sepa leer y escribir.
- El cirujano o un ayudante designado también debe firmar el formulario de consentimiento. Esta firma indica que el/la proveedor/a de servicios ha determinado que la persona que solicita la esterilización comprende y voluntariamente elige someterse a la operación.

Lenguaje:

- Los términos y palabras usadas en el formulario de consentimiento y en el proceso de consejería deben ser fácilmente entendidos por el cliente. Evite terminología médica y legal complicada.
- En los lugares en donde se habla más de un idioma, los formularios deberán estar disponibles en los idiomas comúnmente usados. En lo posible, debe haber personal que hable los idiomas que se usen comúnmente. Si esto no fuera posible, se debe utilizar intérpretes.

1.6 Evaluación del estado de salud

Para cada cliente deberá completarse un expediente clínico apropiado, para asegurar que se obtienen y registran los elementos esenciales de la historia clínica, del examen físico y de las pruebas de laboratorio.

- *Historia médica:* Además de la información personal y familiar, incluyendo el número de hijos y el uso de métodos de planificación familiar, debe obtenerse la siguiente información:
 - Enfermedades pasadas y presentes y otras condiciones que puedan representar un riesgo para la operación, incluyendo diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, hipertensión, enfermedades pulmonares como asma o bronquitis, enfermedades renales, infecciones genitourinarias, ITS, anemia, problemas de coagulación o sangrado, convulsiones, alteraciones psiquiátricas, y cualquier enfermedad o infección actual.
 - Antecedentes quirúrgicos relevantes, problemas anteriores con anestесias, limitaciones de la actividad física, adicciones, y antecedentes de inmunización contra el tétano.
 - Alergias, incluyendo reacciones a medicamentos.
 - Medicamentos que esté tomando actualmente.
- *Exámenes físicos y de laboratorio:* Antes de realizar procedimientos quirúrgicos, debe realizarse un examen físico, tal y como se describe en las secciones 2.6 (esterilización masculina) y 3.6 (esterilización femenina). Generalmente, las pruebas de laboratorio no son requeridas, pero deben ser realizadas si así lo indican la historia médica y el examen físico. No es necesario el tamizaje de rutina para detectar VIH.

En todos los procedimientos quirúrgicos, los/as proveedores/as de servicios deben apearse cuidadosamente a los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones.

1.7 Anestesia

Para todos los procedimientos de esterilización, se prefiere la anestesia local.

La anestesia general, espinal o epidural raramente se justifican para un procedimiento de esterilización.

1.8 Principios quirúrgicos para garantizar la seguridad

- Los/as cirujanos/as y el personal deben tener aptitudes y estar suficientemente capacitados en las técnicas que estén utilizando, así como en el reconocimiento temprano y manejo rápido de las complicaciones.
- Las normas y procedimientos médicos y quirúrgicos aprobados deben cumplirse estrictamente.

- Los/as cirujanos/as deben abstenerse de tratar otros trastornos patológicos durante la esterilización de rutina, a menos que ello haya sido planificado con anticipación y se realice en un lugar adecuadamente equipado. Una excepción a esto sería cuando se necesite un tratamiento de emergencia.
- Las medidas para la prevención de infecciones deben seguirse estrictamente (ver el capítulo 15: Prevención y control de infecciones).
- Todo el instrumental y equipo debe estar en buenas condiciones operativas antes de empezar el procedimiento quirúrgico.
- El lugar debe estar bien equipado con medicamentos y equipo para manejar situaciones que amenacen la vida y otras emergencias.

1.9 Instrucciones post-operatorias

Proporcione a el/la cliente instrucciones postoperatorias por escrito, en lenguaje claro y con diagramas y dibujos a manera que sean comprensibles tanto para los/las clientes alfabetos/as como para los/las analfabetos/as.

Revise verbalmente cada punto con el/la cliente antes de que salga del establecimiento de servicios. Incluya explicaciones sobre:

- Cómo cuidar la herida.
- Cómo usar cualquier medicamento postoperatorio que se le indique.
- Instrucciones de que descanse en casa el resto del día.
- De cuáles complicaciones debe estar alerta y qué hacer respecto a cada una de ellas.
- Cuándo reanudar las actividades normales, incluyendo las relaciones sexuales.
- Dónde acudir y con quién ponerse en contacto en caso de emergencia.
- Cuándo y dónde volver a una visita de seguimiento.

1.10 Complicaciones

- Surgen complicaciones de importancia en menos del 1% de todos los casos de vasectomía y de oclusión tubaria. El reconocimiento temprano y el manejo inmediato y adecuado son esenciales.
- **Todas las complicaciones de mayor o menor importancia, así como la documentación de su manejo deberán registrarse en el expediente clínico de el/la cliente.**
- Si un programa local de esterilización tiene un nivel de complicaciones inusualmente elevado (ej.: infecciones de heridas), deberá realizarse una investigación para identificar las causas y tomar las acciones correctivas.
- Ver las secciones 2.12 y 3.13 de este capítulo para mayor información sobre el

manejo de complicaciones específicas de la esterilización masculina y femenina.

1.11 Reversión

- **La esterilización debe ser considerada permanente.** Diversos factores afectan el éxito de los casos de reversión; procedimiento que, en ocasiones, no es factible o recomendable.
- La cirugía para revertir la esterilización es un procedimiento mucho más complejo que la misma esterilización. Si ocurre una solicitud para reversión, el/la cliente debe ser referido/a al nivel apropiado de atención de salud.
- Debido a que hay un aumento en el riesgo de embarazo ectópico después de la reversión, todas las mujeres que se sometan a cirugía de reversión deben mantenerse bajo un seguimiento cuidadoso. Debe advertirse a toda mujer que se somete a una operación de reversión, que un futuro embarazo tendrá un más alto riesgo de ser ectópico, y que ella deberá buscar atención médica si se embaraza o sospecha que está embarazada.

1.12 Administración de los servicios

Instalaciones y equipo

- Las siguientes instalaciones son requeridas para proporcionar servicios de esterilización:
 - Un área limpia para sala de espera o recepción, para clientes nuevos y para visitas de seguimiento. El ambiente debe estar de acuerdo con el medio cultural local, y ser adecuado para actividades educativas. Debe colocarse carteles educativos con información acerca de todos los métodos anticonceptivos.
 - Un lugar para consejería, preferiblemente aislado o privado.
 - Un lugar para exámenes preoperatorios y de seguimiento.
 - Un área quirúrgica limpia, aislada del exterior y del tráfico de la clínica.
 - Áreas adyacentes al área quirúrgica, donde el personal quirúrgico pueda llevar a cabo el lavado quirúrgico de manos y cambiarse de ropa.
 - Instalaciones para limpiar, esterilizar y desinfectar los instrumentos y material quirúrgico, o acceso a otro sitio para realizar estas funciones.
 - Sala de recuperación y área de reposo para los/las clientes después de la operación.
 - Servicios de laboratorio o acceso a ellos en otro sitio (ej.: para análisis de sangre, de orina, y de semen).
 - Estantería que permita almacenar y localizar adecuadamente los expedientes clínicos.

- Inodoro y lavabo para los/las clientes.
- Lavandería o acceso a una lavandería.

NOTA: Algunas de las funciones mencionadas pueden compartir un mismo espacio.

Frecuentemente, los requisitos mencionados arriba se encuentran disponibles en un hospital o en una clínica permanente. En circunstancias específicas y de acuerdo con las necesidades locales, otro tipo de instalaciones pueden cumplir con estos criterios.

- *Cuando el procedimiento de esterilización no se realiza en un hospital:*
 - El servicio debe tener vínculos con una institución, de tal forma que se pueda asegurar un rápido ingreso de emergencia para el manejo de complicaciones quirúrgicas.
 - El lugar donde se realice la cirugía debe contar con las facilidades para el transporte rápido de el/la paciente hacia la institución de referencia.
- *Anestésico local:*
 - Lidocaína (lignocaína).
- *Equipo de emergencia necesario para cada establecimiento de servicios en donde se ofrezcan esterilizaciones:*
 - *Para esterilizaciones tanto femeninas como masculinas:*
 - Aparato de succión con tubos y dos trampas.
 - Cánulas nasales y orales (2 tamaños de cada uno).
 - Un resucitador manual o respirador.
 - Medicamentos de emergencia tales como epinefrina (adrenalina) y antihistamínicos para tratar reacciones adversas.
 - *Solamente para esterilizaciones femeninas:*
 - Máscara de anestesia y bolsa auto-inflable con conexión para oxígeno.
 - Tanque de oxígeno con válvula de reducción, con flujómetro, tubos y máscara.
 - Soluciones intravenosas tales como dextrosa, y juegos de venoclisis con agujas de calibre grueso.
 - Instrumentos de venodisección.
 - Equipo estéril de laparotomía para emergencias.
 - Laringoscopio y tubos endotraqueales (apropiado sólo si se cuenta con personal capacitado).
 - Medicamentos adicionales de emergencia tales como atropina, naloxona, fisostigmina y cloruro de calcio, para tratar reacciones adversas a los agentes anestésicos y a otros medicamentos.

El equipo arriba mencionado deberá estar disponible y listo para ser utilizado durante todos los procedimientos de esterilización. En la clínica debe haber una persona responsable de garantizar, antes de cada operación, que los instrumentos de emergencia estén estériles, funcionales, y listos para su uso.

El personal quirúrgico debe estar lo suficientemente capacitado para usar eficientemente el equipo en caso de emergencia.

Políticas y normas

- Los programas que ofrezcan servicios de esterilización deben mantener documentos con sus políticas y normas dentro de sus establecimientos de servicios. También deben tener disponibles las referencias aplicables a las leyes y reglamentos locales relacionadas con la esterilización.
- Deben contar con los protocolos quirúrgicos y de anestesia específicos para las técnicas utilizadas, así como protocolos para monitoreo de los clientes y para el manejo de las complicaciones.
- Los lineamientos sobre la prevención y control de infecciones deben colocarse en un lugar visible dentro de la clínica.
- El programa debe fijar los mecanismos para asegurarse que todo el personal médico y paramédico comprenda y siga las prácticas fijadas en estas normas.

Expedientes clínicos

El programa debe asegurarse que todos los aspectos de la evaluación preoperatoria, tipo de procedimiento, técnicas de oclusión, anestesia, hallazgos operatorios, manejo postoperatorio e informes sobre cualquier complicación y su tratamiento, estén registrados en el expediente clínico de cada cliente, mismo que debe ser guardado de tal forma que sea accesible. El formulario de consentimiento informado debe ser guardado como parte del expediente.

Equipos móviles

Los equipos móviles están formados por personal capacitado que realiza visitas periódicas a las instalaciones permanentes de salud que no tienen personal calificado, para llevar a cabo esterilizaciones. Si no se cuenta con instalaciones permanentes, el equipo puede operar en instalaciones médicas temporales tales como escuelas o edificios comunales, teniendo mucho cuidado de asegurar que se cumplan los estándares médicos y de seguridad; y que éstos estén de acuerdo con las normas locales.

- Los equipos móviles deben contar con el personal más altamente capacitado, calificado y experimentado que esté disponible para los procedimientos tanto de consejería como quirúrgicos.
- Debe garantizarse que se cumpla con las medidas apropiadas para la prevención de infecciones.
- Las medidas para asegurar atención de seguimiento deben ser parte integral de cualquier sistema que utilice equipos móviles.

Referencias

- Debe haber un sistema para referir clientes en caso de emergencias, complicaciones, y problemas médicos. Si es necesario, debe hacerse arreglos por escrito con las instituciones médicas que aceptarán a los clientes referidos.
- En los programas que no ofrecen servicios de esterilización, debe haber procedimientos para referir a los clientes para que reciban dichos servicios.

Cirujanos/as

Los servicios de esterilización deben emplear solamente a aquellos/as cirujanos/as que hayan recibido capacitación y que tengan destreza y experiencia en las técnicas estándar de esterilización descritas en estas pautas. Deben utilizarse descripciones de puesto que especifiquen estos requisitos.

Carga de trabajo

El equipo quirúrgico deberá limitar el número de procedimientos a la cantidad que permita proveer servicios seguros y de calidad.

Defensa y promoción

La vasectomía es un método seguro y efectivo que está notablemente subutilizado. Los programas deben implementar estrategias para clarificar ideas equivocadas que dificulten la aceptabilidad de este método y para promover su utilización.

Los programas de esterilización femenina deben promover la disponibilidad de servicios convenientes de esterilización post parto y post aborto así como de intervalo (ver definición en la sección 3.7). También deben tratar de fomentar que en los servicios de maternidad se ofrezca consejería prenatal sobre la esterilización y sobre otros métodos anticonceptivos, así como servicios de esterilización y otros servicios anticonceptivos en el post parto inmediato.

Capacitación

- Para la capacitación de personal nuevo deberá usarse un currículum escrito sobre técnicas de esterilización, cuidados de el/la cliente, manejo de complicaciones y consejería.
- Periódicamente debe determinarse las necesidades de capacitación del personal y darle la capacitación que sea necesaria.
- Todos los miembros del equipo quirúrgico deben ser incluidos en el programa de capacitación (i.e. médicos/as, médicos/as asistentes, enfermeros/as, enfermeros/as auxiliares, ayudantes).

2 Esterilización masculina

2.1 Definición

La esterilización masculina, o vasectomía, es la interrupción de la capacidad reproductiva del hombre con la finalidad de poner fin de manera permanente a su fertilidad. Esto se logra con una operación simple, segura, de bajo costo y bien aceptada, que puede ser efectuada como procedimiento ambulatorio. Ambos conductos deferentes son interrumpidos para que los espermatozoides no sean liberados en la eyaculación.

La vasectomía es uno de los métodos de anticoncepción más efectivos. Cuando se realiza correctamente, la vasectomía tiene una tasa de fallo de 0.1 embarazos por cada 100 parejas mujeres en los primeros 12 meses de uso del método.

2.2 Indicaciones

Además de las indicaciones mencionadas para la esterilización en general (ver la sección 1.2) la vasectomía debe ser el método elegido cuando exista un riesgo médico especial en el procedimiento de esterilización para la mujer.

2.3 Criterios médicos de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad médica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizan una clasificación específica para la esterilización quirúrgica, que difiere de la de otros métodos anticonceptivos, debido a que no existe alguna condición que pudiera restringir permanentemente la elegibilidad de un cliente para obtener voluntariamente este método. Las consideraciones médicas consisten en sopesar los respectivos riesgos de la esterilización contra los que representa un embarazo no planeado. Sin embargo, algunas condiciones representan una indicación para tomar precauciones específicas o de retrasar el procedimiento.

Condiciones que requieren de una precaución especial (categoría C de la clasificación de la OMS): El procedimiento es conducido normalmente en un medio ambiente de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales, en presencia de:

- Herida previa en el escroto.
- Cliente demasiado joven.
- Varicocele grande.
- Hydrocele grande.
- Criptorquidismo.
- Diabetes mellitus.
- Trastornos depresivos.

Condiciones que requieren un retraso en el procedimiento de esterilización (categoría D en la clasificación de la OMS): El procedimiento se retrasa hasta que la condición sea evaluada y/o corregida, con la provisión de métodos anticonceptivos temporales alternativos, en presencia de:

- Infecciones locales:
 - Infección de la piel del escroto;
 - Infección de transmisión sexual activa (ITS);
 - Balanitis;
 - Epididimitis u orquitis.
- Infección sistémica o gastroenteritis.
- Filariasis/elefantiasis.
- Tumoración intraescrotal.

Condiciones que requieren consideración especial (categoría S de la clasificación de la OMS): El procedimiento debe ser efectuado en condiciones en las que se cuente con un/a cirujano/a y personal experimentados, así como con el equipo necesario para proporcionar anestesia general, y otros apoyos médicos de respaldo, después de una decisión cuidadosa sobre el procedimiento y régimen de anestesia más apropiados, con la provisión de métodos anticonceptivos temporales alternativos si se requiere realizar una referencia o si ocurre un retraso por otra causa, en presencia de:

- Hernia inguinal.
- Trastornos de la coagulación.
- SIDA.

Una consideración adicional, es la historia de impotencia u otros trastornos sexuales, en los que la vasectomía podría intensificar el problema psicológico subyacente.

2.4 Consejería, información y consentimiento informado

Siga las pautas generales del capítulo 2 (Consejería) y de las secciones 1.4 y 1.5 de este capítulo.

- Al cliente masculino debe también informársele que el procedimiento no afecta las hormonas masculinas ni le causará cambio alguno en su función o satisfacción sexual.
- Deberá utilizarse otro método anticonceptivo hasta que se demuestre que ya no hay espermatozoides en la eyaculación, o hasta por lo menos 12 semanas posteriores a la vasectomía (el/la consejero/a debe determinar si el cliente o su pareja necesitan el uso temporal de otro método anticonceptivo).

Es importante dar la oportunidad al cliente para expresar sus temores y responder a todas sus preguntas antes del procedimiento.

2.5 ¿Quiénes pueden realizar vasectomías?

Todos los/as médicos/as, incluyendo los/as médicos/as generales, pueden realizar vasectomías, siempre y cuando hayan sido adecuadamente capacitados. Bajo ciertas condiciones, y si las leyes y normas del país lo permiten, otro personal de salud puede ser capacitado para realizar los procedimientos de vasectomía. Cuando el procedimiento lo realice alguien que no sea médico/a, y en caso de surgir dificultades o complicaciones quirúrgicas, deberá haber un/a médico/a accesible para ser consultado/a.

2.6 Evaluación del estado de salud

- Además de la información mencionada en la sección 1.6, la historia clínica de un hombre que solicite una vasectomía debe incluir:
 - Antecedentes de cirugía, traumatismo, y lesiones escrotales o inguinales.
 - Antecedentes de trastornos sexuales pre-existentes, tales como impotencia.
- El *examen físico* para una vasectomía debe incluir:
 - Examen escrotal, buscando engrosamientos de la piel, cicatrices o infección.
 - Constatar que no haya testículos sin descender, hidrocele, varicocele, tumoraciones intraescrotales, o hernia inguinal.
 - Otros exámenes indicados por la historia clínica.
- Las siguientes *evaluaciones preoperatorias de laboratorio* son necesarias solamente si la historia o el examen físico lo sugieren:

- Hemoglobina y/o hematocrito.
- Análisis de orina para identificar la presencia de glucosa o proteínas.

2.7 Preparación preoperatoria

- Asegúrese de que la historia clínica, exámenes físicos y cualquier prueba de laboratorio necesaria, estén completos y documentados en el expediente clínico.
- Revise el formulario de consentimiento informado y asegúrese que esté firmado y colocado dentro del expediente clínico.
- En la mayoría de casos, no se necesita medicación preoperatoria. Si el cliente pareciera estar nervioso, puede administrársele sedación (ej.: 5 mg de diazepam por vía oral 30 minutos antes de la cirugía).

2.8 Anestesia y procedimiento operatorio

Anestesia local

Utilice la menor cantidad posible de anestesia local: sólo la suficiente para asegurar la comodidad del cliente. Muy pocas veces se necesita anestesia general.

- Se recomienda lidocaína (lignocaína) al 1% sin epinefrina (adrenalina). (Si sólo se cuenta con lidocaína al 2%, dilúyala al 1% usando solución salina).
- La dosis individual máxima de lidocaína no debe exceder los 4.5 mg/kg (2 mg/lb) de peso corporal. En general, se recomienda que la dosis total máxima no exceda los 300 mg (Esto equivale a un volumen total máximo de 30 ml de lidocaína al 1% ó 15 ml al 2%).

Procedimiento operatorio

Mientras que existen muchas maneras de ocluir los vasos (ej.: ligadura, cauterización, clips), hay dos métodos básicos para incidir en el escroto:

- Vasectomía convencional o incisional; o
- Vasectomía sin bisturí (VSB).¹

La técnica VSB utiliza un bloqueo del nervio vasal y dos instrumentos especializados (una pinza de anillo y una pinza de disección curva) (Figuras 8.1 y 8.2) para aislar y bloquear los conductos deferentes. Debido a que la punción de la

¹ Para mayores detalles acerca de la técnica de vasectomía sin bisturí, refiérase a la publicación: Vasectomía sin Bisturí: Una Guía Ilustrada para Cirujanos (No-scalpel Vasectomy: An Illustrated Guide for Surgeons), 3ª Edición, Nueva York. EngenderHealth, 2003.

piel escrotal que se hace con la pinza de disección es tan pequeña, no es necesario suturar. La VSB ofrece varias ventajas sobre la vasectomía convencional, incluyendo menor número de hematomas e infecciones, así como menos dolor durante el procedimiento. Sin embargo, esta técnica no debe usarse a menos que el/la cirujano/a haya recibido la capacitación adecuada, tenga experiencia en el procedimiento, y se cuente con los instrumentos necesarios.

Figura 8.1



Pinza de anillo extracutánea

Figura 8.2



Pinza de disección

La vasectomía debe incluir una división de cada trompa de esperma o la remoción de un segmento corto de cada trompa. Si se utiliza la ligadura y escisión como método de oclusión, es necesaria la interposición fascial. La cauterización térmica o la electrocauterización pueden proveer una oclusión más efectiva de las trompas de esperma en comparación con la ligadura y escisión con interposición fascial, aún cuando la cauterización es utilizada sin interposición fascial.

Además de los principios básicos del procedimiento anotados en la sección 1.8, deben seguirse los siguientes:

- La asepsia apropiada requiere de una limpieza quirúrgica y el uso de guantes estériles. La utilización de gorro, mascarilla y gabachón estériles es deseable, pero no necesaria para la vasectomía.
- Se debe usar un antiséptico efectivo (por ejemplo, solución de yodo en agua, o una solución de clorhexidina al 4%) para preparar el escroto, muslos y periné. Se debe cubrir el área operatoria.
- Es importante para la comodidad y seguridad del paciente hacer una hemostasia cuidadosa y manipular los tejidos con suavidad.

2.9 Atención post-operatoria

- Un hombre que se haya sometido a la vasectomía sin sedación puede irse de la clínica después de descansar 30 minutos, siempre y cuando no haya evidencia de sangrado en el área operatoria. Si se ha usado sedación, el control de los signos vitales del cliente deberá hacerse hasta que el efecto de los sedantes haya pasado completamente antes de que salga de la clínica.
- En caso de malestar se puede suministrar analgésicos simples por vía oral.

2.10 Instrucciones para los hombres después del procedimiento

Antes de dar de alta al cliente, déle las siguientes instrucciones verbalmente y por escrito:

- Debe descansar en casa por el resto del día. Durante 48 horas debe abstenerse de tener relaciones sexuales, de hacer trabajo fuerte o ejercicio vigoroso. Este tiempo de reposo es importante para disminuir los riesgos de complicaciones.
- Debe conservar el área de la incisión limpia y seca. Puede bañarse al día siguiente de la operación, pero debe evitar mojarse la herida. Después de tres días puede usar agua y jabón para lavarse la herida, asegurándose de secar completamente la zona de la herida.
- Debe ponerse en contacto con el proveedor de servicios de salud si tiene fiebre, sangrado, o pus en la incisión, o excesivo dolor o hinchazón.
- Debe tomar en cuenta que no ha quedado estéril de inmediato; tiene que usar condones u otro método temporal hasta que hayan pasado al menos 12 semanas posteriores a la vasectomía o hasta que se demuestre que su semen esté libre de espermatozoides (en donde el análisis de semen esté disponible).
- Debe acudir a una visita de seguimiento aproximadamente una semana después de la cirugía, si se practicó una vasectomía convencional.

Debe darse al cliente la oportunidad para hacer preguntas y expresar sus inquietudes.

2.11 Atención de seguimiento

Examen postoperatorio de seguimiento

Después de la vasectomía, debe ofrecerse al cliente una cita para una visita de seguimiento aproximadamente una semana después de la cirugía. El examen postoperatorio puede ser efectuado por personal no médico de salud que esté capacitado para hacerlo, salvo que existan complicaciones. Durante la visita de seguimiento:

- Si se practicó una vasectomía convencional o incisional, examine la zona

escrotal para ver si está sanando adecuadamente.

- Haga planes para un análisis de semen si está disponible.
- Si el cliente requiere cuidados adicionales, prográmele otra visita de seguimiento.

Análisis de semen

- Si se cuenta con este servicio, ofrezca al cliente un análisis de semen para después de 12 semanas después del procedimiento.
- Si el cliente pide un análisis de semen y el local no está equipado para ello, refiéralo a donde sí se cuenta con ese servicio.
- Si después de 12 semanas, aún hay espermatozoides móviles, el proveedor de servicios deberá reevaluar el caso y tomar las medidas apropiadas. Deberá repetirse el análisis del semen y podría ofrecerse una segunda vasectomía en caso de haber ocurrido una falla del procedimiento.

2.12 Complicaciones

Las complicaciones de la vasectomía pueden incluir: sangrado transoperatorio, reacciones a la anestesia local, inflamación escrotal postoperatoria, contusión y dolor, formación de hematoma, infección, y más adelante epididimitis congestiva y formación de granuloma. Es importante el reconocimiento temprano y tratamiento rápido de las complicaciones; **la capacitación del personal de los servicios de vasectomía debe incluir cómo reconocer y manejar las complicaciones.**

Debe llevarse un registro de cualquier dificultad quirúrgica encontrada durante el procedimiento, ya que estas dificultades pueden explicar las complicaciones que surgen durante el período postoperatorio. Cualquier incidente quirúrgico debe ser registrado en el expediente clínico del cliente, aunque haya sido corregido durante la operación.

3 Esterilización femenina

3.1 Definición

La esterilización femenina es la interrupción de la capacidad reproductiva de la mujer con el propósito de suprimir permanentemente su fertilidad. Esto se realiza por oclusión bilateral o corte de las trompas de falopio.

La oclusión tubaria es un procedimiento seguro y bien aceptado que puede efectuarse por ligadura, ligadura con resección, o mecánicamente con clips o anillos.

3.2 Indicaciones

Las indicaciones para la esterilización femenina se discuten en la sección 1.2.

3.3 Criterios médicos de elegibilidad

Como se mencionó en la sección 2.3, los criterios de elegibilidad médica de la OMS utilizan una clasificación específica para la esterilización quirúrgica, misma que difiere de otros métodos anticonceptivos porque no hay condición alguna que deba restringir permanentemente la elegibilidad de la cliente para que obtenga voluntariamente este método. Las consideraciones médicas consisten en sopesar los respectivos riesgos de la esterilización contra los que representa un embarazo no planeado. Sin embargo, algunas condiciones representan una indicación para tomar precauciones específicas o de retrasar el procedimiento.

Condiciones que requieren de una precaución especial (categoría C de la clasificación de la OMS): El procedimiento es conducido normalmente en un medio ambiente de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales, en presencia de:

- Cliente demasiado joven.
- Obesidad con un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m² o más.
- Hipertensión:
 - Antecedentes de hipertensión en lugares en donde la presión arterial no puede ser evaluada (incluyendo hipertensión durante el embarazo).
 - Hipertensión controlada adecuadamente donde puede ser evaluada.
 - Presión arterial elevada (sistólica 140–159 ó diastólica 90–99 mmHg).
- Antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica.
- Antecedentes de accidente cerebrovascular.
- Enfermedad cardio-valvular no complicada.
- Epilepsia.
- Cáncer de mama actual.
- Fibroides uterinos (con o sin distorsión de la cavidad uterina).
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) en el pasado, sin embarazo subsecuente.
- Quistosomiasis con fibrosis hepática.
- Diabetes mellitus sin enfermedad vascular (dependiente o no dependiente de insulina)
- Hipotiroidismo.
- Cirrosis compensada leve.
- Tumores hepáticos benignos y malignos.
- Talasemia.

- Falciformismo.
- Anemia por deficiencia de hierro (Hb 7–10 g/dl).
- Hernia diafragmática.
- Enfermedad renal.
- Deficiencias nutricionales severas.
- Esterilización electiva concurrente con cirugía abdominal.
- Trastornos depresivos.
- Cirugía abdominal o pélvica previa.

Condiciones que requieren un retraso en el procedimiento de esterilización (categoría D en la clasificación de la OMS): El procedimiento se retrasa hasta que la condición sea evaluada y/o corregida, con la provisión de métodos anticonceptivos temporales alternativos, en presencia de:

- Embarazo.
- Post-parto (7 a \geq 42 días).
- Pre-eclampsia/eclampsia severa.
- Ruptura prolongada de membranas (24 horas o más).
- Sepsis puerperal o fiebre intraparto/puerperal.
- Hemorragia anteparto o postparto severa.
- Trauma severo al tracto genital en el momento del parto (desgarre cervical o vaginal).
- Sepsis post aborto.
- Hemorragia post aborto severa.
- Trauma severo al tracto genital en el momento del aborto (desgarre cervical o vaginal).
- Hematometra aguda.
- Padecimiento actual de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Padecimiento actual de enfermedad cardíaca isquémica.
- Sangrado vaginal inexplicado previo a la evaluación.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- Cáncer cervical en espera de tratamiento, o cáncer endometrial u ovárico.
- Padecimiento actual o dentro de los pasados 3 meses de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Infección de transmisión sexual (ITS) incluyendo cervicitis purulenta.

- Padecimiento actual de enfermedad de vesícula biliar.
- Anemia por deficiencia de hierro (Hb menor a 7g/dl).
- Infección cutánea abdominal local.
- Bronquitis o neumonía aguda.
- Infección sistémica o gastroenteritis.
- Esterilización concurrente con cirugía abdominal (emergencia sin consejería previa) o condición infecciosa.

Condiciones que requieren precauciones especiales (categoría S de la clasificación de la OMS): El procedimiento debe ser efectuado en condiciones en las que se cuente con un/a cirujano/a y personal experimentados, así como con el equipo necesario para proporcionar anestesia general, y otros apoyos médicos de respaldo, después de una decisión cuidadosa sobre el procedimiento y régimen de anestesia más apropiados, con la provisión de métodos anticonceptivos temporales alternativos si se requiere realizar una referencia o si ocurre un retraso por otra causa, en presencia de:

- Ruptura o perforación uterina post parto.
- Perforación uterina post aborto.
- Factores de riesgo múltiples para enfermedad cardiovascular arterial (ej.: edad avanzada, tabaquismo, diabetes mellitus e hipertensión).
- Presión arterial elevada (sistólica ≥ 160 ó diastólica ≥ 100 mmHg).
- Hipertensión con enfermedad vascular.
- Enfermedad cardio-valvular complicada.
- Endometriosis.
- SIDA.
- Tuberculosis pélvica comprobada.
- Diabetes mellitus con nefropatía/retinopatía/neuropatía.
- Diabetes mellitus con otras enfermedades vasculares o de más de 20 años de duración.
- Hipertiroidismo.
- Cirrosis descompensada severa.
- Trastornos de la coagulación.
- Asma crónica, bronquitis, enfisema o infección pulmonar.
- Útero fijo debido a cirugía previa o infección.
- Hernia umbilical o en la pared abdominal.

3.4 Consejería, información y consentimiento informado

Siga las normas generales del capítulo 2 (Consejería) y de las secciones 1.4 y 1.5 de este capítulo. Además debe informarse a la cliente que:

- Las hormonas femeninas no se alteran y que no habrá pérdida de la feminidad ni cambio en la función o satisfacción sexual.
- Los ciclos menstruales continuarán como de costumbre (si ella está descontinuoando un DIU o un método hormonal, puede experimentar cambios transitorios en sus patrones menstruales).
- Existe un pequeño riesgo de falla, y que el embarazo resultante puede ser ectópico.

La decisión de ser esterilizada generalmente no debe tomarse en momentos de estrés emocional, tales como inmediatamente antes, durante, o después de un parto o aborto.

- Sin embargo, algunas clientes pueden ya haber tomado desde antes del parto la decisión de optar por la esterilización, sin haberlo solicitado formalmente. Por lo tanto, no debe negársele la esterilización a una mujer que, voluntaria y espontáneamente, la solicite después del parto o aborto, si ha recibido consejería y ha hecho una decisión a conciencia.
- En algunas circunstancias una mujer puede enterarse por primera vez acerca de la esterilización durante el puerperio o durante el post aborto, y estar en condiciones de tomar una decisión informada y voluntaria después de una cuidadosa consejería.

Es importante dar a las clientes la oportunidad de expresar cualquier temor, y responder a todas sus preguntas antes del procedimiento.

3.5 ¿Quiénes pueden realizar esterilizaciones femeninas?

- La minilaparotomía puede ser realizada por médicos/as especializados y no especializados, siempre y cuando hayan sido adecuadamente capacitados, tanto en la técnica operatoria como en la técnica de anestesia local.
- Bajo ciertas condiciones, por ejemplo, cuando el número de solicitudes para la operación exceda el número de médicos/as capacitados/as, se puede capacitar a enfermeros/as y parteros/as con experiencia quirúrgica, para realizar el procedimiento, si las leyes y reglamentos del país lo permiten.
 - Si el procedimiento lo hace alguien que no es médico/a, deberá tenerse acceso a un/a médico/a para consultas y en caso de haber dificultades o complicaciones quirúrgicas. Los protocolos para las exclusiones deben estar claramente definidos.

- **Todo el personal que efectúe procedimientos de esterilización debe estar avalado por alguna autoridad acreditada en capacitación, y deben haber realizado al menos 10 casos, sin supervisión, durante su capacitación.**
- El equipo médico mínimo para los servicios de esterilización femenina deberá consistir de tres personas: un/a médico/a, enfermero/a o paramédico/a capacitado para realizar la cirugía; un/a asistente del cirujano; y un/a ayudante que apoye al cirujano y al asistente, y que monitoree la condición de la cliente.
- Sólo médicos con experiencia en cirugía abdominal y pélvica deben recibir capacitación para hacer esterilizaciones por laparoscopia.

3.6 Evaluación del estado de salud

- *Historia clínica:* Refiérase a la sección 1.6 de este capítulo. Además, la historia para la cliente femenina debe incluir:
 - Uso actual de anticoncepción.
 - Fecha del último período menstrual (UPM).
 - Antecedentes de enfermedades pélvicas.
 - Antecedentes obstétricos.
 - Antecedentes de cirugía abdominal o pélvica.
- *El examen físico debe incluir:*
 - Peso.
 - Temperatura.
 - Presión arterial.
 - Pulso.
 - Auscultación de corazón y pulmones.
 - Examen abdominal.
 - Evaluación del estado nutricional.
 - Examen de la piel en la zona operatoria.
 - Otros exámenes según lo indique la historia clínica.

Adicionalmente, antes de un procedimiento de intervalo, el/la cirujano/a deberá hacer un examen pélvico cuidadoso, fijándose especialmente en el tamaño, posición y movilidad del útero, así como también en signos de infección o tumoración pélvicas, que pudieran requerir el retraso de un acceso quirúrgico estándar.

Antes de un procedimiento post parto o post aborto, deberá hacerse una cuidadosa revisión en busca de complicaciones del parto o aborto, para identificar cualquier signo de contraindicaciones temporales. Si la historia clínica y el examen médico requeridos no están documentados en el expediente clínico, se deberán llevar a cabo.

- *Las investigaciones de laboratorio deben incluir:*
 - Niveles de hemoglobina y/o hematocrito.
 - Otras pruebas de laboratorio indicadas por la historia clínica o por el examen físico.
 - Un frotis cervical (PAP), si fuera posible y en fecha. Sin embargo, no debe negarse o posponerse un procedimiento de esterilización por el hecho de no haberse hecho un frotis cervical o por no contar con los resultados.

Todos los hallazgos del examen médico deberán estar documentados en el expediente de la cliente.

NOTA: Si se está utilizando un DIU o un implante, el método puede ser retirado inmediatamente después de la cirugía, y no antes del procedimiento. De esta forma, la cliente continúa estando protegida en el caso de que la oclusión tubaria no sea completada.

3.7 Oportunidad de los procedimientos de esterilización femenina

La esterilización femenina puede ser efectuada con plena seguridad en los siguientes momentos:

- *Esterilización de intervalo:* No asociada con un embarazo.
- *Esterilización post parto:* En la primera semana postparto, o durante una cesárea. El momento óptimo para el procedimiento postparto es dentro de las primeras 48 horas a partir del parto. Si la cirugía se realiza dentro del 3^{er} al 7^o día post parto, puede dificultarse el acceso a las trompas de falopio a través de una incisión infraumbilical, debido al proceso de involución del útero. Debe hacerse una cuidadosa palpación del fondo del útero para determinar su posición.
- *Esterilización post aborto:* En la primera semana después de un aborto.

No realice procedimientos post parto o post aborto del segundo trimestre después del séptimo día post parto o post aborto. Si ya han transcurrido 7 días, el procedimiento debe ser pospuesto hasta después de 28 días, para evitar las dificultades y riesgos quirúrgicos adicionales.

3.8 Preparación pre-operatoria

- Asegúrese que se han concluido la historia clínica, el examen físico y las pruebas de laboratorio, y que se han documentado en el expediente clínico.
- Revise el formulario de consentimiento informado y asegúrese que la hoja firmada esté en el expediente clínico.
- Administre los medicamentos preoperatorios.

3.9 Anestesia y procedimiento operatorio

Anestesia

Para procedimientos de esterilización femenina utilice anestesia local con sedación leve. Con la capacitación adecuada, puede utilizarse anestesia local para la minilaparotomía y para la laparoscopia. El objetivo de la sedación leve es que la cliente esté tranquila y relajada pero, **al mismo tiempo, que se conserve despierta.**

- Use analgésicos (como 25–50 mg de meperidina) y sedantes (como 5–10 mg de diazepam) solamente en dosis que permitan que la cliente esté despierta. Dosis que ponen a la cliente en estado de semi-inconciencia o inconciencia comprometen la ventilación y resultan en depresión respiratoria.

Técnica para la anestesia local

- Infiltre la piel, la fascia y el peritoneo con lidocaína (lignocaína) al 1% sin epinefrina (adrenalina), a través de una sola punción en el sitio operatorio. Si sólo dispone de lidocaína al 2%, dilúyala al 1% usando una solución salina.
- Espere 1–3 minutos antes de hacer la incisión, para que el bloqueo de campo local surta efecto.
- *La máxima dosis segura de lidocaína al 1% es 4.5 mg por kg de peso corporal.* Para una mujer de 50 kg, esto equivale a 22.5 ml de lidocaína al 1%.

Todo el personal debe estar capacitado y consciente de las dosis correctas para todos los medicamentos en el protocolo anestésico, y deben comprender la necesidad de disminuir las dosis para clientes de bajo peso. Si se introduce algún medicamento nuevo, deben prepararse instrucciones claras al respecto y añadirse a las normas de anestesia.

NOTA: Puede ser necesario usar anestesia general en los casos de extrema obesidad, sospecha de adherencias abdominales o en algunos casos de enfermedad mental. Dada la corta duración del procedimiento de esterilización, raramente se justifica la anestesia espinal o epidural.

Procedimiento operatorio

Además de los principios básicos anotados en la sección 1.8, algunos principios de procedimientos básicos incluyen:

- La asepsia apropiada con lavado quirúrgico, y el uso de gorro, mascarilla, gabachón estéril y guantes estériles.
- Debe utilizarse un antiséptico efectivo (por ejemplo solución acuosa de yodo o solución de clorhexidina al 4%) para preparar la zona operatoria.
- Debe utilizarse adecuadamente el elevador uterino para procedimientos de intervalo.
- La hemostasia cuidadosa y manipulación suave de los tejidos son importantes para la comodidad y seguridad de la cliente. Las incisiones deben ser lo más pequeño posible pero que permitan un buen acceso a las trompas de falopio.

Típos de abordaje quirúrgico

- **Minilaparatomía:** La minilaparotomía es un proceso simplificado de laparotomía, usando una incisión de 5 cm o menos. Se hace una incisión infraumbilical transversal o longitudinal para casos de post parto (generalmente no mayor de 2 cm) y una incisión suprapúbica transversal para procedimientos de intervalo post aborto.
 - La minilaparatomía puede resultar difícil si la mujer es obesa, si el útero está inmóvil o si las trompas tienen adherencias debido a una infección o a una cirugía previa. En estos casos, puede ser adecuado referir a la cliente a otro establecimiento de servicios.
- **Laparoscopia:** El operador utiliza equipo de endoscopia insertado a través de una incisión infraumbilical de 1 a 1.5 cm.
 - No se debe practicar la laparoscopia en el post parto inmediato, ni inmediatamente después de un aborto del segundo trimestre.
- **Otros abordajes quirúrgicos:** La laparotomía utiliza una incisión de mas de 5 cm. de largo. No debe usarse en los procedimientos rutinarios de esterilización. Puede ser usada cuando se realiza la esterilización conjuntamente con una cesárea o durante otra operación ginecológica. Si se requiere de una laparotomía, deberá usarse anestesia general o regional.

Los abordajes vaginales (colpotomía, culdoscopia) no son recomendables para uso rutinario en los programas de esterilización, debido a las altas tasas de infección asociadas con estos procedimientos.

Recomendación: La minilaparatomía es el método preferido para lugares en donde se cuenta solamente con recursos básicos y debe ser ofrecida de manera extensiva en la mayoría de los establecimientos clínicos; usualmente la laparoscopia debe ser reservada para los centros de referencia, en donde haya disponibilidad cirujanos/as capacitados/as, instrumentos con mantenimiento apropiado y respaldo inmediato en caso de haber complicaciones.

Métodos de oclusión

- Existen varios métodos para oclusión de las trompas de falopio. Los procedimientos que causan menor daño a los conductos deben ser usados en forma rutinaria. Estos métodos incluyen la *ligadura de Pomeroy modificada, el anillo, y el clip*. La técnica de Parkland de doble ligadura con resección de la porción de trompa entre ligaduras, también es adecuada.
- Para las esterilizaciones de rutina *No* es recomendable usar la electrocoagulación, la fimbriectomía, ni la salpingectomía.
- No debe usarse la histerectomía por sí sola como procedimiento para la esterilización. Debe reservarse para mujeres que tengan enfermedades ginecológicas que requieran la extirpación del útero.

Recomendación: Los métodos preferidos de oclusión tubaria son la ligadura y la oclusión mecánica con clips o anillos.

Monitoreo de la cliente durante el procedimiento

- En los procedimientos normales y sin complicaciones, tome y anote los signos vitales (pulso, respiración, y presión arterial) inmediatamente antes de la operación y monitóreelos conforme sea necesario durante la operación e inmediatamente antes de que la cliente sea retirada de la mesa de operaciones.
- Si el procedimiento toma más tiempo de lo normal, o en caso de complicaciones o anestesia general prolongada, entonces se necesitará un monitoreo más cuidadoso de los signos vitales.
- Los miembros del equipo quirúrgico deben conversar con la mujer durante el procedimiento, para darle apoyo con empatía y seguridad, así como para monitorear la profundidad de la analgesia y la sedación.

3.10 Atención post-operatoria

- Controle el pulso, respiración, presión arterial y estado general de la cliente cada 15 minutos durante por lo menos una hora, hasta que los signos vitales estén estables y hayan regresado a los niveles preoperatorios; y posteriormente cada hora hasta que la cliente se recupere y sea dada de alta. Los signos vitales deben quedar anotados en el expediente clínico.
- Ofrézcale líquidos, como jugo de frutas.
- La cliente puede ser dada de alta el mismo día que se hace la cirugía, después de que se haya recuperado del procedimiento, de la anestesia y de la sedación.
 - Puede utilizarse el signo de Romberg (la cliente debe permanecer de pie sin tambalearse teniendo los ojos cerrados) como señal de recuperación.
 - Usualmente la cliente puede irse a casa tan pronto pueda movilizarse sin dificultad, sea capaz de vestirse por sí sola y de conversar coherentemente.
- Como regla general, no utilice antibióticos profilácticos.
- Para el dolor, utilice analgésicos orales simples. Proporcione a la cliente una provisión de analgésicos suficiente para dos días al darle de alta.

3.11 Instrucciones para las mujeres después del procedimiento

Antes de dar de alta a la cliente, repítale las instrucciones relacionadas con el cuidado postoperatorio y entréguele instrucciones escritas.

Explique lo siguiente a la cliente femenina en el postoperatorio:

- Que debe descansar en su casa por 1 ó 2 días. Este descanso es importante para disminuir los riesgos de complicaciones.
- Que puede reanudar las actividades leves después de 2 ó 3 días, y todas las actividades normales, incluyendo el coito, después de una semana.
- Que ella debe mantener limpia y seca la herida. Ella podrá bañarse después de 24 horas, cuidando de mantener seco el apósito.
- Cómo utilizar cualquier medicamento que se le entregue o se le recete.
- A qué problemas estar alerta y qué hacer en cada caso (ejemplo: fiebre, dolor, sangrado).
- A dónde ir y a quién contactar en caso de emergencia, o por cualquier problema o pregunta.
- Cuándo y dónde acudir para su visita de seguimiento.

Además, informe a la cliente que:

- Ha quedado estéril desde el momento en que terminó la operación.
- Sus menstruaciones continuarán hasta la menopausia.
- Si pierde una menstruación, si tiene cualquier otro signo que sugiera un embarazo, o si tiene dolor abdominal o pélvico, debe ponerse en contacto con la clínica.

La cliente debe tener la oportunidad de hacer preguntas y de expresar sus inquietudes.

3.12 Atención de seguimiento

La visita de seguimiento deberá realizarse de 7 a 10 días después de la operación. Lo deseable es que sea el/la cirujano/a que operó a la cliente, quien le haga el examen de seguimiento. Sin embargo, otro/a profesional de salud calificado/a puede hacer el examen y manejar complicaciones menores. Durante la visita de seguimiento:

- Discuta con la cliente cualquier preocupación o pregunta que ella tenga.
- Examine la región operatoria, y retire las suturas si es requerido. Haga cualquier otro examen que la cliente necesite.
- En caso de ser necesario continuar con el seguimiento de la cliente, prográmele otra visita.

Debe hacerse esfuerzos especiales, incluyendo el uso de seguimiento basado en la comunidad, para entrar en contacto con cualquier cliente que no regresa para su examen de seguimiento.

Debe fomentarse las ideas innovadoras para el seguimiento; por ejemplo, algunos programas dan a sus clientes tarjetas postales para que las envíen en caso de tener problemas o preguntas.

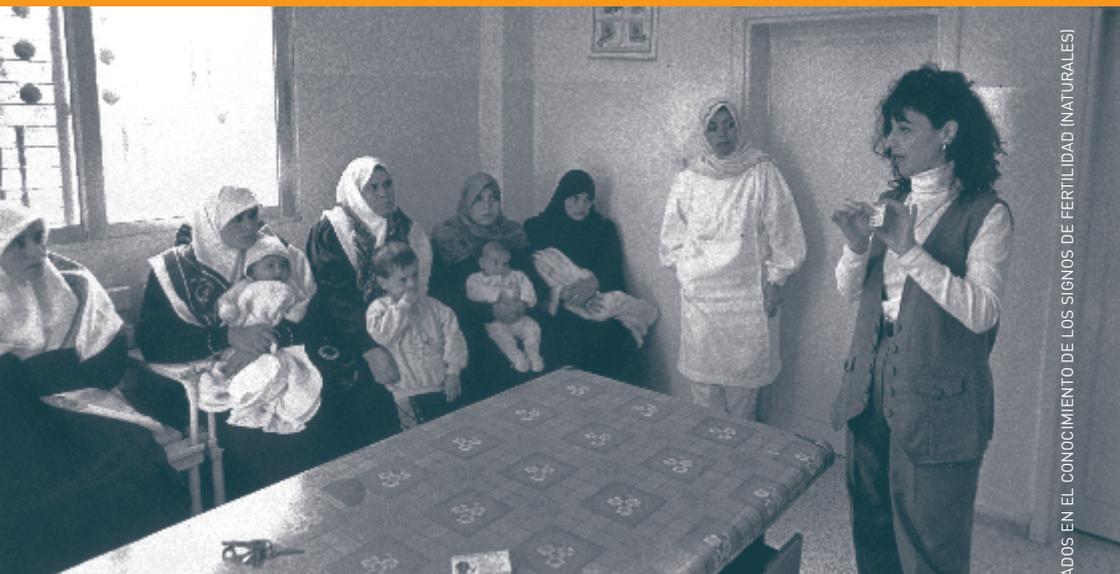
3.13 Complicaciones

Las complicaciones de la oclusión tubaria incluyen la hemorragia intraperitoneal (que se observa principalmente en procedimientos por laparoscopia), infección pélvica o peritonitis, formación de hematoma, y sangrado o infección de la zona de la incisión. Ocasionalmente pueden ocurrir emergencias quirúrgicas como lesiones al útero, intestino o vejiga, o embolismo o enfisema quirúrgico (laparoscopia). El reconocimiento temprano de las complicaciones y su tratamiento rápido son esenciales. En caso de fallo del método, debe descartarse la posibilidad de embarazo ectópico.

La capacitación del personal para la oclusión tubaria debe incluir cómo identificar y manejar las complicaciones.

Debe registrarse cualquier dificultad quirúrgica que se presente durante el procedimiento, ya que estas dificultades pueden explicar las complicaciones que se detecten durante el período postoperatorio. Cualquier accidente quirúrgico debe ser registrado en el expediente clínico de la cliente, aún cuando haya sido corregido satisfactoriamente durante la operación.

Foto: Philip Wolmuth/Jordania



MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE FERTILIDAD (NATURALES)

9 MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE FERTILIDAD (NATURALES)

1 Introducción

Los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad (naturales) son métodos anticonceptivos basados en el conocimiento del inicio y fin del período fértil dentro del ciclo menstrual de la mujer. Estos métodos con frecuencia incluyen la práctica de la abstinencia periódica – un método que proporciona una barrera de tiempo entre los espermatozoides y el óvulo, al evitar el coito sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual. Por lo tanto, el éxito de este método depende de la habilidad de los miembros de la pareja para *identificar* la fase fértil de cada ciclo y de su motivación y disciplina para *practicar la abstinencia* durante el tiempo requerido.

Una proporción significativa de parejas encuentra difícil predecir o identificar con precisión el comienzo y el final de la fase fértil. También, las parejas pueden arriesgarse mientras practican la abstinencia periódica y romper las reglas. Por lo tanto, para que sean efectivos como medios de anticoncepción, los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad requieren:

- Consejería apropiada;
- Una enseñanza adecuada de la técnica; y
- Un seguimiento con una actitud positiva.

Los resultados de algunos estudios muestran tasas muy elevadas de falla, las cuales fluctúan entre 10 y 30 embarazos por cada 100 usuarias por año. Los/as clientes a quienes se les dificulte utilizar este método pueden valorar la posibilidad de utilizar otro.

Entre las técnicas usadas para identificar la fase fértil del ciclo menstrual y, por lo consiguiente, abstenerse de tener relaciones sexuales, incluyen:

- El método de la temperatura corporal basal (TCB).
- El método del moco cervical o método de la ovulación (método de Billings).
- El método del calendario o método del ritmo (Ogino-Knaus).
- El método sinto-térmico.
- El método de los días fijos (MDF).

Los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad pueden utilizarse en combinación con otros métodos anticonceptivos, de manera que la pareja utiliza métodos de barrera solamente durante la fase fértil del ciclo. Los métodos de predicción de la ovulación son también valiosos en el manejo de la

infertilidad, en tanto que las parejas que desean lograr un embarazo pueden mejorar sus probabilidades de concepción, si pueden reconocer la fase fértil del ciclo.

Los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad tienen las siguientes ventajas (resumidas en el Cuadro 9.1):

- No tiene ningún efecto colateral físico.
- Las parejas tienen la oportunidad de aprender más acerca de su fisiología sexual y lograr una mejor comprensión de sus funciones reproductivas.
- La responsabilidad de la planificación familiar es compartida por ambos miembros de la pareja, lo que puede llevar a una mejor comunicación y cooperación entre ellos.
- Luego de la capacitación y seguimiento iniciales, muchos/as usuarios/as pueden practicar el método sin necesidad de más ayuda y casi sin ningún costo.
- De esta forma, después de la capacitación inicial, no se requiere de personal con capacitación médica para proporcionar los servicios.

Los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad tienen las siguientes desventajas (resumidas en el Cuadro 9.1):

- El método depende en mucho del compromiso y cooperación de ambos miembros de la pareja, lo cual puede ser difícil de lograr.
- La eficacia es menor que la de la mayoría de métodos anticonceptivos.
- Se necesita una capacitación inicial relativamente larga, lo que frecuentemente requiere una cantidad considerable de tiempo del personal. En consecuencia, algunas mujeres pueden resultar embarazadas mientras están aprendiendo la técnica.
- Para algunas mujeres puede resultar molesto monitorear y anotar diariamente los signos de fertilidad.
- Los períodos largos de abstinencia sexual pueden ocasionar dificultades conyugales y tensión emocional.
- A las mujeres cuyos ciclos son irregulares les puede resultar difícil utilizar el método.
- Los signos y síntomas para predecir la fertilidad son sumamente variables durante la lactancia.

Cuadro 9.1— Ventajas y desventajas de los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad

<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
<p>No hay efectos colaterales.</p> <p>Mejor comprensión del ciclo sexual.</p> <p>Responsabilidad compartida.</p> <p>Después de la capacitación no se requiere más ayuda de el/la proveedor/a de servicios.</p> <p>Después de la capacitación el costo es insignificante.</p> <p>Después de la capacitación no se necesita personal de salud.</p>	<p>Necesitan cooperación y compromiso.</p> <p>Baja efectividad.</p> <p>Pueden fallar durante un período relativamente largo de capacitación.</p> <p>El monitoreo/registro diario puede ser molesto.</p> <p>Difíciles de llevar si los ciclos son irregulares.</p> <p>Impredecibles en períodos de lactancia.</p>

1.1 Indicaciones generales

Los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad proporcionan una alternativa a las parejas que no desean utilizar otro método anticonceptivo más eficaz debido a:

- Temor a los efectos colaterales.
- Limitaciones religiosas o culturales.
- Acceso difícil a otros métodos.

1.2 Indicaciones

Ninguna.

1.3 Condiciones que requieren una evaluación cuidadosa

Hay condiciones que requieren valoración cuidadosa al recomendar a el/la cliente sobre el posible uso de métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad como métodos anticonceptivos. Estas condiciones incluyen:

- Necesidad especial de protección altamente eficaz contra el embarazo (ej.: si el embarazo significaría un severo riesgo para la salud materna).
- Incapacidad para cumplir con la abstinencia sexual requerida por el método.

1.4 Situaciones especiales

Algunos grupos de clientes presentan retos especiales para el uso efectivo de los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad como medio de anticoncepción.

Adolescentes

Las niñas y mujeres adolescentes frecuentemente experimentan ciclos anovulatorios, lo que puede dificultar el aprendizaje y la práctica de las técnicas. Aún más, a los/as clientes jóvenes les puede resultar particularmente difícil cumplir con la abstinencia cuando se requiere.

Mujeres premenopáusicas

Durante los últimos años de la vida reproductiva la ovulación se torna errática. La presencia de ciclos anovulatorios e irregulares pueden dificultar a la cliente la valoración de sus signos y síntomas de fertilidad. Sin embargo, estas clientes tienen mayor probabilidad de haber estado practicando los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad, y les puede resultar más fácil sobrellevar las dificultades y cumplir con períodos largos de abstinencia.

Mujeres en período post parto

Después del parto, el momento del retorno de la ovulación depende de si la mujer está amamantando o no. Una vez que se reanuda la ovulación, los signos de fertilidad pueden ser difíciles de interpretar, lo que puede llevar a la necesidad de abstinencia prolongada. Cualquier dificultad con el coito sexual durante las etapas finales del embarazo puede hacer que tal período de abstinencia parezca más largo.

1.5 Consejería e información

El uso de métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad para anticoncepción es responsabilidad de ambos miembros de la pareja. Idealmente, debe darse consejería adecuada, a ambos miembros de la pareja, mientras seleccionan el método, mientras aprenden la técnica, y mientras la practican. El/la consejero/a debe tratar de determinar la posibilidad de que ambos miembros de la pareja colaboren, especialmente si el hombre no está presente durante la sesión de consejería. Discuta con los/as clientes:

- Las ventajas y desventajas del método en comparación con otros métodos anticonceptivos.
- Las diferentes técnicas utilizadas para maximizar la efectividad de la abstinencia periódica, y la necesidad de llevar un registro diario de los signos de fertilidad.
- La necesidad de completar la capacitación inicial y tener un seguimiento periódico hasta que se logre tener plena confianza en la detección de los signos de fertilidad.

- La necesidad de un sólido compromiso y de cumplir estrictamente con los períodos de abstinencia sexual, que se requiere para maximizar la eficacia de esta técnica.
- La alta tasa de falla de este método anticonceptivo, especialmente mientras se está aprendiendo, si no se toman otras precauciones anticonceptivas.
- La necesidad de regresar a consulta si se tienen dudas sobre la interpretación de los signos de fertilidad, o si a la cliente le falta la menstruación.

1.6 ¿Quiénes pueden proporcionar información acerca del método?

El método puede ser enseñado por profesionales de la salud, por legos, o por parejas con experiencia en su uso, siempre y cuando hayan recibido capacitación adecuada.

1.7 Evaluación del estado de salud

No se necesita hacer una evaluación del estado de salud de una persona para que pueda practicar los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad. Sin embargo, si una mujer visita una clínica de salud sexual y reproductiva (SSR)/planificación familiar para decidir acerca de cuál método anticonceptivo usar, hay una oportunidad de hacerle una revisión rutinaria de su estado de salud.

1.8 Enseñanza del método

El éxito de los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad depende en gran medida de la calidad de la enseñanza que se proporcione a los/as clientes y de su determinación para hacer que éstos métodos funcionen. La enseñanza inicial debe continuarse hasta que ambos miembros de la pareja tengan confianza en su capacidad para utilizar el método – proceso que puede tomar aproximadamente 3 meses, o más. Durante este tiempo, los/as clientes deben ser revisados/as por el/la proveedor/a de servicios por lo menos una vez al mes y, además, cada vez que sientan que tienen algún problema con el método.

La enseñanza debe incluir:

- Los hechos elementales acerca de la fisiología reproductiva, haciendo énfasis en los cambios que ocurren durante el ciclo menstrual, así como en los momentos de ocurrencia y relaciones entre dichos cambios, a manera de permitir a las clientes identificar la fase fértil del ciclo.
- Instrucciones sobre cómo utilizar la técnica seleccionada para identificar la fase fértil.
- Discusión acerca de los períodos en los cuales se puede tener relaciones sexuales.

1.9 Atención de seguimiento

Para los/as clientes que ya han aprendido la técnica no hay un régimen establecido de seguimiento. Sin embargo, debe recomendárseles que regresen a la clínica cuando tengan algún problema con el método y que continúen acudiendo para sus exámenes rutinarios de salud.

2 El método de la temperatura corporal basal (TCB)

2.1 Definición

El método de la temperatura corporal basal (TCB) se basa en que la temperatura corporal aumenta inmediatamente después de la ovulación; esto está asociado con la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo.

Después de la ovulación, la temperatura del cuerpo aumenta entre 0.2° C y 0.4° C (entre 0.4° F y 0.8° F) y permanece elevada hasta la siguiente menstruación. Se recomienda a la pareja abstenerse de tener relaciones sexuales a partir del inicio de la menstruación hasta la noche del tercer día consecutivo de tener temperatura elevada, tomando como referencia para el conteo el día de inicio de este aumento en temperatura (lo cual representa la ovulación). Este lapso no puede ser menor de 9 días después de que la menstruación ha terminado.

2.2 Indicaciones

Las parejas que han decidido utilizar los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad pueden encontrar adecuado el método de la temperatura basal si:

- La mujer no quiere tocarse los genitales tal como lo requiere el método del moco cervical.
- La pareja está dispuesta a abstenerse de tener relaciones sexuales durante el tiempo requerido.
- La mujer tiene ciclos menstruales irregulares, lo cual obstaculiza el uso adecuado del método del calendario.

2.3 Consejería e información

Además de lo que se menciona en la sección 1.5, debe informarse a los/as clientes que se requiere de períodos de abstinencia largos, ya que sólo se puede tener relaciones sexuales durante la fase post ovulatoria del ciclo menstrual.

2.4 Instrucciones para las clientes

Toma de la temperatura

Recomiende a las clientes que utilicen un termómetro especial para ovulación, el cual tiene una graduación expandida de 35° C a 39° C (96–100°F), lo que facilita la lectura de la temperatura. Si no se cuenta con un termómetro para ovulación, se puede utilizar un termómetro clínico (cuya escala tiene un rango mayor).

Proporcione a las clientes las siguientes indicaciones:

- Mantenga el termómetro cerca de la cama y al alcance de la mano.
- Sacuda el termómetro por la noche, antes de acostarse, para bajar la columna de mercurio por debajo de 35° C (96° F). Evite tocar el extremo donde está el bulbo. Antes de tomar la temperatura de la mujer por la mañana, debe revisarse el termómetro de nuevo para verificar que marque menos de 35° C (96° F). Si es necesario, habrá que sacudir el termómetro de nuevo; preferiblemente, esto debe hacerlo el compañero u otra persona, ya que esta acción puede hacer que se eleve la temperatura, y provocar una lectura falsa.
- Tómese la temperatura inmediatamente después de despertarse, antes de levantarse de la cama o de hacer nada, como tomar una bebida caliente o fría. Si la mujer trabaja en un horario nocturno, debe tomarse la temperatura durante el día o por la noche, después de haber descansado por lo menos 3 horas.
- En la medida de lo posible, tómese la temperatura a la misma hora cada día durante un ciclo menstrual en particular.
- La temperatura puede ser tomada por vía oral, rectal, o vaginal. Las vías rectal y vaginal son más fiables; sin embargo la vía oral es adecuada si se hace correctamente.
 - *Vía oral:* coloque el bulbo del termómetro bajo la lengua, y manténgalo allí durante 5 minutos con los labios cerrados, antes de tomar la lectura.
 - *Vía rectal:* utilice un termómetro rectal. Aplique una pequeña cantidad de jalea KY o vaselina a base de petróleo al bulbo del termómetro e insértelo unos 2.5 cm en el recto, mientras permanece acostada de lado y con las rodillas recogidas. Mantenga el termómetro dentro del recto por 3 minutos antes de tomar la lectura.
 - *Vía vaginal:* inserte el termómetro suavemente unos 4.5 cm en la vagina y déjelo allí por 3 minutos antes de tomar la lectura.
- En la medida de lo posible, tómese la temperatura por la misma vía y con el mismo termómetro todos los días del mismo ciclo menstrual. Siempre tenga un termómetro de repuesto. Si un termómetro se rompe, utilice otro, pero anote eso en la gráfica.
- Después de retirar el termómetro, léalo y registre la lectura en la gráfica. Si la columna de mercurio se detiene entre 2 marcas del termómetro (ej.: entre 36.6°

C y 36.7° C), anote la temperatura más baja (ej.: 36.6° C).

- Para limpiar el termómetro enjuáguelo con agua fresca y colóquelo de nuevo en el lugar donde lo guarda. **Nunca lo limpie con agua caliente.**

Anotación de la temperatura en la gráfica

Proporcione a los/as clientes unas gráficas especiales para anotar la temperatura (ver las Figuras 9.1, 9.2 y 9.3). La fecha debe anotarse en la parte superior de la gráfica. Los días del ciclo se anotan en el eje horizontal, en la parte inferior de la gráfica. La temperatura está impresa en el eje vertical, a la izquierda de la gráfica. Los cuadros de la gráfica deben medir por lo menos 5 mm por lado. El primer día de la menstruación se considera el día 1 del ciclo. Indique a los/as clientes que:

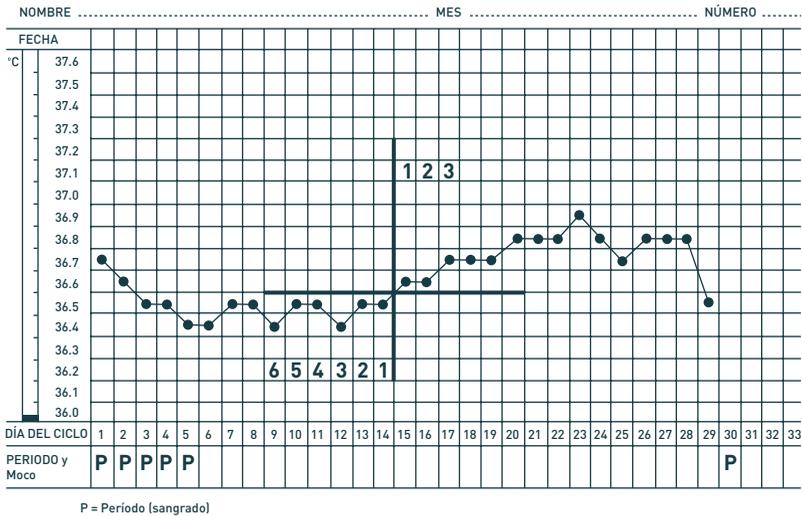
- Marquen la temperatura de cada día haciendo un punto al centro del cuadro que corresponda al día del ciclo menstrual y a la temperatura.
- Conecten progresivamente todos los puntos marcados, formando una línea continua que irá desde el primer día del ciclo hasta el último.
- Empiecen una nueva gráfica el primer día de cada ciclo menstrual.
- Anoten cualquier evento inusual que pudiera afectar la TCB; hagan esa anotación donde corresponda a ese día en la gráfica. Ver más adelante una lista de factores que pueden afectar la TCB.

Interpretación de la gráfica

Un ciclo ovulatorio generalmente se caracteriza por una gráfica bifásica de temperatura. La temperatura se mantiene a un nivel más bajo antes de la ovulación. La temperatura se eleva justo después de la ovulación, aumentando entre 0.2° C y 0.4° C (0.4–0.8° F) ó más, y permanece alta hasta justo antes (o al comienzo) del siguiente ciclo menstrual.

Se necesita tener mucho cuidado para interpretar las gráficas. Los niveles de temperatura de una misma mujer pueden variar de un ciclo a otro. Aún más, la TCB puede ascender de diferentes maneras: rápidamente, lentamente, de manera escalonada, precedida de un descenso agudo, o (menos frecuentemente) con picos como los dientes de una sierra. Ver las Figuras 9.1, 9.2, y 9.3, que tienen ejemplos de algunos de los diferentes tipos de gráficas.

Figura 9.3 Gráfica que muestra un ascenso escalonado de la temperatura basal debido a la ovulación, lo que queda demostrado por la regla de "3 sobre 6".



Para identificar el principio de la fase fértil del ciclo, proporcione a el/la cliente las siguientes instrucciones:

- No tome en cuenta las temperaturas de los primeros 4 días del ciclo, ni cualquier otra temperatura que esté elevada debido obviamente a alguna perturbación incidental.
- La fase infértil empieza cuando se ha registrado la ocurrencia de 3 temperaturas consecutivas que sean mayores que las anteriores 6 temperaturas consecutivas: a esto se le llama la regla de "3 sobre 6".

Cuándo se puede tener relaciones sexuales

A partir del día 1 del ciclo menstrual, se puede reanudar las relaciones sexuales no antes de la noche del tercer día consecutivo en que se haya registrado temperaturas superiores al nivel de los 6 días anteriores ("3 sobre 6"). A partir de ese momento, se considera seguro tener relaciones sexuales hasta el inicio del siguiente período menstrual.

Factores que afectan la temperatura corporal basal

Las siguientes condiciones pueden elevar, o hacer parecer que se eleva, la temperatura corporal:

- Tomarse la temperatura a una hora diferente de la usual.
- Tomarse la temperatura sin cumplir las condiciones basales (inmediatamente después de despertar o después de haber descansado por lo menos 3 horas, sin haber tomado una bebida caliente).
- Enfermedad.
- Haber tenido perturbaciones del sueño.
- Cambios en la temperatura ambiente.
- Tensión emocional.
- Ingesta de alcohol.

El método de la TCB por sí solo no es muy utilizado. Más comúnmente se le utiliza como parte del método sinto-térmico.

3 El método del moco cervical (Método de Billings)

3.1 Definición

El método del moco cervical se basa en el reconocimiento e interpretación de cambios cíclicos en el moco cervical, mismos que ocurren en respuesta a los niveles cambiantes de estrógeno.

Durante su ciclo menstrual, una mujer puede experimentar diferentes sensaciones a la entrada de la vagina y cambios en las características del moco cervical. Las parejas que practican esta técnica pueden tener relaciones sexuales algunos días durante la fase pre-ovulatoria y durante la fase post-ovulatoria del ciclo menstrual, ya que es posible identificar la fase infértil en ambas partes del ciclo si se monitorea el patrón del moco cervical.

Fase pre-ovulatoria

- Después de la menstruación siguen unos días secos. El moco cervical es grueso y pegajoso, y forma un tapón que bloquea el canal cervical; hay sensación de resequedad en la vagina. No hay moco visible en esta etapa.
- Al ir aumentando los niveles circulantes de estrógeno, el moco aparece en la vagina. Al principio es escaso y la mujer tiene la sensación de humedad o de tener algo pegajoso en la vulva. El moco es grueso, pegajoso, turbio u opaco, y no es elástico.

- Al continuar aumentando los niveles de estrógeno al acercarse la ovulación, el moco se hace más abundante, y se siente resbaloso y con características lubricantes; esto da la sensación de humedad en la vulva. El moco es delgado, blanco y transparente, y es sumamente elástico. Puede parecer clara de huevo cruda. Este tipo de moco indica que la mujer está en sus días fértiles.
- Al último día de este tipo de moco se le llama día pico del moco.

Fase post-ovulatoria

- La sensación de lubricación desaparece y hay un retorno un tanto abrupto a la sensación de tener algo pegajoso en la vulva, seguida de resequedad.

3.2 Indicaciones

Este método puede ser apropiado para parejas que han decidido utilizar los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad, pero que se les dificulta abstenerse de tener relaciones sexuales por largos períodos de tiempo como lo requiere el método de la TCB. En este método es necesario que la mujer esté dispuesta a tocarse los genitales para evaluar el moco cervical.

3.3 Condiciones que requieren una evaluación cuidadosa

Además de lo mencionado en la sección 1.3, se debe tomar en cuenta ciertas condiciones cuando se considera la utilización de este método:

- La presencia de cualquier infección vaginal o cervical, lo que puede interferir con la habilidad de reconocer el patrón del moco.
- La lactancia, que puede hacer que disminuya la cantidad de moco y provocar cambios en la cantidad y calidad del moco.

3.4 Consejería e información

Además de lo mencionado en la sección 1.5, los/as clientes deben estar informados/as acerca de:

- La necesidad de que la mujer se toque los genitales para poder identificar los cambios en el moco. Para algunas mujeres es suficiente la sensación vaginal para determinar las características del moco, sin tener necesidad de tocarse los genitales. Esta es una habilidad que se puede desarrollar con la experiencia.
- Es necesario practicar la abstinencia durante todo el primer mes de aprendizaje de la técnica, para evitar confundir el moco cervical con el fluido seminal o con las secreciones vaginales que se producen por estimulación sexual.

3.5 Instrucciones para las clientes

Verificación y registro del patrón del moco cervical

Proporcione a los/las clientes un gráfico especial para registrar el patrón del moco cervical. Puede resultar conveniente utilizar un formato en el cual se puedan anotar de manera sencilla tanto la TCB como el patrón del moco (ver la Figura 9.4). Indique a el/la cliente que:

- Anote la sensación ya sea de sequedad, humedad, o mojado, a la entrada de la vagina. Observe el patrón del moco *por lo menos* dos veces al día, en momentos en que le resulte conveniente (ej: al utilizar el inodoro), haciendo la primera observación por la mañana y la última por la noche.
- Para determinar si hay moco, debe limpiarse la vagina pasando sobre ella un pañuelo de papel, o un dedo.
- Cuando haya moco, recoja un poco en el pañuelo o en la punta del dedo.
- Observe el color, que puede ser blanco, turbio, o claro, y las características físicas: delgado y lubricante, o grueso y viscoso.
- Para determinar la elasticidad, abra el pañuelo o los dedos en los que se recogió el moco. Si los hilos de moco se estiran fácilmente entre las hojas del pañuelo o entre los dedos, y no se rompen, se considera que el moco es muy elástico (ver la Figura 9.5).
- Por la noche, registre en la gráfica los cambios de ese día en el moco y en las sensaciones que haya tenido en la vagina. Las anotaciones pueden hacerse con letras, tales como "S" para seco, "M" para moco. También puede utilizarse símbolos, lápices de colores, o estampillas adhesivas de colores. Además, debe anotarse una o dos palabras para describir las características del moco, (tales como grueso, pegajoso, claro, delgado, resbaladizo, etc.).
- Marque con una X el último día de moco resbaladizo, que es el día pico del moco, y los tres días siguientes como 1, 2, 3. El día pico sólo puede ser determinado retrospectivamente, una vez que el moco ya no sea resbaladizo y elástico, en comparación con el moco del día previo.
- Si reaparece moco resbaladizo después de haber anotado el día pico, no tome en cuenta la anotación previa de día pico de la gráfica. En lugar de ello, anote el segundo día pico, el cual será el día pico correcto.

Cuándo se puede tener relaciones sexuales

Las relaciones sexuales están permitidas:

- Inmediatamente después de la menstruación hasta que aparezca la primera señal de moco cervical.
- Desde la noche del cuarto día después del día pico, hasta que empieza la siguiente menstruación.

Recomiende a los/as clientes que, durante la fase infértil previa a la aparición del moco cervical, limiten las relaciones sexuales a los días alternos; ya que el semen y las secreciones vaginales que se producen debido a la estimulación sexual dificultan la interpretación del estado del moco cervical.

Debe evitarse las relaciones sexuales:

- A partir del primer día posterior a la menstruación en que se observe la presencia de moco, hasta el final del cuarto día después del día pico.
- En cualquier momento que la cliente tenga alguna duda acerca del patrón del moco.

Factores que afectan el patrón del moco

- Las infecciones vaginales o cervicales.
- Las secreciones vaginales debidas a la estimulación sexual.
- Los medicamentos utilizados contra los resfriados o contra la sinusitis, porque tienden a secar el moco.
- La tensión emocional o física.
- La lactancia.

3.6 Método modificado del moco

Algunos programas utilizan un método modificado de moco cervical (MMM). Las reglas de este método son menos conservadoras que las del método original del moco, y difieren en los siguientes puntos:

- El MMM permite las relaciones sexuales en días apropiados durante el primer mes, mientras que el método original no las permite.
- En mujeres que tienen ciclos regulares, el MMM permite tener relaciones sexuales en aquellos días previos a la aparición del moco delgado y elástico, en los que el moco cervical es espeso, a diferencia del método original.

- El MMM permite tener relaciones sexuales al tercer día después del día pico de moco, mientras que el método original las permite a partir del cuarto día.

4 El método del calendario o del ritmo (Método de Ogino-Knaus)

4.1 Definición

De acuerdo con lo reportado, el método del calendario o método del ritmo es uno de los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad que más se utiliza. Su uso adecuado implica hacer cálculos numéricos basados en los ciclos menstruales previos para determinar cuándo es el período fértil del ciclo actual. Su tasa de falla es alta porque depende de información de eventos ya pasados para predecir la duración de ciclos futuros; y la exactitud de este tipo de predicción es limitada.

4.2 Indicaciones

A las mujeres cuyos ciclos menstruales son razonablemente regulares les puede resultar más conveniente utilizar este método en lugar de otros métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad, ya que éste no requiere monitorear a diario los signos de fertilidad.

4.3 Condiciones que requieren una evaluación cuidadosa

Además de lo ya mencionado en la sección 1.3, las siguientes circunstancias requieren de una atención especial si se considera la utilización de este método:

- Ciclos irregulares.
- Lactancia.

4.4 Consejería e información

Además de lo ya mencionado en la sección 1.5, informe a los/as clientes que necesitarán tener anotaciones de por lo menos 6 ciclos consecutivos para predecir la duración de los ciclos futuros. Para mientras recolectan esta información, pueden utilizar métodos anticonceptivos no hormonales (los métodos hormonales alteran los ciclos menstruales de la mujer).

4.5 Instrucciones para las clientes

Debe indicarse a la cliente que:

- Registre el número de días que dura cada ciclo menstrual, durante 6 ciclos consecutivos; anotando el primer día de la menstruación como el primer día cada ciclo.

- Calcule el *primer* día fértil, restándole 18 a la duración del ciclo más corto. i.e.:
Primer día fértil = ciclo más corto - 18
- Calcule el *último* día fértil restándole 11 al ciclo más largo, i.e.:
Ultimo día fértil = ciclo más largo - 11
- Se abstengan de tener relaciones sexuales durante la fase fértil. Por ejemplo, si las duraciones de los últimos 6 ciclos fueron 28, 26, 29, 27, 29 y 27 días:
El primer día de la fase fértil = 26 - 18 = 8
El último día de la fase fértil = 29 - 11 = 18
- Consecuentemente, **la cliente debe evitar tener relaciones sexuales entre el día 8 y el día 18 del ciclo menstrual (ambos días inclusive).**

5 El método sinto-térmico

5.1 Definición

El método sinto-térmico (MST) combina varios métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad, especialmente los cambios en el moco cervical, el método del calendario y la TCB. El uso de varias técnicas permite tener más precisión para identificar la fase fértil del ciclo menstrual, y permite mantener al mínimo el número de días en los cuales se requiere abstenerse de tener relaciones sexuales.

5.2 Indicaciones

Este método puede ser apropiado para clientes que han decidido practicar los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad como su método anticonceptivo, y quisieran lograr el mayor grado posible de protección a la vez que tener períodos de abstinencia más cortos.

5.3 Consejería e información

Además de lo ya mencionado en la sección 1.5, informe a los/as clientes que pueden necesitar capacitación durante más tiempo que si aprendieran una sola técnica.

5.4 Instrucciones para los/as clientes

Las instrucciones sobre las distintas técnicas que en el MST se usan en forma combinada se presentan en las secciones 2.4, 3.5, y 4.5. Cuando estas técnicas se usan en combinación, proporcione a los/as clientes las siguientes instrucciones acerca de cuando pueden tener relaciones sexuales.

- *Identifique el inicio del período fértil* que es cuando debe detenerse la práctica de las relaciones sexuales, mediante la técnica del método del moco cervical y/o cálculos numéricos como en el método del calendario. Si se utiliza la técnica del moco cervical, las relaciones sexuales deben tener lugar en días alternos (ver la sección 3.5: Cuándo se puede tener relaciones sexuales) y el inicio del período fértil será determinado por la primera aparición de moco, que es cuando debe evitarse tener relaciones sexuales. A las mujeres a quienes se les dificulte identificar el primer moco les puede resultar conveniente utilizar el método del calendario, el cual permite a las parejas tener relaciones sexuales todos los días antes del día preseñalado como inicio del período fértil. Este día se calcula restándole 18 al número de días del ciclo más corto de los últimos 6 ciclos. Por ejemplo: si el ciclo más corto fue de 27 días, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales a partir del día 9 del ciclo (27 menos 18). Si apareciera algún tipo de moco antes del día 9, ya no deberán tener relaciones sexuales a partir de ese momento.
- *Calcule el final del período fértil* que es cuando se vuelve segura la reanudación de las relaciones sexuales, utilizando la TCB y/o el método del moco cervical. Se puede tener relaciones sexuales en cuanto hayan habido 3 días consecutivos con temperaturas más altas que en los 6 días previos. Si se utiliza la técnica del moco cervical, se puede reanudar las relaciones sexuales al cuarto día después del día pico. Si se utiliza ambas técnicas, se puede reanudar las relaciones sexuales cuando ambas técnicas hayan indicado que es seguro hacerlo.

6 El método de los días fijos (MDF)

6.1 Definición

El MDF se basa en el hecho de que una mujer puede quedar embarazada solamente durante ciertos días en cada ciclo menstrual (el óvulo es fertilizable por aproximadamente 1 día después de la ovulación, y el espermatozoide pierde su capacidad fertilizadora alrededor de 4 a 5 días posteriores a la eyaculación). Una mujer que tiene un ciclo menstrual regular de entre 26 y 32 días de longitud, usualmente ovulará entre los días 13 y 17 de su ciclo. El evitar las relaciones sexuales desprotegidas desde el día 8 al día 19 (ambos días inclusive) de su ciclo menstrual, debe por lo tanto permitir suficiente tiempo a los gametos para que pierdan su capacidad de fertilizar o ser fertilizados.

Debido a que la fórmula estándar para definir el período fértil todavía no se establece de manera teórica, los/as usuarios/as del MDF no necesitan mantener registros de longitudes de ciclo para realizar cálculos.

6.2 Indicaciones

Las parejas que han decidido utilizar métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad para propósitos anticonceptivos, pueden encontrar que el MDF es apropiado si:

- La pareja no desea o es incapaz de hacer o registrar observaciones necesarias para poder implementar las otras técnicas (ej.: la mujer es renuente a tocarse los genitales, como lo requiere el método del moco cervical).
- La pareja acepta abstenerse de tener relaciones sexuales, o acepta usar otro método anticonceptivo (ej.: condones), durante 12 días a la mitad de su ciclo menstrual.

6.3 Instrucciones para las clientes

La mujer recibe un conjunto de cuentas como un collar (“el Collar del Ciclo”). Cada cuenta representa un día del ciclo menstrual y la cliente puede llevar un control de en qué parte del ciclo se encuentra, moviendo un anillo negro de goma ajustable alrededor de las cuentas. Las cuentas tienen diferentes colores: la cuenta roja indica el día en que inicia el período menstrual. Las cuentas color café indican los días en que es improbable que la mujer sea fértil; y las cuentas blancas indican los días en los que es probable que la mujer sea fértil (ver Figura 9.6). Proporcione instrucciones a la cliente para que:

- Ponga el anillo negro sobre la cuenta roja el primer día de su período menstrual.
- Mueva el anillo negro hacia adelante (en el sentido de las manecillas del reloj), una cuenta cada día.
- Se abstenga de tener relaciones sexuales o utilice otro método anticonceptivo (ej.; condones) cuando el anillo negro está sobre alguna de las cuentas blancas.

Figura 9.6 El Collar del Ciclo



El Collar del Ciclo puede también ayudar a monitorear la longitud del ciclo. Si la mujer inicia su período antes de mover el anillo a la cuenta de color café oscuro, sus ciclos son más cortos que 26 días. Si ella mueve el anillo a la última cuenta antes de la roja, y su período no comienza al siguiente día, significa que su ciclo es más largo que 32 días. Si alguna de estas dos situaciones ocurre más de dos veces en un período de doce meses, la cliente debe considerar el uso de otro método, debido a que el MDF no será tan efectivo para ella como lo es para mujeres con ciclos en el rango de 26 a 32 días.

Foto: Marieka Vandewiele/Rumania



10 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

1. Introducción

El término anticoncepción de emergencia se refiere al tipo de anticoncepción usado como procedimiento de emergencia para evitar un embarazo no deseado después de una relación sexual desprotegida.

La anticoncepción de emergencia a veces es llamada "píldora de la mañana siguiente" o "anticoncepción post-coital". Esta terminología puede ser confusa, ya que esta anticoncepción no es necesariamente una píldora, y puede ser usada en los primeros 5 días después de un coito desprotegido, y no solamente a la mañana siguiente. Se prefiere el término "anticoncepción de emergencia" porque denota el sentido de urgencia.

Desde mediados de los años 60, el uso post-coital de ciertas hormonas esteroideas administradas oralmente, ha demostrado ser efectivo para evitar el embarazo. Adicionalmente, los DIUs que liberan cobre son también altamente efectivos para anticoncepción de emergencia.

1.1 Indicaciones generales

La anticoncepción de emergencia es para ser usada después de una relación sexual desprotegida. Por ejemplo:

- Cuando no se ha utilizado algún anticonceptivo.
- Cuando ha ocurrido un accidente con el anticonceptivo o éste ha sido mal utilizado:
 - Han pasado tres o más días consecutivos sin tomar el anticonceptivo oral combinado.
 - La píldora de progestágeno solo ha sido tomada con 3 ó más horas de retraso.
 - Ruptura o deslizamiento de un condón.
 - Desplazamiento o retiro anticipado de un diafragma.
 - Coito interrumpido (coitus interruptus) fallido (ej.: eyaculación en la vagina o en el exterior de los genitales).
 - Error en el cálculo del período de seguridad en el uso de un método basado en el conocimiento de los signos de fertilidad.
 - Expulsión de un DIU.
- Cuando la mujer ha sido víctima de asalto sexual.

1.2 Tipos de anticoncepción de emergencia

Los siguientes métodos pueden ser utilizados para anticoncepción de emergencia:

- *Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE):* anticonceptivos orales de progestágeno solo o combinados de estrógeno/progestágeno.
- *DIUs que liberan cobre.*

2 Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

2.1 Regímenes de PAE

Píldoras de progestágeno solo

El régimen más conveniente es una dosis simple consistente en 1.5 mg de levonorgestrel, que se toma tan pronto como sea posible después del coito desprotegido; alternativamente, una dosis de 0.75 mg de levonorgestrel puede tomarse tan pronto como sea posible después del coito desprotegido, seguida de una dosis igual tomada 12 horas después.

Para ambos regímenes, mientras más pronto se toman después del coito desprotegido, serán más efectivos. Estos medicamentos son más efectivos si se toman dentro de los 3 días (72 horas). Sin embargo, nueva evidencia muestra que todavía hay algún efecto hasta 5 días posteriores al coito desprotegido.

En los casos en que no hay disponibilidad de píldoras que contienen 0.75 mg de levonorgestrel, están siendo utilizadas píldoras de levonorgestrel que contienen 0.03 mg cada una y que se usan regularmente para la anticoncepción (mini-píldora). Debe tomarse inicialmente 25 de estas mini píldoras, y repetir la dosis 12 horas después. *(Hay una posibilidad de que la absorción de la hormona sea menor cuando la dosis se toma en un gran número de píldoras).*

Píldoras combinadas

Las píldoras combinadas de estrógeno/progestágeno, que contienen etinilestradiol y levonorgestrel, pueden ser tomadas en un régimen conocido como el "método Yuzpe". Cuando las píldoras que contienen 50 µg etinilestradiol y 0.25 mg de levonorgestrel están disponibles:

- Debe tomarse una dosis inicial de 2 píldoras tan pronto como sea conveniente, pero no más de 72 horas después de una relación sexual desprotegida. Esta dosis debe ser seguida de otras 2 píldoras, 12 horas después de la dosis inicial.

Cuando sólo se dispone de píldoras con 30 µg de etiniloestradiol y 0.15 mg de levonorgestrel:

- Debe tomarse una dosis inicial de 4 píldoras tan pronto como sea conveniente pero no más de 72 horas después de una relación sexual desprotegida. Esta dosis debe ser seguida de otras 4 píldoras, 12 horas después de la dosis inicial.

Para información sobre los nombres comerciales de las píldoras que contienen esta formulación y que están disponibles en países específicos, ver el *Directorio de Anticonceptivos Hormonales* en el sitio de Internet de la IPPF: www.ippf.org

Mecanismo de acción

La anticoncepción hormonal de emergencia alcanza su efecto anticonceptivo a través de varios mecanismos, dependiendo del momento en el que se toma la píldora dentro del ciclo menstrual de una mujer. La píldora puede inhibir o retrasar la ovulación y puede también interactuar con el transporte del óvulo y del de espermatozoides y con la fertilización. Los estudios disponibles difieren en cuanto a si la anticoncepción hormonal de emergencia puede causar cambios en el endometrio, que serían suficientes para interferir con la implantación. No hay evidencia de que la anticoncepción hormonal de emergencia desplace al embrión después de que ha ocurrido la implantación. La anticoncepción de emergencia no es causa de aborto.

2.2 Eficacia

El régimen a base de progestágeno solo reduce el riesgo de embarazo después de un solo coito entre un 60% y un 93%; y, el régimen combinado, entre un 56% y un 89%, si se toma dentro de las 72 horas siguientes. Esto significa que si una mujer tiene un 8% de probabilidad de embarazarse después de un coito desprotegido, estos regímenes reducirán la probabilidad en cerca del 1% ó 2%. La eficacia es mayor, mientras más pronto se usa el método después de la relación sexual.

2.3 Efectos colaterales

- *Náusea*: Ocurre en aproximadamente 50% de las clientes que utilizan PAE combinadas, pero no suele durar más de 24 horas. La náusea ocurre en aproximadamente 20% de las mujeres que utilizan PAE de progestágeno solo.
- *Vómito*: Ocurre en aproximadamente 20% de las clientes que utilizan PAE combinadas y en 5% de las mujeres que utilizan PAE de progestágeno solo. Cuando se utiliza el régimen combinado, puede considerarse el tratamiento previo con un antiemético; con el régimen de levonorgestrel solo, esto es innecesario.

Si hay vómito dentro de la hora siguiente a la toma de la dosis, es una práctica común el repetirla. Sin embargo, no hay evidencia de que esto mejora la eficacia; en realidad, el vómito puede ser una indicación de que la hormona ha sido absorbida.

En caso de vómito, las píldoras subsecuentes pueden ser administradas por vía vaginal. Aunque no hay datos clínicos que apoyen la eficacia de este procedimiento, se sabe que las hormonas esteroides anticonceptivas se absorben fácilmente desde la vagina.

- *Sangrado uterino irregular*: Algunas mujeres pueden experimentar manchado después de tomar PAE. La mayoría de las mujeres tendrá su menstruación puntualmente o antes de lo esperado; si hay un retraso de más de una semana, debe descartarse la posibilidad de embarazo.
- *Otros efectos colaterales*: sensibilidad en las mamas, cefalea, fatiga, dolor abdominal y mareos.

2.4 Indicaciones

Ver la sección 1.1 de este capítulo.

2.5 Criterios médicos de elegibilidad

No existen contraindicaciones conocidas para el uso de la anticoncepción de emergencia hormonal. Aunque este método no es indicado para una mujer con embarazo o sospecha de embarazo, si se usa anticoncepción de emergencia esto no afectará el curso del embarazo o causará algún daño al feto. No es necesario un examen físico después de proporcionar este método.

Sospecha de embarazo:

Si una mujer desea PAE y no se puede descartar con absoluta certeza la presencia de un embarazo, es permitido proporcionar PAE si se explica a la cliente que ella podría ya estar embarazada, en cuyo caso el régimen no será efectivo. Debido a que las dosis de hormonas usadas en anticoncepción de

emergencia son pequeñas y las píldoras son administradas por un corto período de tiempo, no aplican en este caso los criterios de elegibilidad médica establecidos para el uso continuo de anticonceptivos orales combinados y para las píldoras de progestágeno solo.

Interacción con otros medicamentos:

Debe advertirse a las mujeres que la efectividad de las PAE puede reducirse si ellas están tomando medicamentos que reducen la eficacia de los anticonceptivos orales regulares (incluyendo, pero no limitándose a la rifampicina, la griseofulvina y los barbitúricos). Actualmente hay información insuficiente sobre la posible interacción de la anticoncepción de emergencia hormonal con otros medicamentos, como para hacer recomendaciones específicas o aumentar los programas de dosificación de PAE.

2.6 ¿Quiénes pueden proporcionar PAE?

Dependiendo de las leyes y prácticas locales, las PAE pueden ser proporcionadas por personal médico, enfermeros/as, parteras, otro personal clínico, farmacéuticos, y agentes comunitarios de salud, que hayan sido entrenados/as apropiadamente.

Todos/as los/as proveedores/as de PAE deben recibir capacitación apropiada y seguir pautas de servicio claras. Cuando se proporcione PAE a través de puestos no clínicos, los proveedores deben tener acceso a centros de referencia para aquellos casos en que puedan requerirlo (ej: si ya han transcurrido más de 72 horas desde el acto sexual y la anticoncepción hormonal de emergencia ya no es la primera alternativa).

Cuando se proporcionan PAE a través de farmacias, debe asegurarse la adecuada información a las clientes.

2.7 Consejería e información

Proporcione consejería a las clientes en un ambiente privado y cordial. Asegure a las clientes que hay confidencialidad absoluta. Esto también debe hacerse con clientes jóvenes. Ofrezca todo el apoyo que sea posible y evite hacer comentarios críticos o indicar desaprobación mediante lenguaje corporal o expresiones faciales. Si es difícil mantener la privacidad (ej.: en farmacias), proporcione el método a la cliente, con instrucciones apropiadas de cómo utilizarlo, y recomíendele acudir a alguna clínica o entrar en contacto con un/a proveedor/a de servicios de salud/planificación familiar para recibir consejería sobre el uso de anticoncepción regular.

Consejería para la anticoncepción de emergencia

La consejería para la anticoncepción de emergencia debe responder a las preocupaciones y circunstancias de la cliente. Algunas clientes pueden preferir no

hablar sobre su decisión de solicitar anticoncepción de emergencia. En este caso, debe proporcionárseles el método, con instrucciones apropiadas para su utilización, y debe recomendárseles a que vuelvan nuevamente a la clínica o puesto no clínico, en algún otro momento que les resulte conveniente, para recibir consejería sobre el uso de anticoncepción regular. Entre los puntos sobre los que las clientes pueden desear hablar están:

- Mecanismo de acción (algunas clientes pueden necesitar que se les asegure que la anticoncepción de emergencia no constituye un aborto).
- Opciones de anticoncepción de emergencia.
- La posibilidad de que la anticoncepción de emergencia falle.

Informe a la cliente que el uso de píldoras de anticoncepción de emergencia no puede protegerla de la posibilidad de un embarazo, si una relación sexual desprotegida ocurre posteriormente en el ciclo.

Adviértale que la anticoncepción de emergencia no la protege contra infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, y que el haber tenido relaciones sexuales sin protección la ha expuesto a ese riesgo. Después de valorar el riesgo de exposición a ITS, la cliente debe recibir consejería y debe ofrecérsele los servicios que sean apropiados.

Advierta a la cliente que esté tomando PAE que, si tiene relaciones sexuales en el mismo ciclo, después de tomar la PAE, todavía existe riesgo de embarazo, particularmente debido a que el método algunas veces altera los tiempos de ovulación. Después de tomar anticoncepción de emergencia, las mujeres deben usar un método anticonceptivo (ej.: condones) por el resto del ciclo.

Consejería sobre anticoncepción regular

En lo posible, debe ofrecerse consejería sobre anticoncepción regular a las clientes que soliciten anticoncepción de emergencia. Esta consejería no debe ser prerrequisito para proporcionarles anticoncepción hormonal de emergencia pero debe darse consejería siempre que la cliente la solicite o la acepte.

- Indague sobre el método anticonceptivo que la cliente esté usando, si es que lo hace.
- Si el motivo de solicitar anticoncepción de emergencia es un accidente o uso inadecuado del método anticonceptivo regular, discuta con la cliente sobre cómo evitar esta situación en el futuro.
- Discuta el uso futuro de anticoncepción con empatía (ver sección 2.11).

2.8 Evaluación del estado de salud

Descarte la posibilidad de que la cliente pueda estar embarazada:

- Determinando la fecha de la última menstruación, y si ésta fue normal.
- Identificando la fecha y hora del más reciente episodio de una relación sexual desprotegida.
- Determinando si ha ocurrido otra relación sexual desprotegida previamente durante el presente ciclo.

No se requiere ninguna otra evaluación de salud (ej.: examen pélvico, pruebas de laboratorio).

2.9 Instrucciones para la cliente

Proporcione el método a la cliente, incluyendo instrucciones apropiadas, verbales y escritas, sobre su utilización.

- Explique a la cliente el uso correcto del método (ver la sección 2.1). Asegúrese de que ella comprende cuándo debe tomarse cada dosis de píldoras.
- Recomiende a la cliente tomar leche o comer algo junto con las píldoras, para disminuir la náusea.
- Explique a la cliente que las PAE no la protegerán contra un embarazo si tiene relaciones sexuales desprotegidas en los días o semanas después del tratamiento. Recomiéndele el uso de un método de barrera hasta su próxima menstruación, si tiene relaciones sexuales durante el ciclo.
- Ponga énfasis en que las PAE no son adecuadas como anticoncepción regular. Su uso repetido resultará en un mayor riesgo de embarazo; y los efectos colaterales son frecuentes.
- Explíquelo que después de utilizar PAE la mayoría de las mujeres tienen su siguiente menstruación antes de lo esperado o puntualmente. Si la menstruación se atrasa más de una semana, debe descartarse la posibilidad de embarazo.
- Recomiende a la cliente que vuelva o que acuda a una clínica de referencia (según sea apropiado) si su menstruación se atrasa más de una semana, si tiene algún motivo de preocupación (ej: dolor abdominal, sangrado excesivo), o para recibir consejería en anticoncepción, tan pronto como le inicie su menstruación.

2.10 Atención de seguimiento

Si la cliente ya ha adoptado un método anticonceptivo para usarlo regularmente, no se requiere seguimiento en lo que a anticoncepción de emergencia se refiere, a menos que su menstruación se atrase, que la cliente sospeche que está embarazada, o que tenga otros motivos de preocupación.

Durante la visita de seguimiento

- Registre los datos sobre los ciclos menstruales de la cliente para verificar que no esté embarazada. Si tiene dudas, haga una prueba de embarazo (ver el capítulo 11: Diagnóstico de embarazo).
- Discuta las opciones anticonceptivas adecuadas (ver la sección 2.11).
- Si la cliente lo desea, proporcionele un método anticonceptivo acorde con su selección.

Falla de las PAE

- Dé información a la cliente sobre las opciones disponibles y permita que ella decida qué es lo más apropiado para su situación. Su decisión debe ser respetada y apoyada. Refiérala a otros proveedores de servicios si ello es apropiado.
- Si la cliente decide continuar con el embarazo, asegúrele que no hay evidencia de que las PAE tengan efecto teratogénico.
- Si bien las PAE no aumentan el riesgo de embarazo ectópico, puede haber un porcentaje más alto de embarazos ectópicos entre los casos de falla de PAE que entre la población embarazada en general. Asegúrese de descartar la posibilidad de embarazo ectópico en todos los casos de falla de las PAE.

2.11 Iniciando anticoncepción con regularidad después de utilizar PAE

Condones: Pueden ser utilizados inmediatamente.

Diafragmas: Pueden ser utilizados inmediatamente.

Anticonceptivos orales: No hay necesidad de retrasar el uso de la anticoncepción oral hasta el comienzo del siguiente período menstrual – puede iniciarse el día siguiente después que se ha tomado una dosis sencilla o una segunda dosis de PAE.

Inyectables: La primera inyección puede administrarse en los primeros 7 días del siguiente ciclo menstrual.

Implantes subdérmicos: Los implantes pueden ser insertados en los primeros 7 días del siguiente ciclo menstrual.

DIU: El dispositivo puede ser insertado durante el siguiente ciclo menstrual. Si la cliente pretende usar un DIU como método a largo plazo y cumple los criterios de selección para la inserción de DIU, un dispositivo con cobre como anticonceptivo de emergencia puede ser una alternativa para las PAE (ver la sección 3).

Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad: El uso de alguno de estos métodos puede iniciarse durante el siguiente ciclo menstrual si no hay sangrado irregular. Si el método es nuevo para la cliente, debe usar otro método (no hormonal) mientras aprende la técnica.

Esterilización: Efectúe la operación solamente después de asegurarse que ha habido una selección de método informada y libre. No se recomienda que los clientes tomen esta decisión en las condiciones de tensión emocional que suelen darse alrededor de la utilización de la anticoncepción de emergencia.

3 Dispositivos intrauterinos que liberan cobre (DIU)

Puede utilizarse un DIU con cobre como anticoncepción de emergencia durante los primeros 5 días después de ocurrida una relación sexual desprotegida. En caso necesario, y si puede calcularse la fecha de ovulación, el DIU puede ser insertado después del quinto día después del coito, siempre y cuando la inserción no ocurra a más de 5 días después de la ovulación.

3.1 Eficacia

Este método ha sido reportado como altamente efectivo. De las mujeres que utilizan un DIU con cobre como anticoncepción de emergencia después de un acto sexual desprotegido, menos del 1% resultan embarazadas.

3.2 Indicaciones

Además de las indicaciones mencionadas en la sección 1.1 en este capítulo, el DIU está especialmente indicado cuando:

- Hayan transcurrido más de 72 horas después del acto sexual desprotegido, y por lo tanto los métodos hormonales son menos efectivos.
- La cliente esté valorando el uso de un DIU como anticoncepción continua a largo plazo.

3.3 Criterios médicos de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad médica para el uso de DIU en forma regular, generalmente son aplicables a su uso como anticoncepción de emergencia.

Categoría 4 (Contraindicaciones)

No recomienda el uso de DIU y no lo proporcione a mujeres con:

- Embarazo confirmado o sospecha de embarazo.
- Sepsis puerperal o post aborto actual o que haya ocurrido dentro de los últimos tres meses.
- Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) actual (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Infección de transmisión sexual (ITS) actual (se refiere a ITS que pueden producir infección cervical, clamidia o gonorrea) (si éstas se desarrollan durante el uso del DIU se convierten en categoría 2).
- Cervicitis purulenta.
- Confirmación o sospecha de malignidad del tracto genital.
- Sangrado vaginal inexplicable (sospecha de una condición seria) (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Cáncer cervical en espera de tratamiento (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Cáncer endometrial (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Anormalidades uterinas congénitas o tumores benignos en el útero (fibroides) los cuales distorsionan la cavidad uterina de manera incompatible con la colocación adecuada del DIU.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- Tuberculosis pélvica confirmada (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 3).

Para el DIU que libera levonorgestrel, también es aplicable la siguiente contraindicación:

- Cáncer de mama actual.

Aconseje a las mujeres que presenten cualquier contraindicación (diferente al embarazo) acerca de otros métodos alternativos de anticoncepción (ver también el capítulo 2: Consejería).

3.4 Situaciones especiales

Riesgo de ITS

En clientes sin infección ginecológica clínicamente obvia pero con alto riesgo de ITS (ej.: múltiples compañeros sexuales), las PAE son una opción mejor que el DIU. Sin embargo, la cliente puede utilizar un DIU como anticoncepción de emergencia; pero en ese caso, aconséjele cambiar a otro método anticonceptivo al siguiente ciclo.

Violación

La inserción de un DIU puede ser emocionalmente traumática para una mujer que ha sido víctima de abuso sexual. También existe la posibilidad de transmisión de un ITS/VIH. Por lo tanto, en estos casos la provisión de PAE debe ser la primera opción. Sin embargo, puede proveerse un DIU bajo la condición de que la mujer haya recibido la consejería apropiada y que el riesgo de ITS/VIH haya sido debidamente valorado.

3.5 ¿Quiénes pueden proporcionar DIU?

Los DIU pueden ser insertados por personal médico, parteras, enfermeras, y otros profesionales de salud, siempre y cuando hayan sido adecuadamente capacitados/as y que ello vaya de acuerdo con las normas del país.

3.6 Consejería e información

Los aspectos generales de la anticoncepción de emergencia, descritos en la sección 2.7 de este capítulo, también se aplican al uso del DIU como anticonceptivo de emergencia.

Al proveer consejería sobre el uso futuro de la anticoncepción, discuta la posibilidad de que la cliente siga utilizando el DIU como método anticonceptivo de manera regular. Si ella desea continuar utilizando el DIU, refiérase al capítulo 6 para consultar otros aspectos de la consejería. Si ella no desea continuar usando el DIU, indíquele que regrese durante su próxima menstruación, o poco tiempo después, para retirárselo.

3.7 Evaluación del estado de salud

Descarte la posibilidad de que la cliente pueda estar embarazada en:

- Determinando la fecha de la última menstruación, y si ésta fue normal.
- Identificando la fecha y hora del más reciente episodio de una relación sexual desprotegida.
- Determinando si ha ocurrido otra relación sexual desprotegida previamente durante el presente ciclo.

- Efectuando un examen pélvico bimanual.

Si después de esto usted todavía tiene dudas, efectúe una prueba de embarazo de alta sensibilidad en orina (ver el capítulo 11: Diagnóstico de embarazo).

Registre:

- La historia ginecológica.
- Enfermedades presentes al momento del examen, incluyendo antecedentes de ITS y factores de riesgo para ITS, tales como múltiples compañeros sexuales.

Efectúe un examen físico:

- Coloque un espéculo, para visualizar el cuello uterino y haga un examen pélvico bimanual.
- Otros exámenes según lo requiera la historia médica.

3.8 Inserción del DIU

El procedimiento de inserción es el mismo que para el uso continuo del DIU (ver el capítulo 6: Dispositivos intrauterinos, sección 10).

3.9 Instrucciones para la cliente

- Informe a la cliente que puede sentir dolores de abdomen o cólicos durante las primeras 24 a 48 horas después de la inserción del dispositivo. En este caso, puede tomar analgésicos, como aspirina, ibuprofeno o paracetamol.
- Si la cliente no planea seguir utilizando el DIU como anticoncepción continua, indíquele que regrese durante su siguiente menstruación o poco después, para retirarle el DIU.
- En caso que la cliente sí planee seguir utilizando el DIU como anticoncepción continua, instrúyala conforme a las indicaciones provistas en el capítulo 6: Dispositivos intrauterinos, sección 11.

3.10 Atención de seguimiento

Indique a la cliente que regrese durante su siguiente período menstrual o poco después:

- En caso de que ella no desee seguir utilizando el DIU, retíreselo y proporciónale consejería sobre otras opciones anticonceptivas y otros servicios relevantes, según sea necesario.

- Si ella desea seguir utilizando el DIU como anticoncepción continua, verifique que el dispositivo esté adecuadamente colocado y proporcione a la cliente información sobre su uso continuo y sobre el seguimiento (ver el capítulo 6: Dispositivos intrauterinos, secciones 11 y 12).

Si hay retraso menstrual después de la inserción de un DIU como anticoncepción de emergencia, considere la posibilidad de embarazo (ver el capítulo 11: Diagnóstico de embarazo). Si la cliente está embarazada, proceda de acuerdo a estas Pautas, capítulo 6, sección 15.

3.11 Efectos colaterales

Los efectos colaterales son los mismos que para el uso continuado del DIU (ver el capítulo 6, sección 14). Si la cliente prefiere no seguir con el uso del DIU como método de anticoncepción regular, cualquier efecto colateral desaparecerá al retirar el dispositivo.

4 Administración de los servicios

4.1 Defensa y promoción

Las personas involucradas en la SSR/planificación familiar deben defender y promover la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia. Todo esfuerzo posible debe hacerse para aumentar la conciencia de este tema entre quienes dictan las políticas, para lograr su apoyo. Es importante colaborar en este aspecto con las organizaciones de mujeres y con los grupos que defienden y promueven la salud reproductiva.

4.2 Servicios de información

Las personas necesitan saber acerca de la anticoncepción de emergencia y sobre cómo obtenerla, para que puedan considerar su utilización en caso de tener relaciones sexuales desprotegidas.

La falta de información sobre la anticoncepción de emergencia no se limita a usuarios potenciales, sino que se extiende a proveedores de servicios de atención a la salud y planificación familiar. Por lo tanto es importante que los programas de salud sexual y reproductiva desarrollen estrategias para:

- Atender las preocupaciones y actitudes de los/as proveedores/as de los servicios.
- Mejorar los conocimientos de los/as proveedores/as sobre los métodos disponibles y sobre su uso, mediante una capacitación adecuada.
- Desarrollar conciencia entre los usuarios potenciales, incluyendo a los/as adolescentes, dando a conocer los métodos disponibles como anticoncepción de emergencia y la manera de obtenerlos. Debe incluirse información sobre la

anticoncepción de emergencia en la educación sobre la salud sexual y reproductiva que se proporciona en los lugares de prestación de servicios y en las comunidades.

4.3 Mejoras en la accesibilidad

Para hacer más accesible la anticoncepción de emergencia, los programas de salud sexual y reproductiva deben tener presentes los siguientes puntos, al proveer anticoncepción de emergencia:

- Proporcione servicios cuyos precios sean asequibles.
- El servicio debe estar disponible para todos los usuarios potenciales que lo necesiten.
- Las PAE deben estar disponibles en todos los lugares de prestación de servicios (instalaciones clínicas y lugares no-clínicos), para llegar a las personas que viven en lugares apartados (ej: rurales) o a quienes les da vergüenza visitar las clínicas (mujeres solteras, adolescentes, o víctimas de abuso sexual).
- Debe maximizarse el uso de la anticoncepción de emergencia, mediante el análisis cuidadoso de las restricciones existentes para su uso y la eliminación de las barreras innecesarias.

4.4 Lugares de entrega de servicio

Instalaciones clínicas

- Clínicas de SSR/planificación familiar.
- Otras instalaciones clínicas.
- Médicos generales/médicos familiares.

Lugares no clínicos

- *Servicios basados en la comunidad (SBC):* Los servicios basados en la comunidad son una vía muy práctica para proporcionar anticoncepción hormonal de emergencia a las personas que están fuera del área tradicional de captación de la clínica. Se necesita un sistema de referencia para aquellas clientes que entran en contacto con el/la trabajador/a comunitario/a 72 horas o más después de una relación sexual desprotegida, ya que ellas podrían requerir la inserción de un DIU con cobre, u otros servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el diagnóstico de embarazo. Los/as trabajadores/as de las clínicas donde se proporciona anticonceptivos orales, deben estar preparados/as para ofrecer servicios a las clientes que son referidas desde los SBC no clínicos. Ver el capítulo 5, sección 4.1.

- *Establecimientos comerciales*: Los establecimientos comerciales, como las farmacias, pueden ser muy útiles para proporcionar anticoncepción hormonal de emergencia. Son fácilmente accesibles y el servicio es rápido. Debe proporcionarse a las farmacias folletos con información detallada sobre la anticoncepción hormonal de emergencia, y debe capacitarse a su personal. Si las clientes acuden a las farmacias pasadas 72 horas o más después de un coito desprotegido o si se requiere otro tipo de atención clínica, el personal de las farmacias debe poder referirlas a algún establecimiento clínico. El mercadeo social de píldoras, empacadas específicamente para la anticoncepción de emergencia, puede ser un medio efectivo para hacer que este servicio sea fácilmente accesible.

Centros de consejería para jóvenes

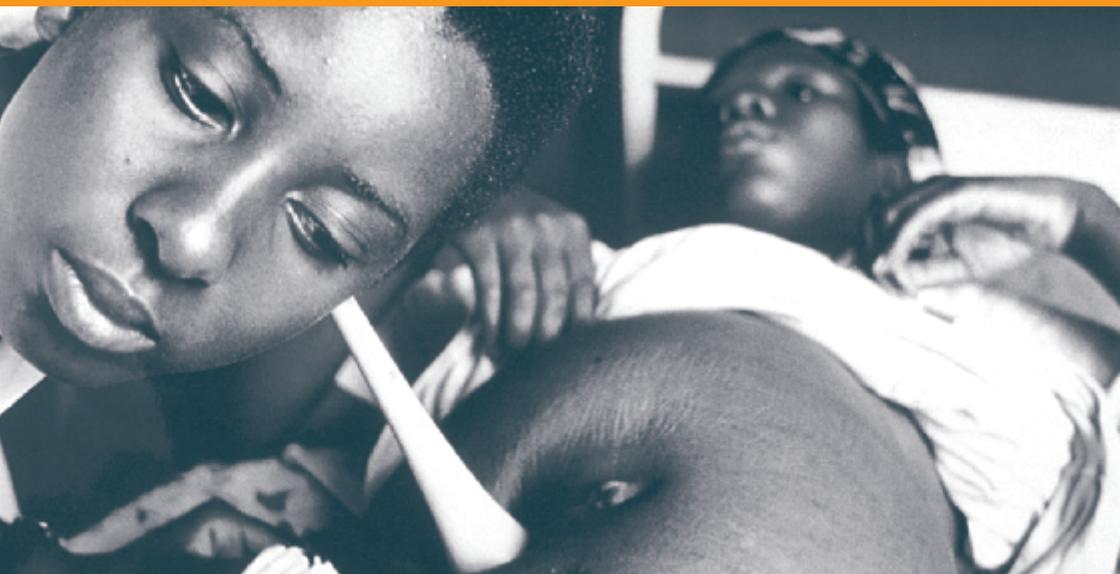
La anticoncepción de emergencia es especialmente importante para las adolescentes, quienes están en el proceso de establecer su sexualidad. El embarazo en adolescentes representa riesgos para la salud, y el uso de la anticoncepción de emergencia reduciría el número de embarazos entre adolescentes. Para las mujeres jóvenes el acceso a la información sobre la anticoncepción de emergencia y a los servicios mismos puede ser difícil debido a que:

- Desconozcan sobre la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia.
- No tengan la confianza necesaria o les dé vergüenza visitar una clínica de SSR/planificación familiar.
- No sepan dónde hay un centro de entrega de servicios.
- Los horarios de las clínicas no les resulten convenientes.
- Les dé temor someterse a un examen pélvico, el cual no es necesario para las PAE.
- Les preocupe que los/as proveedores/as de servicio las juzguen.

Los centros de consejería para jóvenes podrían proporcionar información sobre anticoncepción de emergencia en sus sesiones de consejería, y algunos centros, en caso necesario, pueden proporcionar directamente la anticoncepción hormonal de emergencia.

La mejor manera de ayudar a los adolescentes es mediante la consejería proporcionada con empatía, en forma confidencial, y ayudándoles a tener acceso a medidas que les disminuyan los riesgos.

Foto: Asociación de Planificación Familiar de España /Charlon Margüelles/España



11 DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO

1 Introducción

Hacer diagnósticos de embarazo es un componente importante de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR)/planificación familiar. Las clínicas de SSR/planificación familiar pueden ofrecer servicios de diagnóstico de embarazo a aquellas mujeres que:

- Han planeado un embarazo y desean estar embarazadas;
- Han tenido relaciones sexuales sin protección y sospechan que pueden estar embarazadas;
- Quieren iniciar ciertos métodos anticonceptivos (ej: DIU) y necesitan descartar la posibilidad de estar embarazadas; o
- Que pueden haber experimentado la falla de un método anticonceptivo.

Un amplio rango de técnicas está disponible para el diagnóstico del embarazo. Dependiendo de qué tan asequibles y factibles son, puede usarse diferentes métodos en cada situación en particular. Por ejemplo, muchas zonas no tienen acceso a pruebas de embarazo bioquímicas. Aunque es posible hacer diagnóstico clínico del embarazo (sin apoyo de laboratorio), este diagnóstico es confiable solamente a partir de las 8-10 semanas de amenorrea.

En caso de embarazo, es importante determinar la edad gestacional, para poder proporcionar a la mujer una fecha probable del parto. Esta determinación es útil también para el diagnóstico de ciertas complicaciones del embarazo (por ejemplo, el embarazo ectópico o la amenaza de aborto). Cuando una cliente está considerando un aborto, esta información le ayudará a tomar una decisión final; y, en donde el aborto esté legalizado, esta información será esencial para seleccionar la técnica de aborto apropiada.

2 Diagnóstico clínico (sin apoyo de laboratorio)

El diagnóstico clínico (no de laboratorio) del embarazo se basa en la detección, mediante la historia clínica y el examen físico, de los síntomas y signos asociados al embarazo. El síntoma más importante es la amenorrea; el cual, cuando se acompaña de otros síntomas, es un importante indicador de embarazo. El examen pélvico es útil para diagnosticar el embarazo después de las 6 semanas de gestación.

3 Síntomas y signos de embarazo

3.1 Síntomas

Los síntomas del embarazo incluyen:

- Ausencia de regla o menstruación (amenorrea).
- Náusea (con o sin vómitos) y cambios en el apetito.
- Fatiga persistente.
- Sensibilidad y agrandamiento de las mamas.
- Aumento en la frecuencia urinaria.
- Percepción de los movimientos fetales (síntoma tardío, a las 16–20 semanas de gestación).

3.2 Signos

Los signos del embarazo incluyen:

- Reblandecimiento, redondeamiento, y agrandamiento uterinos, perceptibles a las 6 semanas de gestación.
- El signo de Hegar se pone de manifiesto alrededor de las 6 semanas de gestación. El istmo entre el cuello uterino y el cuerpo del útero se siente blando y comprimible a través de la palpación bimanual.
- Las pulsaciones uterinas pueden ser un signo útil de embarazo antes de las 6 semanas de gestación.
- El útero agrandado es palpable por encima de la sínfisis púbica después de las 12 semanas de gestación.
- Los latidos cardíacos fetales son detectables con estetoscopio a las 18–20 semanas de gestación.
- Los movimientos fetales son perceptibles por una persona examinadora a las 18–20 semanas de gestación.

4 Diagnóstico por pruebas de laboratorio

Todas las pruebas bioquímicas de laboratorio se hacen con anticuerpos que detectan la presencia de gonadotropina coriónica humana (GCH) en la orina de la mujer o en una muestra de sangre. La GCH es una proteína producida por la placenta o por su precursor, y está estrechamente relacionada con la hormona luteinizante (HL), con la hormona foliculoestimulante (HFE), y con la tiotropina. Cada una de estas hormonas tiene dos sub-unidades, alfa y beta. Las sub-unidades alfa son casi idénticas, por lo que solamente las pruebas que identifican selectivamente la sub-unidad beta de la

GCH son específicas para GCH. La GCH es detectable a partir de los 7–9 días posteriores a la ovulación. Las pruebas de embarazo se pueden dividir en 2 grupos:

- Pruebas de inhibición de la aglutinación, y
- Pruebas inmunométricas y de radioinmunoensayo.

Las pruebas inmunométricas y de radioinmunoensayo son más sensibles y más específicas que las de inhibición de la aglutinación, pero tienen un costo mayor.

4.1 Pruebas de inhibición de la aglutinación en portaobjetos

Estas pruebas son económicas, fáciles de utilizar y detectan confiablemente el embarazo unas 6 semanas después de la última regla, ó 2 semanas después de que la regla se ha retrasado. Dado que las mujeres generalmente solicitan una prueba de embarazo sólo después de haber perdido una regla, las pruebas de aglutinación suelen ser suficientes para la mayoría de los casos. Los anticuerpos anti-GCH se unen a la GCH presente en una muestra de orina de la mujer, dando un resultado positivo a embarazo. Debido a que estos anticuerpos no son específicos para la sub-unidad beta de la GCH, existe la posibilidad de una reacción cruzada con HL, HFE, o tiotropina. Para evitar resultados positivos falsos, se ha calibrado la sensibilidad de estas pruebas (alrededor de 2,000 mUI de GCH por ml) de tal manera que se necesitan concentraciones altas de GCH para que el resultado sea positivo, y así disminuir la posibilidad de que haya reacciones cruzadas. Estas pruebas son apropiadas para confirmar un embarazo, entre 6 y 16 semanas de amenorrea. Puede haber resultados negativos falsos con concentraciones bajas de GCH, como las que se dan en el embarazo temprano, después de 16–20 semanas de embarazo, en un embarazo ectópico, o en un aborto inminente.

4.2 Pruebas inmunométricas y radioinmunoensayo

Estas pruebas detectan con confiabilidad concentraciones bajas de GCH, y por lo tanto son apropiadas para detectar embarazos tempranos, inclusive embarazos ectópicos. Estas pruebas son específicas para la sub-unidad beta, por lo que no tienen reacciones cruzadas con otras hormonas.

Las pruebas inmunométricas pueden detectar concentraciones bajas de GCH, desde 5–50 mUI/ml en una muestra de orina de la cliente. Estas pruebas ya están disponibles en paquetes listos para uso doméstico o clínico. Estas pruebas resultan positivas en un 98% de las mujeres embarazadas, desde unos 3–4 días antes de la fecha para la cual se espera la siguiente regla.

Las pruebas por radioinmunoensayo utilizan GCH en suero, por lo que generalmente se realizan en los laboratorios de los hospitales. Proporcionan resultados precisos con 5 mUI de GCH por ml, dentro de 7 días posteriores a la fertilización.

5 Cómo estar razonablemente seguro de que una mujer no está embarazada

Los/as proveedores/as de servicio necesitan descartar la posibilidad de que una mujer esté embarazada antes de proporcionarle métodos anticonceptivos, especialmente métodos hormonales o DIU.

Para estar razonablemente seguro que una mujer no está embarazada, ella no debe tener ni síntomas ni signos de embarazo. Además, la mujer debe:

- No haber tenido relaciones sexuales desde su última regla normal.
- Haber estado usando correcta y consistentemente un método anticonceptivo confiable.
- Estar dentro de los primeros 7 días a partir del inicio de su último período menstrual.
- Estar dentro de las primeras 4 semanas post parto (para mujeres que no están amamantando).
- Estar dando lactancia completa o casi completa, en amenorrea, y dentro de los primeros 6 meses post parto.
- Estar dentro de los primeros 7 días post aborto.

Siempre existe la posibilidad de un diagnóstico negativo falso de embarazo, aunque la probabilidad de negativos falsos es mucho menor con las pruebas bioquímicas que con sólo historia clínica y examen físico.

6 Consejería posterior al diagnóstico del embarazo

Ofrezca consejería acerca de las opciones disponibles a cualquier mujer con un diagnóstico positivo de embarazo. En especial, cuando una cliente no está segura de que quiere continuar con su embarazo, proporcíonele el apoyo e información que ella necesita para tomar una decisión informada. Si es apropiado, refiérela a otros prestadores de servicios. Si la cliente planea continuar su embarazo, proporcíonele consejería acerca de la importancia de la atención prenatal; e infórmele dónde y como puede recibir esta atención.

Foto: Asociación de Planificación Familiar de España / Claudia Ferreira/España



12 **ABORTO SEGURO**

1. Introducción

El aborto inducido es un procedimiento común en todo el mundo. Se estima que cada año 46 millones de procedimientos son realizados y, de ellos, cerca de 20 millones son inseguros. Cerca de 67,000 de las muertes relacionadas con el embarazo que ocurren anualmente, se atribuyen al aborto inseguro. La legislación que restringe el aborto no reduce sustancialmente el número total de abortos, pero sí aumenta enormemente la proporción de los que son realizados en forma insegura.

Debido a que la decisión de buscar un aborto usualmente resulta de un embarazo no deseado, la expansión y mejoramiento de los servicios de planificación familiar deben ser de la más alta prioridad, para prevenir ese tipo de embarazos y reducir el hecho de que se recurra al aborto.

En circunstancias en las que el aborto no es ilegal, las y los proveedores de servicios de salud deben ser capacitados y estar equipados para ofrecer un servicio seguro y accesible. La provisión de, o la referencia para, los servicios de aborto, constituyen una parte esencial de la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres: el cumplimiento del derecho a decidir de una mujer debe ser una alta prioridad para tales programas. Como en todos los servicios de salud sexual y reproductiva, el derecho de los/as clientes a la confidencialidad y privacidad, debe ser asegurado.

1.1 Definición

Un "aborto" es la terminación de un embarazo. Puede ocurrir de manera espontánea (también llamado aborto espontáneo) o de manera inducida. El aborto puede ser inducido quirúrgicamente (ej.: aspiración por vacío endo-uterina, o dilatación y legrado) o médicamente (ej.: usando un antiprogestínico y/o prostaglandinas), ya sea de manera segura o insegura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el "aborto inseguro" como "un procedimiento para terminar un embarazo no deseado, realizado ya sea por personas que carecen de las aptitudes necesarias, o en un ambiente que carezca de los estándares médicos mínimos, o ambas condiciones".

Cuando los/as proveedores de atención a la salud son capacitados, tienen el equipo apropiado y aplican la técnica correcta y los estándares sanitarios, y realizan la inducción de un aborto en una etapa temprana del embarazo, éste es uno de los procedimientos médicos más seguros. Aunque son poco frecuentes, después de 10 semanas a partir del último período menstrual, los riesgos para la salud aumentan ligeramente con cada semana del embarazo. Estos riesgos incluyen: aborto incompleto, aborto fallido, hemorragia, infección, perforación uterina, complicaciones relacionadas con la anestesia, y secuelas a largo plazo que, algunas veces, son consecuencia de complicaciones tempranas.

Por lo tanto, debe realizarse un esfuerzo para informar al público que el aborto es más seguro cuando se realiza tempranamente; y debe alentarse a las mujeres que buscan el aborto para que acudan a los servicios de salud tan pronto como sea posible dentro del período de su embarazo, preferentemente antes de las 12 semanas, e incluso de 7 ó 9 (conforme las normas locales) si se utiliza el aborto médico. Los servicios de salud deben asegurar que los retrasos sean mínimos en la provisión del aborto. Dado que la habilidad de la persona que provee el servicio es fundamental para el aborto seguro, el personal de salud que ofrece los servicios de aborto debe ser capacitado de manera apropiada. Aquellas personas que trabajan en servicios que solamente proveen abortos en una etapa temprana del embarazo, deben tener conocimiento acerca de los servicios de referencia seguros, para usuarias cuyos embarazos tengan una mayor duración. Las técnicas usadas después de 12 semanas requieren de personas con una capacitación especial, quienes pueden usar dilatación y evacuación, o mifepristona con dosis repetidas de prostaglandinas, como el misoprostol o gemeprost, o bien con inyecciones intra-amnióticas de soluciones hipertónicas, o prostaglandinas intra/extra-amnióticas.

1.2 Indicaciones generales

En casi todos los países, el aborto es legalmente permitido para salvar la vida de una mujer. Otras razones que permiten los abortos en un gran número de países son:

- Preservar la salud física o mental de la mujer.
- Embarazo derivado de violación o incesto.
- Daño fetal.
- Sobre bases económicas y sociales.
- A solicitud.

Donde la ley lo permite, los países deben proveer servicios seguros y accesibles a las mujeres que requieren un aborto. Las y los proveedores de atención a la salud deben realizar todo esfuerzo posible para hacer un uso pleno de la ley, y para llevarla a la práctica al proveer servicios en la mayor medida que la ley lo permita.

1.3 Consejería e información

Muchas mujeres habrán decidido con firmeza, antes de acudir al servicio de salud, que su embarazo debe ser terminado. Algunas, sin embargo, no tendrán certeza sobre si tener o no un aborto, y se sentirán abrumadas por la ansiedad o culpa; las adolescentes, en especial, pueden carecer de apoyo de sus parejas o familia. Aunque la consejería jamás debe imponerse, toda mujer que considera el aborto debe tener acceso a la consejería comprensiva y compasiva, que sea receptiva a sus circunstancias personales y a sus antecedentes culturales. Las personas que proveen consejería deben tener en mente:

- La razón para el aborto. Si hay sospecha de coerción, esta posibilidad debe discutirse en privado con la mujer.
- Las diferentes opciones disponibles para la mujer, y las oportunidades de apoyo que existen en la sociedad. Las víctimas de abuso sexual pueden necesitar ser referidas para atención adicional.

Aún con la consejería, algunas mujeres requieren un tiempo adicional para tomar una decisión. Después de la decisión, ella debe ser informada acerca de los detalles del procedimiento y de las opciones anticonceptivas:

- Qué se hará durante y después del procedimiento, así como la duración del procedimiento.
- En caso de un procedimiento médico, el régimen de medicamentos que se utilizará, y la cantidad de sangrado y dolor que debe esperarse.
- Si el procedimiento es quirúrgico, el procedimiento a ser efectuado, incluyendo la medicación para el manejo del dolor y el tipo de anestesia.
- La seguridad de los procedimientos.
- Los efectos secundarios inmediatos y posteriores, y las posibles complicaciones.
- Cuándo ella podrá reanudar sus actividades normales, incluyendo las relaciones sexuales.
- La atención de seguimiento.
- Consejería acerca de la anticoncepción antes del aborto, así como en cada visita de seguimiento. Ella debe ser informada acerca de que la ovulación puede reanudarse tan pronto como dos semanas después del aborto; y, a menos que use un método efectivo de anticoncepción, ella estará en riesgo de embarazarse de nuevo. Si ella está buscando el aborto debido a que piensa que el embarazo se debió a una falla anticonceptiva, la o el proveedor de servicios debe discutir y determinar si el embarazo se debió a un uso incorrecto o a una falla del método, y aconsejarle como corresponda.
- La posibilidad de elegir la esterilización quirúrgica. Sin embargo, el momento de un aborto usualmente no es una ocasión ideal para que una mujer tome una decisión tan importante como el ser esterilizada. No obstante, cuando una mujer tiene dificultades para regresar posteriormente por el procedimiento, la esterilización por minilaparotomía o laparoscopia puede ser combinada en forma segura con el aborto.
- Alentar a las usuarias a formular todas las preguntas y expresar cualquier temor.

2 Consentimiento informado, confidencialidad y privacidad

Las mujeres que han enfrentado un aborto deben ser tratadas con respeto y comprensión. Las y los proveedores de servicios deben ser compasivos con sus usuarias y darles la información completa en una forma que ellas puedan comprender, de tal forma que puedan tomar una decisión acerca de tener o no un aborto, libre de inducción, coerción o discriminación.

Los/as proveedores de servicios tienen el deber de proteger la información sobre sus usuarias en contra de revelaciones no autorizadas, así como de asegurar que las usuarias que autorizan hacer pública su información confidencial a otras personas, lo hagan libremente y sobre la base de una información clara. En algunos países la o el proveedor de servicios no puede hacer pública la información médica, aún a petición de la o el paciente.

Los/as proveedores de salud deben asegurar que las instalaciones proporcionan privacidad para la conversación entre usuarias y proveedores de servicios, así como para efectuar el propio servicio.

3 Atención pre-aborto

Un registro clínico apropiado debe ser completado para cada usuaria, con el fin de asegurar que los elementos esenciales de la historia clínica y los exámenes físicos y de laboratorio son obtenidos y registrados.

3.1 Historia

Adicionalmente a los datos personales de la usuaria, incluyendo número de hijos, debe obtenerse la siguiente información:

- El último período menstrual normal (UPM), para establecer la duración del embarazo (el número de días o semanas completados desde el primer día del UPM). El riesgo asociado con el aborto inducido aumenta con la duración del embarazo y la selección del método dependerá de ello.
- Los síntomas de un embarazo temprano (ej.: mamas tiernas e hinchadas, náusea, fatiga, cambios en apetito y un aumento en la frecuencia al orinar) en clientas en quienes la UPM no puede establecerse con precisión y el diagnóstico del embarazo no ha sido establecido.
- Enfermedades pasadas y presentes y otras condiciones que pueden afectar la provisión del aborto (ej.: trastornos hemorrágicos).
- Alergias.

- Medicamentos en uso que podrían interactuar con las medicinas utilizadas durante el procedimiento o hacer que el procedimiento sea riesgoso (ej.: anticoagulantes).

3.2 Examen físico

- Salud general de la cliente. Es importante asegurar que no existen condiciones médicas que podrían aumentar el riesgo relacionado con un aborto. Si existe una condición médica seria, la cliente debe ser referida a una instalación especializada en la que el riesgo pueda reducirse y las complicaciones puedan ser tratadas apropiadamente.
- Examen pélvico bimanual para:
 - Confirmar el embarazo. Los indicios de un embarazo temprano (6 a 8 semanas) incluyen el ablandamiento del istmo cervical, así como el ablandamiento y la ampliación del útero.
 - Confirmar que el tamaño del útero corresponde a la duración del embarazo. Un útero más pequeño que lo esperado puede deberse a un embarazo que está menos avanzado que lo estimado a partir de la fecha del UPM, a un embarazo ectópico o a un aborto retenido. Un útero más grande que lo esperado puede indicar que el embarazo está más avanzado que lo calculado a partir de la fecha del UPM, un embarazo múltiple, la presencia de fibroides o de un embarazo molar.
 - Determinar la posición del útero; anteverso o retroverso o posicionado en una forma que afecte la valoración de la duración del embarazo o que complique un procedimiento de aborto quirúrgico.
 - Detectar cualquier indicio de infecciones del tracto reproductivo (ITR) y de infecciones de transmisión sexual (ITS). La presencia de cualquier ITR o ITS aumentará el riesgo de una infección pélvica post aborto. Cuando la infección está presente clínicamente o ha sido identificada mediante exploración, debe iniciarse un tratamiento con antibióticos antes de realizar el aborto.

3.3 Exámenes de laboratorio

- Una prueba de embarazo no es requerida, a menos que los síntomas típicos del embarazo no estén presentes con claridad y la o el proveedor de servicios no esté seguro del embarazo de la mujer.
- Hemoglobina/Hematocritos si el examen físico sugiere anemia, o en zonas en donde esta condición es prevalente, con el objeto de preparar a la o el proveedor de servicios para una acción inmediata si ocurriera una hemorragia.
- Pruebas para determinar los tipos de los grupos sanguíneos ABO y Rhesus (Rh) cuando estén disponibles, en caso de complicaciones que pudieran requerir una transfusión sanguínea.

- Ultrasonido para la detección de embarazos ectópicos posteriores a 6 semanas. Si hay sospecha de embarazo ectópico, es esencial confirmar el diagnóstico inmediatamente e iniciar el tratamiento o transferir a la mujer a una instalación en donde el diagnóstico pueda ser confirmado y el tratamiento iniciado.
- En instalaciones en las que la inmunoglobulina Anti Rh es provista en forma rutinaria a mujeres Rh negativas, debe administrarse en el momento del procedimiento de aborto. Cuando se utilizan métodos médicos, debe ser provista en el momento de administrar la prostaglandina.
- La citología cervical puede ser ofrecida a las mujeres, especialmente en situaciones en las que hay una alta prevalencia de cáncer cervical e ITS. Sin embargo, aceptar este servicio nunca debe ser una condición previa para proveer el servicio de aborto.
- La prueba de VIH puede proponerse, así como otras pruebas relacionadas con ITS o enfermedades específicas.

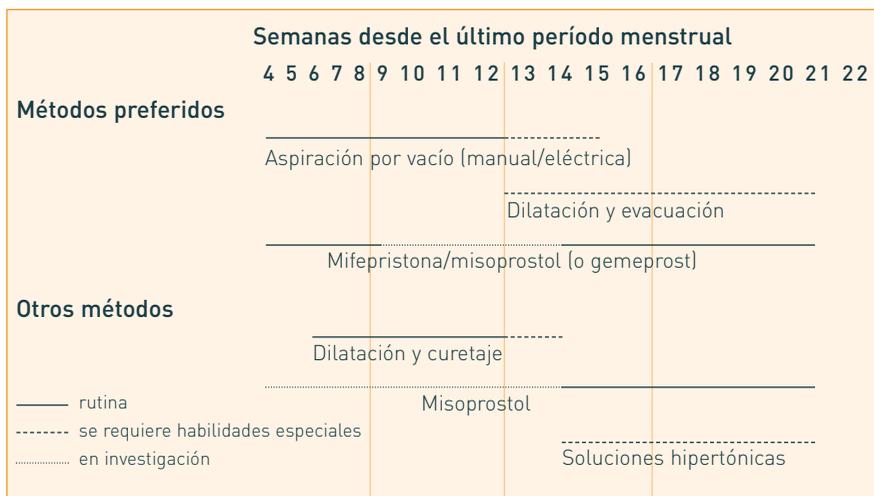
4 Métodos de aborto

El método para inducir el aborto dependerá de la duración del embarazo, la capacitación y habilidades de la persona que provee el servicio, las instalaciones disponibles y las preferencias de la mujer. En la mayoría de los casos, la gestación puede determinarse de manera confiable a partir de la fecha del último período menstrual y los hallazgos del examen pélvico. La investigación con ultrasonido es necesaria solamente cuando hay una duda clínica acerca del período de gestación o sospecha de un embarazo ectópico. A menos que la mujer tenga una condición médica seria pre existente, o que el método seleccionado requiera que la paciente sea internada, el aborto tanto quirúrgico como médico debe ser realizado como procedimiento ambulatorio. La Figura 12.1 ilustra los métodos apropiados en relación con la duración de la gestación.

4.1 Métodos médicos

Los regímenes médicos más ampliamente usados para terminar el embarazo combinan tratamiento con el antiprogesterino mifepristona y con una prostaglandina como el misoprostol. Los métodos médicos de aborto hasta las 9 semanas son seguros y efectivos. De 9 a 14 semanas, el aborto quirúrgico es actualmente recomendado, debido a que la eficacia del aborto médico es menor con los actuales regímenes de dosis, la pérdida de sangre es mayor, y es más probable que los productos de la concepción sean retenidos. Después de 14 semanas, cuando la placenta tiende a ser expulsada completamente, los métodos médicos para inducir el aborto ofrecen una alternativa segura y efectiva a los procedimientos quirúrgicos. Menos del 5% de las mujeres que se someten a un

Figura 12.1 Métodos de aborto por semanas de embarazo



aborto médico requerirán intervención quirúrgica debido a la continuación del embarazo o a un aborto incompleto. Los servicios que ofrecen aborto médico deben tener acceso a instalaciones para intervención quirúrgica.

Tanto el aborto médico temprano como el tardío involucran la administración de mifepristona seguida, después de un intervalo variable (hasta de 48 horas), de una prostaglandina. Después de 14 semanas, usualmente es necesario administrar la prostaglandina más de una vez.

Una alternativa a la combinación prostaglandina/antiprogéstico después de 14 semanas es la prostaglandina análoga misoprostol por sí sola, aunque esto parece ser menos efectivo, más lento en actuar, más doloroso y más propenso a efectos secundarios gastrointestinales. Los regímenes de tratamiento con misoprostol hasta las 14 semanas están en investigación, debido a la amplia disponibilidad y bajo costo de este agente. En vista de la preocupación relativa a la teratogenicidad, las mujeres que usan misoprostol para inducir el aborto deben ser advertidas que, si ese procedimiento falla, el aborto debe ser completado quirúrgicamente.

La combinación de metothrexate con una prostaglandina no se recomienda debido a que es menos efectiva que la de mifepristona/prostaglandina, el procedimiento es lento y, de nuevo, hay preocupación respecto a la teratogenicidad.

Algunos de los regímenes de mifepristona más prostaglandina, comúnmente usados y que recomienda la OMS se muestran en la Tabla 12.1.

Los efectos secundarios de los métodos médicos incluyen:

- Calambres y sangrado prolongado parecido al menstrual. El sangrado usualmente dura 9 días pero puede prolongarse hasta por 45 días en casos poco frecuentes.
- Náusea.
- Vómito.
- Diarrea.

Tabla 12.1—Regímenes de mifepristona más prostaglandina comúnmente usados

Hasta 9 semanas completadas desde el UPM	Después de 12 semanas completadas desde el UPM
<p>200 mg mifepristona seguida después de 36–48 horas por:</p> <p>1 mg de gemeprost vaginal; <i>o</i></p> <p>800 µg de misoprostol vaginal; <i>o</i></p> <p>400 µg de misoprostol oral hasta 7 semanas completadas</p>	<p>200 mg mifepristona seguida después de 36–48 horas por:</p> <p>1 mg de gemeprost vaginal (repetido cada 6 horas hasta un máximo de 4 dosis; y, si es necesario, cada 3 horas hasta 4 dosis adicionales); <i>o</i></p> <p>400 µg de misoprostol oral cada 3 horas hasta 5 dosis; <i>o</i></p> <p>800 µg de misoprostol vaginal <i>seguido por</i> 400 µg de misoprostol oral cada 3 horas hasta un máximo de 4 dosis</p>

4.2 Métodos quirúrgicos

¿Quién puede efectuar procedimientos quirúrgicos?

Estos procedimientos pueden ser realizados por una o un:

- Ginecólogo.
- Médico capacitado.
- Persona proveedora de servicios de nivel medio capacitada (solamente para aspiración por vacío endo-uterina), en donde lo permite la ley. Las y los proveedores de nivel medio son personal clínico no médico (ej.: parteras, practicantes de enfermería, asistentes médicos).

Preparación cervical

La preparación cervical algunas veces se aplica antes de los abortos quirúrgicos del primer trimestre, para realizar el procedimiento más fácilmente y para reducir complicaciones inmediatas. Se realiza utilizando dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos. Se recomienda para mujeres:

- Nulíparas con embarazo con más de 9 semanas completadas.
- Menores de 18 años.
- Con embarazo de más de 12 semanas completadas.

La preparación cervical es también beneficiosa en mujeres:

- Con anomalías cervicales.
- Que han tenido previamente una cirugía cervical.
- Que tienen un alto riesgo de daño cervical o perforación uterina que pudiera causar sangrado excesivo.

Medicación para dolor

El umbral de dolor es variable y depende de la edad, duración del embarazo, parto vaginal previo y grado de temor de la mujer. Es probable que la consejería y el tratamiento comprensivo reduzcan los miedos y percepciones de dolor de las mujeres. La presencia de un miembro de la familia, también ayuda a reducir sus miedos. Sin embargo, la medicación para el manejo del dolor debe siempre ser ofrecida. Los siguientes medicamentos pueden utilizarse ya sea individualmente o en combinación:

- Analgésicos para reducir la sensación de dolor.
- Tranquilizantes para reducir la ansiedad.
- Anestésicos para adormecer la sensación física.

Anestesia

Un bloqueo paracervical con un anestésico local como la lidocaína debe usarse cuando la dilatación cervical mecánica es requerida para realizar un procedimiento de aborto quirúrgico.

- Asegúrese de que no hay alergias conocidas a la lidocaína o medicamentos relacionados.
- Prepare 20 ml de 0.5% una solución de lidocaína sin epinefrina.
- Inyecte debajo de la mucosa cervical en las posiciones del "cuarto cuadrante" alrededor del cuello del útero, teniendo cuidado de no inyectar en un vaso sanguíneo.

El uso de anestesia general no es recomendado para procedimientos de aborto, ya que aumenta los riesgos clínicos. Sin embargo, algunas mujeres pueden desear anestesia general y su utilización puede ser preferible en procedimientos difíciles. Cualquier instalación que ofrece anestesia general debe tener personal especializado para administrarla y para manejar complicaciones.

Principios quirúrgicos para garantizar la seguridad

El personal debe estar plenamente capacitado en las técnicas que están usando, así como en el reconocimiento anticipado y pronto manejo de complicaciones.

- Las instalaciones deben ser aprobadas conforme a los criterios de licencia o autorización legal del país.
- Las medidas de prevención de la infección deben ser observadas estrictamente (ver el capítulo 15: Prevención y control de infecciones).
- Todo el instrumental y equipamiento debe estar en buenas condiciones de operación antes de iniciar el procedimiento quirúrgico.
- Las instalaciones deben estar bien dotadas de medicamentos y equipo para manejar situaciones de riesgo de vida y otras emergencias.
- Los lineamientos y procedimientos médicos y quirúrgicos aprobados deben ser estrictamente mantenidos.

Tipos de técnicas quirúrgicas

- Aspiración por vacío endo-uterina.
- Dilatación y legrado.
- Dilatación y evacuación.
- Otros métodos.

Aspiración por vacío endo-uterina

La aspiración por vacío endo-uterina es un procedimiento muy seguro, que involucra la evacuación del contenido del útero a través de una cánula plástica o metálica adjunta a una fuente de aspiración por vacío. El vacío puede generarse ya sea por medio de una bomba eléctrica (aspiración eléctrica endo-uterina – AEEU); o, manualmente (aspiración manual endo-uterina – AMEU), con una jeringa de plástico de 60-ml. Las aspiradoras disponibles pueden alojar diferentes tamaños de cánulas de plástico, variando desde 4 hasta por lo menos 12 mm de diámetro.

Este es el método quirúrgico preferido hasta las 12 semanas a partir del UPM, y algunos médicos experimentados pueden hacerlo de manera segura hasta las 15 semanas. Se requiere un bloqueo paracervical o sedación ligera, o ambos.

La cánula puede insertarse

- Sin dilatación cervical, si se realiza en las primeras etapas del embarazo (antes de 6 semanas).
- Con dilatación cervical, la cual es usualmente requerida entre las 6 y < 9 semanas.

La dilatación puede realizarse con dilatadores mecánicos o con dilatadores hidrofílicos osmóticos como los tapones de laminaria. Una prostaglandina (como el misoprostol) y/o la mifepristona pueden también usarse para preparar el cuello del útero.

La aspiración por vacío endo-uterina puede realizarse como un procedimiento ambulatorio. Las mujeres que tienen abortos de primer trimestre con anestesia local, pueden abandonar las instalaciones de salud después de un período de observación de aproximadamente 30 minutos en la sala de recuperación. Sin embargo, cuando el aborto se realiza en una fase tardía del embarazo o cuando se ha utilizado sedación o anestesia general, puede ser necesario un período de observación más largo.

Dilatación y legrado

La dilatación y legrado (DyL) involucra la dilatación del cuello del útero con dilatadores mecánicos o agentes farmacológicos, así como el uso de cucharillas metálicas filosas para raspar las paredes del útero. Es un procedimiento menos seguro y más doloroso que la aspiración por vacío endo-uterina. Es aplicable para abortos hasta las 12 semanas, aunque las y los proveedores experimentados pueden hacerlo hasta las 14 semanas. La DyL debe ser utilizada solamente en los casos en que no está disponible la aspiración por vacío endo-uterina o un método médico, debido a que el legrado con un objeto filoso conlleva mayores riesgos. Las administraciones de los servicios de salud deben hacer todo el esfuerzo posible para reemplazar el legrado con la aspiración por vacío endo-uterina.

Dilatación y evacuación

La dilatación y evacuación (DyE) se utiliza a partir de aproximadamente 12 semanas completadas de embarazo. Requiere la preparación del cuello del útero con mifepristona, o con una prostaglandina como el misoprostol, tapones de laminaria o un dilatador hidrofílico similar; la dilatación del cuello y la evacuación del útero, utilizando aspiración eléctrica endo-uterina, con cánulas de 14–16 mm de diámetro y fórceps. Dependiendo de la duración del embarazo, una dilatación adecuada puede requerir desde 2 horas hasta un día completo. La DyE requiere aptitudes especiales y solamente debe realizarse en instalaciones en las que las y los proveedores de servicios tienen las habilidades y experiencia requeridas.

Otros métodos

La instilación intra-amniótica o extra-amniótica de diferentes soluciones es menos segura y menos efectiva que la DyE, y debe ser desalentada. La histerotomía abdominal o vaginal es muy rara vez indicada para un aborto tardío. La histerectomía debe utilizarse solamente para mujeres que presenten una condición que justificaría la operación independientemente del aborto.

Examen de tejidos posterior al aborto quirúrgico

Después del procedimiento de aborto es importante examinar los productos de la concepción. Examine los productos para:

- Asegurar la evacuación completa del embarazo intrauterino.
- La identificación visual de los productos de la concepción, especialmente la chorionic villa; pues su ausencia será indicación de un embarazo ectópico.
- Asegurar que el contenido de lo aspirado confirma la duración estimada del embarazo para descartar el aborto incompleto.
- Revisar el aspecto sugestivo de un embarazo molar.

Los exámenes rutinarios de laboratorio no son esenciales.

Instrumentos y suministros para la aspiración endo-uterina

Suministros básicos

- Juego y fluidos para infusión intravenosa (lactato sódico, glucosa, solución salina).
- Jeringas (5, 10, 20 ml).

- Agujas (espinal calibre 22 para bloqueo cervical; calibre 21 para administración de medicamentos).
- Guantes estériles (chico, mediano, grande).
- Hisopos de algodón o tapones quirúrgicos de gasa.
- Solución antiséptica basada en agua (no basada en alcohol).
- Detergente o jabón.
- Agua limpia.
- Cloro o glutaraldehído para desinfección/descontaminación.
- Desinfección de alto nivel o agente de esterilización.

Instrumentos y equipo

- Espéculo vaginal.
- Tenáculo.
- Fórceps de esponja (anillo) o fórceps de empaquetamiento uterino.
- Dilatadores Pratt o Dennison: tamaños 13 a 27 Francés.
- Contenedor para solución antiséptica.
- Colador (metal, vidrio, o gasa).
- Recipiente de vidrio claro para inspección de tejidos.

Medicación

- Medicación analgésica (ej.: paracetamol [acetaminofeno], ibuprofeno, o pethidine).
- Medicación ansiolítica (ej.: diazepam).
- Anestésica – cloroprocaína (1–2%) o lidocaína (0.5–2%) sin epinefrina.
- 10 unidades de Oxitocina ó 0.2 mg de ergometrina.

Instrumentos de aspiración por vacío endo-uterina

- Aspiradora por vacío.
- Cánulas flexibles de diferentes tamaños.
- Adaptadores, si se necesitan.
- Silicón para lubricar jeringas, si se necesita.

5 Seguimiento

5.1 Monitoreo durante el período de recuperación

- Tome los signos vitales mientras que la paciente está inmóvil en la mesa de tratamiento.
- Permita que la paciente descanse cómodamente en un lugar donde su recuperación pueda ser monitoreada.

Después de un procedimiento quirúrgico

- Registre el dolor puesto que puede ser causado por una perforación uterina o hematometria aguda (sangre acumulada en el útero).
- Tamaño del útero, particularmente con abortos tardíos: confirme el tamaño a través de la pared abdominal, en forma bimanual.

La mayoría de las mujeres pueden abandonar las instalaciones de salud tan pronto como se sientan capaces de hacerlo y sus signos vitales estén normales. Los medicamentos utilizados para el manejo del dolor y la ansiedad pueden causar mareos: la mujer debe estar acompañada o ser muy cuidadosa (existen descripciones de casos de caídas en las escaleras y accidentes de tránsito).

Después de un procedimiento médico

- Mantenga a la mujer bajo observación clínica por 4 a 6 horas después de que ha tomado una prostaglandina.
- Inspeccione todas las almohadillas sanitarias y recipientes para evacuación utilizados durante el período de observación, para confirmar un aborto durante este período.
- Cuando el aborto se realiza después de completadas 12 semanas de embarazo, mantenga a la mujer bajo observación hasta que tanto el feto como la placenta hayan sido expulsados.

5.2 Instrucciones para la atención posterior al aborto

Antes de que la paciente sea dada de alta, déle instrucciones simples y claras en forma oral y escrita. Infórmele:

- Que un período menstrual normal debe iniciar entre 4 y 8 semanas.
- Que ella no debe tener coito o poner algo dentro de su vagina hasta después de algunos días después de que termine el sangrado (no relaciones sexuales, no duchas vaginales, no tampones).

- Que pueden ocurrir algunos calambres uterinos durante los siguientes pocos días, mismos que pueden ser aliviados con analgésicos.
- Que un sangrado menstrual leve o manchado puede continuar durante varias semanas si se realiza el aborto quirúrgico.
- Que la náusea, algunas veces acompañada de vómito, usualmente disminuye dentro de las 24 horas posteriores a los métodos quirúrgicos.
- Cómo utilizar cualquier medicamento recetado.
- De qué problemas debe estar pendiente y qué hacer en cada caso [ej.: dolor, sangrado].
- A dónde ir y a quién contactar en caso de emergencia o para cualquier otro problema.
- Cuándo y a dónde regresar para seguimiento.
- Que su fertilidad se reanuda poco después del procedimiento. Proporcione consejería anticonceptiva y ayúdele a seleccionar un método, si ella así lo desea.

5.3 Indicios y síntomas que requieren atención urgente

- Sangrado prolongado (más de dos semanas).
- Sangrado mayor que el sangrado menstrual normal.
- Dolor severo o acrecentado; dolor pélvico.
- Fiebre con duración de más de un día; escalofríos.

5.4 Manejo de complicaciones del aborto

Todos los lugares de prestación de servicios de salud en donde se realizan abortos, deben estar equipados adecuadamente y tener personal capacitado para reconocer las complicaciones del aborto y para proveer un tratamiento rápido. Si estas facilidades no están disponibles, debe existir un sistema eficiente para referencias.

Aborto incompleto

El aborto incompleto es más común con los métodos médicos. Debe sospecharse si el examen visual del tejido aspirado durante el procedimiento quirúrgico no confirma la duración estimada del embarazo. Los indicios y síntomas incluyen:

- Sangrado vaginal.
- Dolor abdominal.
- Indicios de infección.

El personal debe estar capacitado para efectuar una re-evacuación del útero.

Aborto fallido

La continuación del embarazo como resultado de un aborto fallido puede ocurrir con los métodos tanto quirúrgicos como médicos. Esto requerirá una aspiración por vacío endo-uterina o DyE para embarazos de segundo trimestre.

Hemorragia

La hemorragia puede resultar de:

- Productos retenidos de la concepción.
- Trauma en el cuello del útero.
- Perforación uterina.

Proporcione el tratamiento adecuado una vez que la causa ha sido valorada.

Infección

La infección post-aborto es rara si el aborto se realiza apropiadamente bajo condiciones de asepsia.

Los síntomas incluyen:

- Fiebre o escalofríos.
- Descarga vaginal o cervical con olor fétido.
- Dolor abdominal o pélvico.
- Sangrado vaginal prolongado o manchado.
- Ablandamiento uterino.
- Aumento en el recuento de leucocitos.

Proporcione antibióticos. Si existe la probabilidad de productos retenidos de la concepción, el útero debe ser re-evacuado. Las mujeres con infección severa pueden necesitar hospitalización.

Perforación uterina

La perforación uterina usualmente ocurre sin ser detectada y se resuelve sin necesidad de una intervención. Sin embargo, cuando se sospecha de su existencia, la paciente debe recibir antibióticos y estar bajo observación.

Complicaciones relacionadas con la anestesia

El personal debe estar especializado en el manejo de complicaciones cuando se utiliza anestesia. Siempre debe haber disponibilidad de agentes para revertir el efecto narcótico.

Secuelas a largo plazo

No hay evidencia de que el tener un aborto sin complicaciones tenga alguna relación con la fertilidad futura o que cause resultados adversos en embarazos subsecuentes. La preponderancia de la evidencia no sugiere un aumento en el riesgo de cáncer mamario después de un aborto inducido. Secuelas psicológicas adversas pueden ocurrir en un pequeño número de mujeres y pueden ser la continuación de condiciones preexistentes. Estas secuelas parecen ser más frecuentes cuando la mujer no puede o no desea discutir su experiencia con persona alguna.

6 Anticoncepción y consejería de ITS

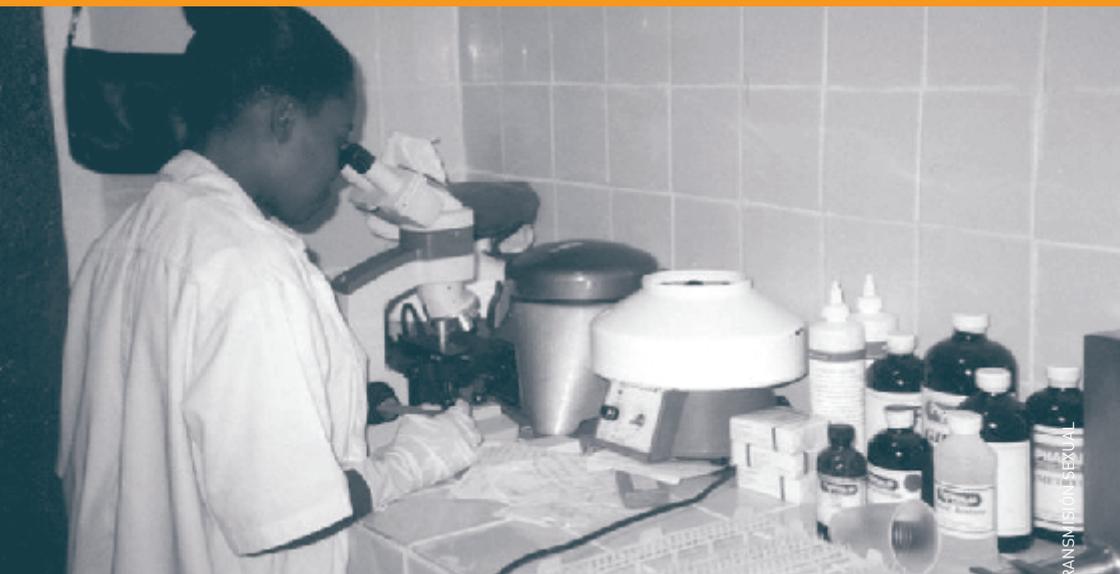
Las mujeres deben recibir información y consejería sobre anticoncepción post-aborto antes de que abandonen las instalaciones de salud; y, si así lo desean, pueden hacerlo con un método anticonceptivo iniciado.

- Todos los métodos anticonceptivos, incluyendo el dispositivo intrauterino (DIU) y los métodos hormonales, pueden usarse en la medida en que la mujer cumpla con los criterios de elegibilidad para el método deseado.
- Después de un aborto de segundo trimestre, ni el diafragma ni el tapón cervical deben utilizarse sino hasta después de alrededor de 6 semanas. El DIU no debe insertarse inmediatamente después de un aborto de segundo trimestre, debido al alto riesgo de expulsión.
- Los métodos naturales basados en el conocimiento de los signos, solamente deben iniciarse tres ciclos después de un aborto. Mientras tanto, otro método debe usarse, si así se desea.
- Cuando se solicita la esterilización, debe asegurarse que esa decisión no está influenciada por la naturaleza crítica del momento, para evitar arrepentimientos posteriores.

Las y los proveedores de servicios de salud deben discutir con todas las mujeres acerca de la prevención de ITS, incluyendo el VIH, y de la importancia del uso del condón, independientemente del método anticonceptivo que hayan elegido. La prueba voluntaria para el VIH y el asesoramiento para la prevención del VIH/SIDA deben discutirse especialmente con mujeres que están en alto riesgo, o que viven en zonas conocidas como de alto riesgo.

Los métodos anticonceptivos deben estar disponibles en el lugar de la prestación de servicios de salud. Si el método seleccionado por la mujer no está disponible, se le debe decir en dónde ella podrá conseguirlo. Entretanto, ella debería recibir un método provisional. Todas las mujeres deben ser informadas acerca de la anticoncepción de emergencia y debe considerarse su provisión en particular a mujeres que eligen no utilizar un anticonceptivo regular en forma inmediata.

Foto: Maryse Hodgson/Clínica PDB Haití



13 INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTIVO E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1 Introducción

Las infecciones del tracto reproductivo (ITR) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una importante preocupación en materia de salud pública a nivel mundial. En promedio, más de **1 millón de personas** se infectan diariamente con una ITS. La alta incidencia de ITR/ITS en las mujeres que asisten a las clínicas de servicios prenatales, de salud sexual y reproductiva o servicios ginecológicos, indica la magnitud del problema de las ITR/ITS.

Las personas que tienen una ITR/ITS tienen mayor riesgo de infectarse con el VIH o de transmitirle el VIH a su(s) pareja(s). En personas con infección por VIH, las otras ITR/ITS pueden ser más difíciles de tratar, lo que significa que la ITR/ITS puede durar más tiempo, aumentando así la probabilidad de transmitir el VIH.

1.1 Definición

El término ITR/ITS incluye 4 tipos de infección:

- Infecciones que afectan el tracto reproductivo.
- Infecciones del tracto reproductivo femenino que no son transmitidas sexualmente pero que son el resultado de un crecimiento excesivo de organismos normalmente presentes en la vagina (ejemplo: vaginosis bacteriana e infecciones por levaduras).
- Infecciones que son transmitidas sexualmente hacia otras áreas más allá del tracto reproductivo, como la sífilis y la infección por VIH.
- Infecciones del tracto reproductivo debidas a complicaciones de eventos reproductivos o de procedimientos practicados en el tracto reproductivo (ejemplo: parto, aborto espontáneo, aborto inducido, inserción de un DIU y cirugía ginecológica u obstétrica).

Este capítulo se centra en la prevención de los tres primeros tipos de ITR/ITS y en el manejo de los dos primeros tipos de ITR/ITS.

La prevención y el manejo del cuarto tipo de infección, o están más allá del alcance de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR)/planificación familiar o están incluidos en otros capítulos de estas Pautas (ejemplos: el capítulo 6 trata sobre DIUs y el capítulo 15 trata sobre prevención y control de infecciones).

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se discuten en el capítulo 14.

1.2 El rol de los servicios de salud sexual y reproductiva/planificación familiar

Muchas personas, sobre todo mujeres, que tienen una ITR/ITS no reciben atención ni tratamiento adecuados por las siguientes razones:

- Tanto hombres como mujeres pueden ser asintomáticos. Hay estudios que muestran que hasta un 70% de las mujeres y un 30% de los hombres son asintomáticos.
- Los individuos pueden tener síntomas, pero no los identifican como una infección. Muchas mujeres no tienen información sobre el flujo vaginal normal. Algunas mujeres han tenido infecciones durante tanto tiempo que pueden pensar que sus síntomas son normales.
- Muchas personas sospechan que pueden tener una ITR/ITS, pero no buscan atención porque:
 - No reconocen la seriedad de la ITR/ITS.
 - Les da demasiada vergüenza acudir a una clínica.
 - Las ITS conllevan un estigma social.
 - No tienen acceso al tratamiento.
 - No pueden costearse el tratamiento.

Las consecuencias de las ITR/ITS no tratadas pueden ser devastadoras para la salud de hombres, mujeres y de sus hijos. Estas condiciones pueden conducir a infertilidad, problemas crónicos de salud, disfunción sexual, enfermedades diseminadas y muerte. En las mujeres, las ITR/ITS también pueden conducir a dolor pélvico crónico y a complicaciones del embarazo, como el embarazo ectópico.

Cualquier ITS no tratada en una mujer embarazada puede afectar al nonato o al recién nacido. Entre los posibles problemas están el bajo peso al nacer, parto prematuro, e infección neonatal. Tanto las infecciones gonocócicas como por clamidia pueden ser transmitidas directamente a los ojos del nonato y causarle ceguera.

Las clínicas de SSR/ planificación familiar están en una posición clave para proporcionar servicios de ITR/ITS porque:

- Con frecuencia son el único lugar donde las mujeres reciben atención en salud.
- Frecuentemente tienen la confianza de los/las clientes, sobre todo de las mujeres, como para discutir problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Pueden proporcionar servicios de tamizaje a las mujeres que acuden por los servicios de planificación familiar pero que además pueden tener una ITR/ITS.

- Las salas de espera de las clínicas ofrecen la oportunidad de educar en la prevención de las ITR/ITS.
- Los costos de agregar servicios de ITR/ITS a una clínica ya existente son menores que los de montar una clínica nueva.

Los servicios de ITR/ITS que pueda ofrecer una clínica de planificación familiar dependerán de los recursos disponibles. Entre los servicios pueden incluirse algunos o todos los siguientes:

- Educación sobre la prevención de las ITS y sobre el reconocimiento de los signos y síntomas de las ITR/ITS.
- Consejería en ITR/ITS.
- Tamizaje para ITR/ITS, incluyendo exámenes vaginales (ya sea de rutina o haciendo particular énfasis en quienes estén expuestos a alto riesgo).
- Manejo de las ITR/ITS, inclusive el tratamiento.
- Referencias a clínicas mejor equipadas para el manejo de las ITR/ITS.

2 Prevención

La prevención es la estrategia más importante para el control de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección por VIH (ver el capítulo 14). Esto se hace sobre todo a través de la educación. La propagación de las ITS está influenciada por varios factores, entre ellos comportamientos y actitudes sexuales y disponibilidad de las instalaciones para diagnóstico y tratamiento tempranos. Es importante tener en mente estos factores para poder diseñar e implementar programas efectivos dirigidos a prevenir la propagación de las ITS. Los programas de SSR/planificación familiar están en una buena posición para difundir información sobre los riesgos y complicaciones de las ITS, y para promover conductas de bajo riesgo. También pueden promover el uso de condones, no sólo para la prevención del embarazo sino también para la prevención de las ITS.

Las personas necesitan educación acerca de los síntomas y signos de las ITS, y necesitan tener confianza como para buscar tratamiento temprano cuando sea necesario. La educación sobre la prevención de las ITS puede ser incluida en las actividades educacionales de los programas de SSR/planificación familiar dentro y fuera de las clínicas. Los agentes comunitarios pueden desempeñar un papel clave en esto.

Cuadro 13.1—Métodos anticonceptivos y protección contra las ITS

Condón de látex	Es el método que mejor protege contra las ITS, incluyendo la infección por VIH, si se usa correcta y consistentemente. Los condones no protegen contra las infecciones por contacto con lesiones en la ingle que queden descubiertas.
Condón femenino	Aunque los datos clínicos son limitados, los estudios de laboratorio han mostrado que el condón femenino es una barrera efectiva no solamente para el esperma, sino también para bacterias y virus, incluyendo el VIH. El condón femenino es una alternativa para mujeres que desean protección cuando no es posible usar un condón masculino. El uso de condones femeninos está limitado por factores de costo.
Espermicidas	No protegen contra las ITS incluyendo el VIH; por lo tanto el uso de espermicidas por sí solos (i.e., sin protección de barrera adicional) no debe ser recomendado. Adicionalmente, los espermicidas que contienen nonoxynol-9 pueden inclusive aumentar el riesgo de infección en mujeres que usan estos productos de manera frecuente.
Diafragma	Si se utiliza en combinación con espermicidas, este método reduce la transmisión de algunas ITS. No se ha demostrado que proteja contra el VIH. El diafragma puede ser una alternativa si no es posible utilizar un condón.
Otros métodos	Los otros métodos no protegen contra las ITS, incluyendo el VIH. Las mujeres expuestas al riesgo de contraer ITS necesitan utilizar condones además de estos métodos.

No hay evidencia alguna de que los anticonceptivos per se aumenten la incidencia de las ITS; más bien es probable que la mayor incidencia se deba a cambios en los comportamientos sexuales. Lo que sí es evidente es que los condones protegen contra las ITS (ver Cuadro 13.1). Las personas que han seleccionado métodos que no les ofrecen protección contra las ITS deberían además usar condones cuando haya riesgo de transmisión de una ITS.

3 Manejo de las ITR/ITS

Hay 4 niveles de manejo para las ITR/ITS:

- Manejo sindrómico.
- Manejo sindrómico más manejo clínico.
- Manejo sindrómico más manejo clínico más algunas pruebas de laboratorio.
- Manejo clínico más pruebas de laboratorio (diagnóstico etiológico).

El nivel de manejo que se haga en cada lugar de prestación de servicios dependerá de los conocimientos y destrezas de los/as proveedores/as de servicios y de la disponibilidad de instalaciones de laboratorio.

3.1 Manejo sindrómico

El enfoque sindrómico basa el tratamiento en grupos de síntomas (quejas de el/la cliente) y signos (observaciones de el/la proveedor/a y de el/la cliente), los cuales pueden ser explicados por más de una posible infección. A estos grupos se les llama síndromes. Este enfoque requiere que los/as proveedores/as de servicios de atención a la salud conozcan los organismos causales más comunes para cada síndrome y el tratamiento antimicrobiano apropiado.

Un ejemplo de manejo sindrómico se aplica a las úlceras genitales indoloras, las cuales pueden ser causadas ya sea por chancroide o por sífilis. Los/as proveedores/as de servicio que utilicen el manejo sindrómico en áreas donde tanto el chancroide como la sífilis sean prevalentes, tratarán a los pacientes contra ambos organismos causales.

El manejo sindrómico permite a los/as proveedores/as de servicios ofrecer tratamiento aún en lugares donde no hay laboratorio o personal capacitado como para identificar el organismo causal específico. Los/as trabajadores/as de salud a nivel primario pueden iniciar el tratamiento inmediatamente, en vez de referir a el/la cliente a una clínica más completa, la cual puede no resultar fácilmente accesible.

En el manejo sindrómico los algoritmos de flujo son acompañados de orientación (que se proporcionan en este capítulo), dan instrucciones paso a paso a los/as proveedores/as de los servicios sobre como manejar y tratar las ITR/ITS.

Los síndromes de ITR/ITS más relevantes son:

- Flujo uretral.
- Úlcera genital.

- Flujo vaginal.
- Dolor abdominal bajo.

Evaluación del riesgo de ITS

La evaluación del riesgo de ITS es especialmente importante para el manejo sintromico del flujo vaginal.

Para valorar si una mujer está a riesgo de ITS, pregúntele lo siguiente:

- ¿Su compañero sexual tiene o ha tenido síntomas en los últimos 3 meses (ej: flujo uretral, dolor al orinar, o lesiones abiertas en cualquier parte del área genital)?
- ¿Hay alguna posibilidad de que su compañero haya tenido relaciones sexuales recientemente con alguien más?
- ¿Ella ha tenido relaciones sexuales con más de un compañero en las últimas 4 semanas?
- ¿Ella ha iniciado una nueva relación sexual recientemente?

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es afirmativa, o si la mujer tiene dudas obvias, ella debe ser considerada en riesgo de tener una ITS.

Una alternativa es no hacer las preguntas directamente, sino mencionarlas verbalmente durante una sesión de educación en grupo, o durante la consejería individual, y/o mostrarlas en un folleto o en un rotafolio. Luego se le pregunta individualmente a cada cliente si, basándose en esa información, ella cree que ha estado expuesta al riesgo. Si la cliente indica con certeza que ella está o no en riesgo, no se le debe preguntar más sobre esto. Si ella ha dicho que está en riesgo, o si tiene dudas, considérela en riesgo de tener una ITS.

Selección de medicamentos anti-microbianos

Puede guiarse por los siguientes parámetros para seleccionar medicamentos anti-microbianos para tratar cada síndrome de ITR/ITS:

- Prefiera medicamentos que sirvan para tratar más de un agente patógeno a la vez.
- Prefiera terapias de una sola dosis o dosis única.
- Tome en cuenta el costo de los distintos medicamentos.
- Utilice medicamentos que puedan almacenarse por bastante tiempo y en condiciones en que el programa sea capaz de hacerlo.
- Utilice medicamentos recomendados por el programa nacional de ITR/ITS.
- Evite utilizar medicamentos contra los cuales ya se haya establecido resistencia.

Los medicamentos seleccionados deben reflejar un equilibrio entre estos criterios. Por ejemplo, en algunas situaciones las mejores alternativas no son necesariamente los medicamentos más baratos. Es importante recordar que:

- Siempre debe proporcionarse el tratamiento completo. Un tratamiento incompleto puede no curar la ITR/ITS del cliente y puede producir resistencia a los medicamentos.
- Si la clínica no puede proporcionar los medicamentos, entregue al cliente una receta para que los compre.

Las páginas siguientes muestran los algoritmos de flujo y la orientación complementaria para el manejo sintomático de las ITR/ITS más relevantes.

Cuadro 13.2—Manejo sintomático del flujo uretral

Examine a los pacientes masculinos que se quejen de flujo uretral y/o de dolor al orinar, buscando evidencia de que haya flujo uretral. Si no se ve que haya flujo, haga un masaje suave a la uretra, empezando desde la base del pene hacia el orificio uretral, y observe si hay salida de flujo. Luego siga las instrucciones del diagrama de flujo (ver Figura 13.1).

Diagnóstico presuntivo: gonorrea y clamidia

Tratamiento sugerido:

Use cualquiera de los tratamientos de dosis única que se recomiendan para **la gonorrea**, basando la elección de antibiótico en la efectividad conocida localmente y en el precio (ver la Tabla 13.1).

Agregar: Doxiciclina, 100 mg vía oral 2 veces al día por 7 días;

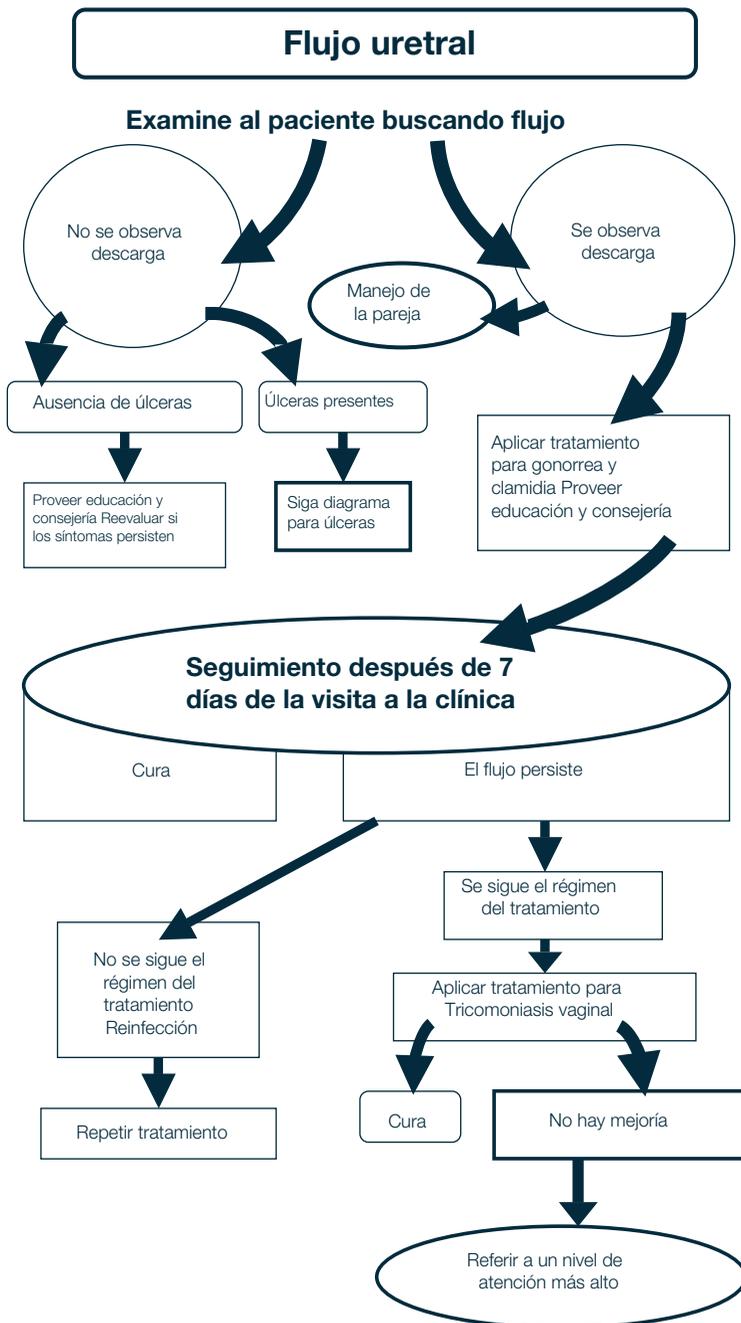
O azitromicina, 1 g vía oral dosis única;

O tetraciclina, 500 mg vía oral 4 veces al día por 7 días **para clamidia**.

Nota: La doxiciclina y otras tetraciclinas están contraindicadas durante el embarazo y la lactancia. Una dosis única de azitromicina es más barata que la tetraciclina.

Ponga énfasis en la importancia de completar el tratamiento, notificar a el/los compañero/s o compañera/s sexuales, y no tener relaciones sexuales hasta que tanto el paciente como su/s compañero/s o compañera/s hayan completado el tratamiento y todos los síntomas hayan desaparecido.

Figura 13.1 Flujo uretral



Cuadro 13.3—Tratamiento sintromico de úlcera genital

Registre todos los síntomas y examine a el/la paciente para confirmar la presencia de una úlcera genital.

Diagnóstico presuntivo: chancroide o sífilis

Tratamiento sugerido:

Penicilina benzatínica G para **la sífilis** 2.4 millones de unidades internacionales en 2 inyecciones intramusculares en la misma visita a la clínica; aplique una inyección en cada glúteo.

Agregar: Ciprofloxacina, 500 mg vía oral 2 veces al día por tres días;

O azitromicina 1 g vía oral dosis única;

O eritromicina, 500 mg vía oral, 4 veces al día por 7 días **para el chancroide**.

Nota: La ciprofloxacina está contraindicada en mujeres embarazadas o lactantes.

Si el/la cliente es alérgico/a a la penicilina, trate **la sífilis**: Ya sea con

tetraciclina 500 mg vía oral, 4 veces al día por 15 días;

O con doxiciclina 100 mg vía oral, 4 veces al día por 15 días.

Si la cliente es alérgica a la penicilina y está embarazada, trate tanto la **sífilis**

como el chancroide con: eritromicina 500 mg vía oral, 4 veces al día por 15 días.

Nota: Estos tratamientos sugeridos para la sífilis son solamente aplicables para sífilis temprana; los casos tardíos requieren evaluación especial y se necesita otro tratamiento.

Ponga énfasis en la importancia de completar todo el tratamiento, notificar a el/los compañero/s o compañera/s sexuales, y no tener relaciones sexuales hasta que tanto el paciente como su/s compañero/s o compañera/s hayan completado sus tratamientos y todos los síntomas hayan desaparecido.

Diagnóstico presuntivo: herpes genital

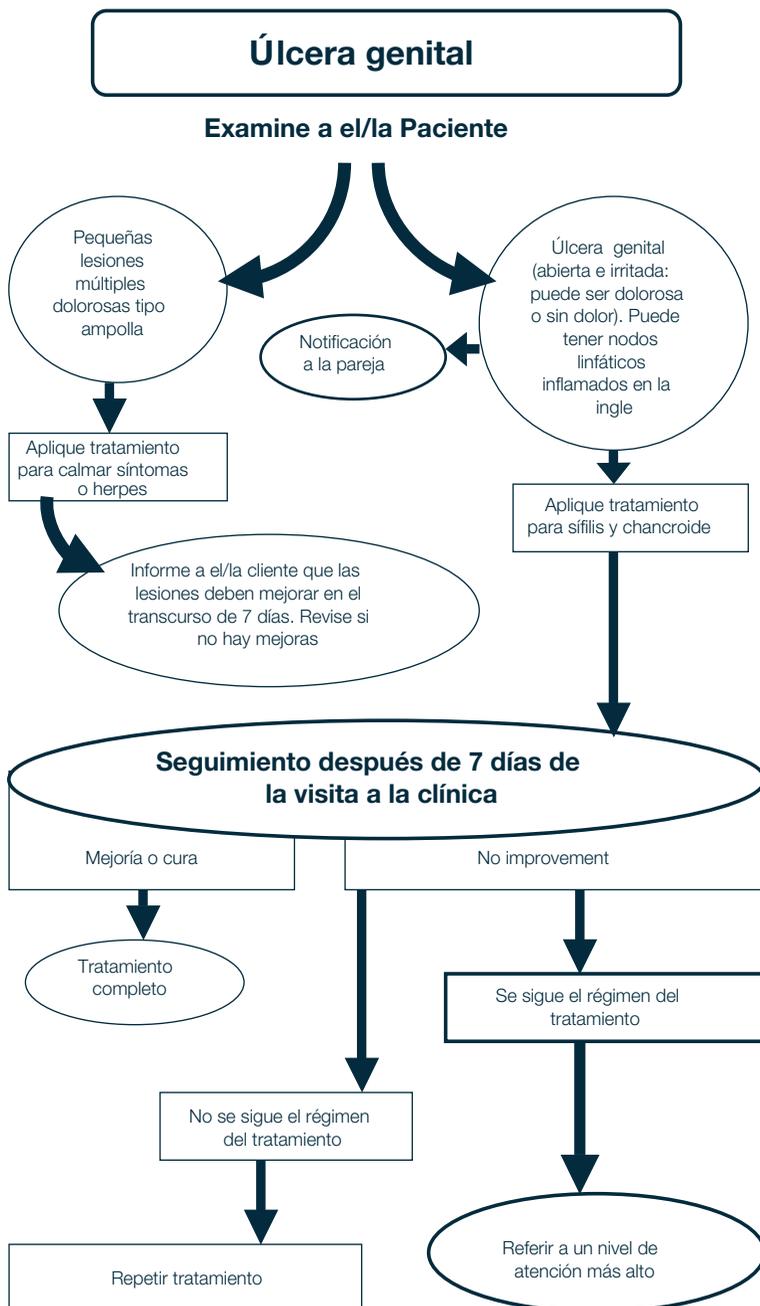
Tratamiento sugerido:

No hay cura para el herpes genital, pero los síntomas deben tratarse así:

recomiende a el/la cliente que se lave el área genital regularmente con agua y jabón. Recétele paracetamol (acetaminofén), aspirina, u otro medicamento analgésico similar.

Puede proporcionarse tratamiento con acyclovir si se encuentra disponible, según se indica en la Tabla 13.5.

Figura 13.2 Úlcera genital



Cuadro 13.4—Tratamiento sintromico de flujo vaginal

Haga una valoraci3n del riesgo de ITS y proceda conforme a ella, siguiendo lo indicado en la Figura 13.3. Las pautas que siguen presuponen que se har3 un examen con esp3culo. El examen con esp3culo debe ser parte de la capacitaci3n de los/as prestadores/as de servicios en los lugares donde se ofrezcan servicios de manejo de ITR/ITS a las clientes femeninas.

1. Tratamiento sugerido para la candidiasis:

Clotrimazol 500 mg tableta intravaginal, dosis 3nica;

O clotrimazol, 2 x 100 mg tableta intravaginal 1 vez al d3a por 3 d3as.

O miconazol, 2 x 100 mg supositorio intravaginal 1 vez al d3a por 3 d3as.

2. Tratamiento sugerido para tricomoniasis y para vaginosis bacteriana:

Metronidazol 2 g v3a oral, dosis 3nica para tricomoniasis, y metronidazol

400–500 mg v3a oral, 2 veces al d3a por 7 d3as para vaginosis.

Nota: No lo indique durante el primer trimestre del embarazo; retrase el tratamiento hasta el cuarto mes. Advierta a la cliente que evite el alcohol mientras est3 tomando metronidazol.

3. Tratamiento sugerido para gonorrea o para clamidia:

Utilice cualquiera de los tratamientos de dosis 3nica recomendados para gonorrea, basando la elecci3n en la efectividad conocida a nivel local y en el precio (ver la tabla 13.1).

Agregar: Doxiciclina, 100 mg v3a oral 2 veces al d3a por 7 d3as;

O azitromicina, 1 g v3a oral dosis 3nica;

O tetraciclina, 500 mg v3a oral, 4 veces al d3a por 7 d3as **para clamidia**.

Nota: No use doxiciclina y otras tetraciclinas durante el embarazo y la lactancia.

4. Tratamiento sugerido para candidiasis, gonorrea, y clamidia:

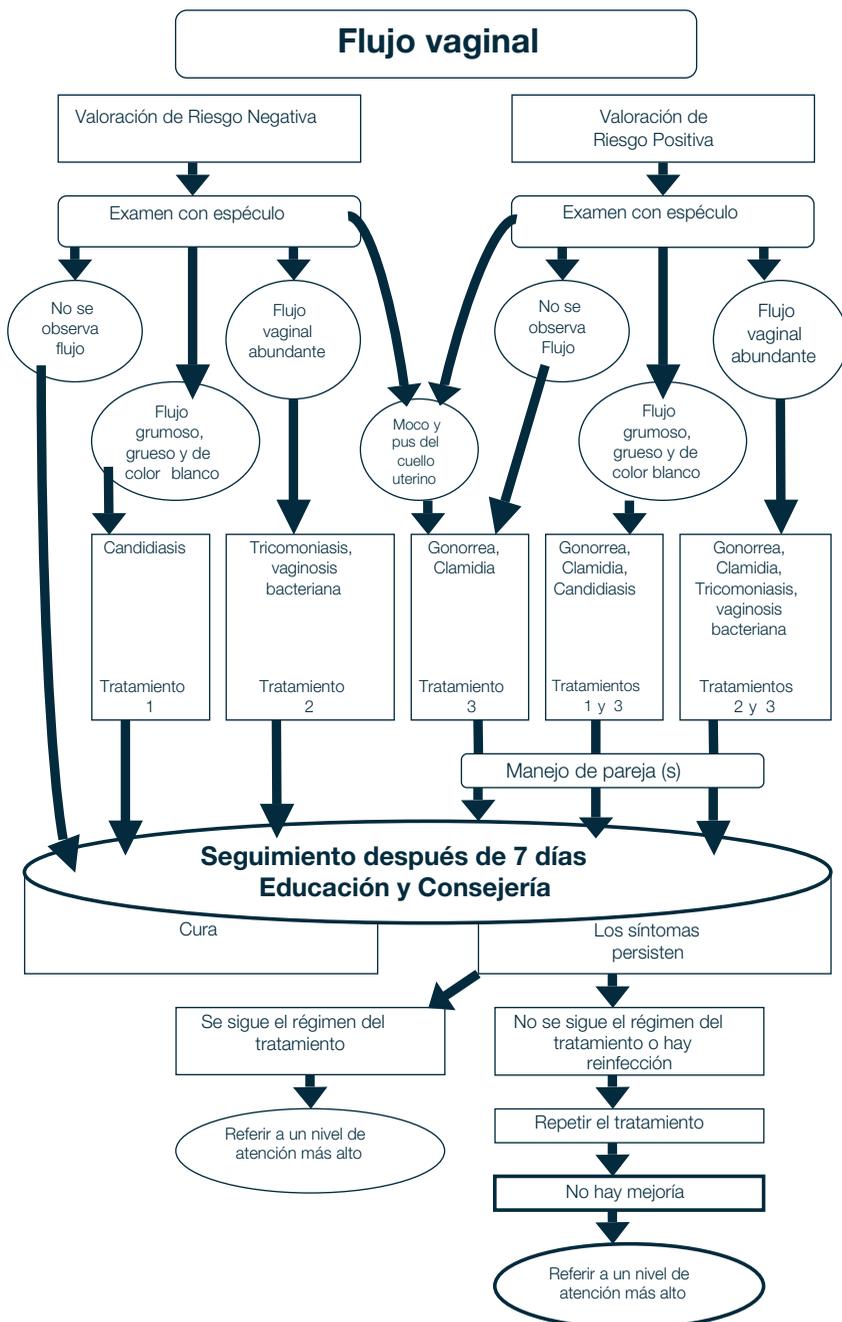
Utilice los tratamientos 1 y 3 arriba descritos.

5. Tratamiento sugerido para tricomoniasis, vaginosis bacteriana, gonorrea, y clamidia:

Utilice los tratamientos 2 y 3 arriba descritos.

Ponga 3nfasis en la importancia de completar todo el tratamiento, notificar a el/los compa3ero/s o compa3era/s sexuales, y no tener relaciones sexuales hasta que tanto el paciente como su/s compa3ero/s o compa3era/s hayan completado sus tratamientos y todos los s3ntomas hayan desaparecido.

Figura 13.3 Flujo vaginal



Cuadro 13.5—Tratamiento sintromico del dolor abdominal bajo

Idealmente, todos los casos de dolor en el abdomen deben ser manejados en instalaciones en donde puedan hacerse las investigaciones necesarias sin demora. Sin embargo, a veces no es fácil o práctico referir todos los casos de dolor abdominal a un nivel de atención más complejo. En esta situación, el manejo sintromico puede ser una práctica razonable (ver Figura 13.4).

Como regla general, utilice el manejo sintromico para el dolor abdominal solamente si la cliente se siente lo suficientemente bien como para ingerir comida y líquidos, caminar sin ayuda, tomar su medicina, y regresar para el seguimiento. Si no es así, refiérala a un nivel de atención más complejo.

Diagnóstico presuntivo: enfermedad inflamatoria pélvica

Tratamiento sugerido:

Utilice cualquiera de las terapias de dosis única recomendadas para la gonorrea simple (ver Tabla 13.1), basando la selección de antibiótico en la efectividad conocida localmente y en el precio.

O ceftriaxona, 250 mg dosis única vía inyección intramuscular.

Si la terapia de dosis única para gonorrea no está disponible, aplique trimethoprim 80 mg/ sulfamethoxazol 400 mg (co-trimoxazol), 10 tabletas vía oral una vez al día por 3 días y luego 2 tabletas vía oral dos veces al día por 10 días.

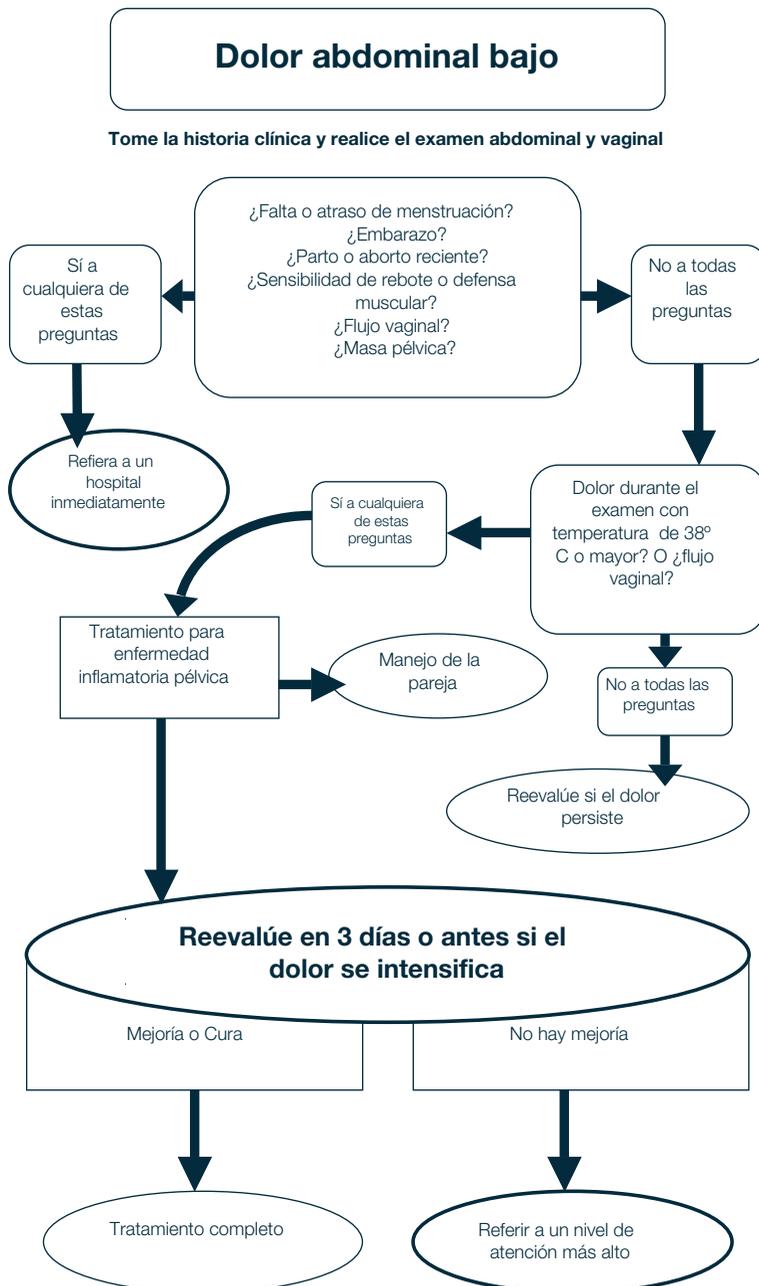
Agregar: doxiciclina 100 mg vía oral 2 veces al día por 14 días.

O tetraciclina, 500 mg 4 veces al día por 14 días:

Agregar: metronidazol, 400–500 mg vía oral, 2 veces al día por 14 días.

Ponga énfasis en la importancia de completar todo el tratamiento, notificar a el/los compañero/s o compañera/s sexuales, y no tener relaciones sexuales hasta que tanto el paciente como su/s compañero/s o compañera/s hayan completado sus tratamientos y todos los síntomas hayan desaparecido.

Figura 13.4 Dolor abdominal bajo



3.2 Manejo sindrómico y clínico

Además de utilizar el manejo sindrómico, los/as proveedores/as de servicios pueden confiar en su juicio clínico para excluir del síndrome a ciertos agentes causales. Esto puede disminuir el número de medicamentos requeridos para el tratamiento. Ver las Tablas 13.1–13.8, que describen las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de las infecciones que están incluidas en los síndromes.

Los/as prestadores/as de servicios con mayor experiencia en el manejo de las ITR/ITS pueden ser capaces de descartar algunos agentes patógenos como posibles agentes causales. Sin embargo, cuando los síntomas y signos no sean lo suficientemente típicos como para hacer un juicio clínico, es mejor proporcionar tratamiento basándose sólo en el enfoque sindrómico. Por ejemplo, si un clínico no está seguro acerca del diagnóstico de una úlcera genital, es preferible dar tratamiento para chancroide y para sífilis, en vez de tratar sólo una de las enfermedades.

3.3 Manejo sindrómico y clínico y pruebas limitadas de laboratorio

Donde se cuente con instalaciones de laboratorio limitadas, puede agregarse algunas pruebas al manejo sindrómico con juicio clínico, para excluir algunos organismos causales (ver las Tablas 13.1–13.8). Este proceso puede disminuir aún más el número de medicamentos requeridos para el tratamiento. En algunos casos, es posible hacer un diagnóstico específico (ej: si se usan pruebas serológicas para la sífilis y pruebas de microscopía para gonococo).

Para que un laboratorio, incluso uno que se limite a unas cuantas pruebas, sea eficaz en términos de costos, el personal que hace las pruebas de laboratorio debe ser competente. **A menos que el personal esté bien capacitado, las pruebas de laboratorio pueden resultar engañosas, y los manejos que resulten de ellas pueden ser menos efectivos que si se utilizara sólo el manejo sindrómico, o el manejo sindrómico respaldado por un juicio clínico.**

Al decidir si se debe contar con instalaciones de laboratorio limitadas, los administradores de los programas deben tomar en cuenta lo siguiente:

- Si hay suficiente demanda para este servicio.
- El costo de la capacitación inicial y continua para el personal.
- La inversión en equipo y en instalaciones físicas.

Si la demanda no es suficiente, la inversión financiera pudiera no justificarse, y el personal podría no tener suficiente práctica como para mantener al día sus habilidades.

Cuando no haya instalaciones para laboratorio, la clínica debe valorar la posibilidad de hacer pruebas serológicas para identificar casos asintomáticos de sífilis entre las mujeres. En este caso, la clínica puede tomar las muestras y enviarlas a laboratorios fuera de la clínica. Es esencial que todas las muestras sean tomadas, rotuladas y almacenadas correctamente, y sean transportadas siguiendo las pautas recomendadas.

3.4 Manejo clínico y pruebas de laboratorio (diagnóstico etiológico)

Cuando se cuente con instalaciones completas de laboratorio, será posible identificar el agente causal específico y proporcionar tratamiento específico para una ITR/ITS. Puede hacerse también pruebas de sensibilidad para guiar el tratamiento (ver las Tablas 13.1–13.8).

Algunos resultados de laboratorio pueden estar listos inmediatamente, haciendo posible empezar el tratamiento específico sin demora alguna. Sin embargo, algunas pruebas requieren varios días para contar con los resultados; en estos casos:

- Si los síntomas son leves, puede esperar a tener los resultados y luego dar el tratamiento.
- Si los síntomas son desde moderados hasta severos, puede empezar el tratamiento basándose en el enfoque sindrómico y manejo clínico. Para el seguimiento, cuando ya estén disponibles los resultados de laboratorio, revise el tratamiento y modifíquelo en caso de ser necesario.

Cualquier clínica que esté considerando la posibilidad de contar con un laboratorio bastante completo tiene que tomar en cuenta lo siguiente:

- Debe compararse el costo de hacer diagnósticos de laboratorio contra el costo de proporcionar tratamiento a algunos pacientes contra varios posibles organismos causales, como frecuentemente se requiere al utilizar el enfoque sindrómico. Cuando los recursos para la atención a la salud son limitados, los administradores de los programas deben valorar la posibilidad de referir los casos especiales a otras clínicas ya existentes que cuenten con laboratorios más completos.
- Además del factor costo, debe tomarse en cuenta la conveniencia para el cliente. El número de visitas requeridas para el tratamiento debe ser el menor posible. Para algunos clientes puede ser frustrante o inconveniente tener que regresar a la clínica a buscar los resultados de laboratorio antes de poder recibir tratamiento. Algunos clientes pueden ya no regresar a esas otras visitas y, por lo mismo, quedarse sin recibir el tratamiento.

4 Consejería e información

Generalmente a los/as clientes les resulta difícil hablar sobre ITR/ITS y sobre su actividad sexual, especialmente si el/la proveedor/a de servicios muestra dudas o vergüenza para abordar el tema. Los/as prestadores/as de servicio necesitan contar con las habilidades y actitudes para la comunicación, necesarias para sentirse cómodos/as al conversar con el cliente sobre su actividad sexual. Además, debe seguirse los siguientes lineamientos específicos sobre consejería para ITR/ITS:

- Su comportamiento debe mostrar consideración por los sentimientos del cliente; evite juzgar al cliente.
- Asegure a el/la cliente que se respetará su confidencialidad; si no se hace esto, el/la cliente puede no proporcionar toda la información necesaria, por temor a que lo que nos informe sea revelado a otras personas.
- Explique a los/as clientes por qué les está haciendo preguntas 'personales'.
- Tómese el tiempo suficiente para la consulta, sobre todo si el/la cliente está avergonzado/a.

Proporcione consejería a los/as clientes que tengan una ITR/ITS sobre la importancia de la prevención futura (ver la sección 2). También es necesario discutir sobre la necesidad de dar tratamiento a los/as compañeros/as sexuales (ver la sección 5). Por lo delicado de este asunto, y dado que a la mayoría de los/as clientes les resultará difícil hablar con sus compañeros/as sobre el problema, este tema debe discutirse detalladamente; advierta a los/as clientes que no todas las infecciones del tracto reproductivo se transmiten sexualmente, pero que es esencial que cada miembro de la pareja reciba tratamiento, para evitar las reinfecciones.

4.1 Instrucciones para los/as clientes

Proporcione instrucciones claras y en un lenguaje apropiado al nivel de preparación de el/la cliente. Aconséjele que:

- Tome todo el medicamento de la manera que se le indique, aun si los síntomas desaparecen.
- No tenga relaciones sexuales hasta haber completado el tratamiento y que hayan desaparecido los síntomas.
- No tenga relaciones sexuales hasta que su(s) compañero(s) o compañera(s) haya(n) recibido tratamiento; si esto no es posible, el/la cliente debe utilizar condones.
- Regrese a la clínica para asegurarse que está completamente curado/a.

Si es posible, entregue a el/la cliente por escrito la información e instrucciones relevantes.

Anime a el/la cliente a hacer preguntas para aclarar cualquier duda, y solicítele que repita las instrucciones básicas, para asegurarse que las ha comprendido

5 Notificación a la pareja

El propósito de notificar a el/los/las compañero(s) o compañera(s) sexual(es) de el/la cliente es dar tratamiento a todas las personas que muy probablemente también tengan una ITR/ITS, y para evitar que el/la cliente sea re infectado/a. La notificación a los/as compañeros/as puede resultar difícil por varias razones:

- El concepto de notificar a su compañero/a sexual puede ser amenazador para el/la cliente. Es importante respetar los deseos de el/la cliente y mantener su confianza. Los/as proveedores/as de servicio tienen que reconocer que a muchos/as clientes les da tanto temor notificar a sus compañeros/as sexuales que no proporcionarán información a menos que la clínica se haya ganado una buena reputación por mantener la confidencialidad.
- A muchos/as clientes, sobre todo a las mujeres, les resulta muy difícil hablar de este problema con sus compañeros/as sexuales.
- Algunos/as compañeros/as sexuales no creen en la posibilidad de estar enfermos/as, sobre todo si no tienen síntomas, por lo que se niegan a acudir en busca de tratamiento.
- Algunos/as clientes pueden no saber el nombre o dirección de sus compañeros/as sexuales, o pueden dar (o haber recibido) nombres y direcciones falsos.
- Algunas direcciones pueden ser difíciles de encontrar.

Los/as proveedores/as de servicios deben escoger uno de los siguientes enfoques, dependiendo de las características del cliente y de las circunstancias del caso:

- *Un sistema de notificación y referencia a cargo del cliente:*
 - Algunos clientes pueden tener suficiente confianza como para hablar directamente con su(s) compañero(s) o compañera(s) y referirles para manejo de la ITR/ITS.
 - Se le pide a el/la cliente que traiga o envíe a su(s) compañero(s) o compañera(s) a la clínica. Si es posible, debe dársele algún documento de referencia para que lo entregue a su(s) compañero(s) o compañera(s) sexual(es).
 - Puede recomendarles otra clínica si ello resulta más conveniente a el/la compañero/a sexual.
- *Un sistema de tratamiento a cargo del cliente:* Algunos/as clientes saben de antemano que su(s) compañero(s) o compañera(s) sexual(es) no acudirán a recibir manejo para la ITR/ITS, pero están dispuestos/as a llevarle(s) el tratamiento. Entregue al cliente suficientes medicamentos o recetas para su(s) compañero(s) o compañera(s).

- *Un sistema de notificación a cargo del proveedor:* Algunos/as clientes prefieren que sea la clínica quien se ponga en contacto con su(s) compañero(s) o compañera(s) sexual(es). Pida a los clientes los nombres y direcciones de esa(s) persona(s) y trate de contactarles por teléfono, correo, o por visita domiciliaria.
- *Sistemas combinados:* En muchos casos se requiere más de un enfoque. Por ejemplo, si un/a cliente ofrece notificar a su compañero/a, puede esperarse un tiempo razonable (alrededor de una semana), y si al cabo de ese tiempo el/la compañero/a no ha acudido en busca de tratamiento, entonces intente otra manera de notificarle.

Cuando un/a compañero/a sexual acuda a la clínica, déle tratamiento para la misma ITR/ITS que tenía el/la paciente inicial. Si se cuenta con acceso a instalaciones de laboratorio, déle tratamiento para la infección inicial y también tome muestras para hacer pruebas para otras ITR/ITS.

Los sistemas de notificación a cargo de los/as proveedores/as de servicios pueden lograr que acudan a buscar tratamiento hasta el triple de compañeros que los sistemas de notificación y tratamiento a cargo de los/as clientes; pero estos sistemas son más caros, y la mayoría de las clínicas no tienen suficiente personal para hacer las visitas. A pesar de las limitaciones, a veces puede justificarse el uso de estos sistemas para ITR/ITS serias (ej.: sífilis o infección por VIH), o cuando se trate de personas que han sido mencionadas como compañeros/as sexuales por muchos pacientes con ITR/ITS (a estas personas se les llama *núcleos de transmisión*).

6 Atención de seguimiento

Cuando los/as clientes regresen para su seguimiento, pregúnteles lo siguiente:

- ¿Tienen algún síntoma de ITR/ITS?
- ¿Han completado su régimen de tratamiento?
- ¿Sus compañeros/as han recibido tratamiento?

Déles consejería sobre la prevención futura de las ITR/ITS.

6.1 Falla del tratamiento

El manejo y tratamiento de las ITR/ITS puede fallar por cualquiera de las siguientes razones:

- El/la cliente puede no haber tomado el tratamiento completo.
- El/la cliente puede haber sido reinfectado porque su compañero/a no fue tratado/a.
- El organismo causal puede ser resistente al régimen terapéutico empleado.

- El tratamiento puede no haber sido el apropiado. El manejo sintromico no trata todos los organismos causales, por ejemplo a los causantes de algunas infecciones poco comunes (ej.: el linfogranuloma venereo, o la donovanosis, que ocasionan ulceras).

Si los/las clientes no han cumplido el regimen de tratamiento, proporcioneles más tratamiento y consejeria.

Si el/la cliente ha sido re infectado por su companero/a, proporcionele más tratamiento y nuevamente ponga énfasis en la importancia de dar tratamiento a el/la companero/a. Ofrezca a el/la cliente cualquier ayuda que sea posible para que su companero/a reciba tratamiento.

7 Administración de los servicios

Los/as administradores/as de los programas tienen que decidir cual será el nivel de apoyo que los programas de SSR/planificación familiar darán a la prevención y tratamiento de las ITR/ITS. Esto dependerá en gran medida de la disponibilidad de recursos financieros y humanos.

Como mínimo, siempre deberá proporcionarse educación para la prevención y referencias hacia donde haya servicios adecuados. Sin embargo, el enfoque sintromico amplía las posibilidades de que cualquier instalación, en donde se proporcione servicios de SSR/planificación familiar, pueda brindar servicios para el manejo y tratamiento de las ITR/ITS.

El éxito de las actividades para la prevención y manejo de las ITR/ITS requiere de una planificación cuidadosa y una administración eficiente. Los siguientes aspectos deben ser cubiertos adecuadamente:

- Administración.
- Capacitación.
- Guías de servicio.
- Sistema de referencias.
- Monitoreo y supervisión.

7.1 Administración

Los/as administradores/as deben asegurarse de que el programa tenga los recursos necesarios para cumplir adecuadamente con su compromiso para la prevención y tratamiento de las ITR/ITS.

Personal

Es necesario determinar si el personal actual es suficiente para hacerse cargo de las diversas actividades relacionadas con la prevención y tratamiento de las ITR/ITS. Estas actividades incluyen: educación, consejería, manejo clínico de los casos, seguimiento, rastreo de los contactos, y pruebas de laboratorio (esto último no es necesario en clínicas que usen el manejo sindrómico).

Instalaciones físicas

Es necesario hacer una valoración de las instalaciones físicas, para asegurar que el espacio disponible sea suficiente para acomodar al personal, equipo y clientes adicionales. En algunos casos puede ser necesario reorganizar la asignación de espacios. Es importante recordar que la prevención y tratamiento de las ITR/ITS requiere de la disponibilidad de espacio adecuado para actividades educativas y áreas privadas para la consejería. Estos espacios ya deberían existir en las clínicas de SSR/planificación familiar adecuadamente organizadas.

Puede resultar conveniente proporcionar servicios de ITR/ITS a la vez que se proporcionan servicios de planificación familiar u otros componentes de la salud sexual y reproductiva, para que quienes consultan por ITR/ITS lo puedan hacer con la confianza de que terceras personas no sabrán el motivo de su consulta.

Puede ser necesario asignar un horario especial para atender las necesidades de algunos grupos tales como adolescentes y hombres adultos. Los/as adolescentes de uno y otro sexo pueden sentirse inhibidos para solicitar consejería y/o servicios de ITR/ITS en una clínica de planificación familiar que normalmente proporciona servicios a clientes adultos. En cuanto a los contactos masculinos de una mujer con una ITS, es más probable que acudan a la clínica si pueden hacerlo en un horario especial en que no tengan que mezclarse con la clientela femenina.

Equipo

Exceptuando las instalaciones de laboratorio, el equipo requerido para el manejo de las ITR/ITS normalmente se encuentra disponible en las clínicas de SSR/planificación familiar (básicamente espéculos, guantes, jeringas y agujas). Los administradores de los programas deben asegurarse que este equipo esté disponible en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades del programa.

Material educativo

Al igual que para la SSR/planificación familiar, los administradores deben asegurarse que haya disponibilidad de materiales educativos tales como carteles, rotafolios, volantes y videos para la educación en la prevención de las ITR/ITS. También se necesita material escrito para enfatizar a las personas que tengan una ITR/ITS sobre la importancia de completar su tratamiento, de referir a sus compañeros/as a la clínica, de cómo protegerse contra la reinfección, y sobre qué

hacer si los síntomas persisten. Estos materiales deben estar escritos en un lenguaje fácilmente comprensible para los/as clientes y tan consistente como sea posible con su nivel cultural.

Suministros

Los/as administradores de los programas deben asegurarse de que haya disponibilidad de los antibióticos y otros medicamentos requeridos para el tratamiento de las ITR/ITS en todos los lugares donde se proporcione dicho tratamiento. Es necesario contar con un sistema eficiente para anticipar las necesidades del programa y decidir sobre el tipo de antibióticos con que se contará (ver la sección 3.1: Selección de medicamentos antimicrobianos).

El sistema de suministros funcionará más eficientemente si en el programa se pone a la disposición sólo un rango limitado de los antibióticos más adecuados; esto, en vez de contar con una gran variedad de ellos. Esta práctica simplificará los procesos para anticipar las cantidades de medicamentos que serán necesarias, así como la distribución y el almacenamiento de los suministros. También, esto facilita la familiarización de los/as prestadores/as de servicios con los regímenes de tratamiento. Si un régimen terapéutico específico no cura la ITR/ITS, los/as proveedores/as pueden referir a el/la cliente a otro lugar que proporcione una gama más amplia de servicios, o pueden proporcionar a el/la cliente una receta para que pueda comprar los antibióticos que no estén disponibles en el centro de prestación de servicios.

7.2 Capacitación

Es esencial la capacitación previa al servicio y la capacitación en el puesto de trabajo para los/as proveedores/as, para asegurar la eficiencia y la calidad de los servicios de ITR/ITS.

La capacitación debe tener como objetivo el desarrollo de los conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para proporcionar educación y servicios en un ambiente sensible y solidario.

La capacitación debe incluir los siguientes aspectos:

- Comunicación interpersonal.
- Los mecanismos de transmisión de las enfermedades.
- La magnitud del problema de las ITR/ITS.
- Los diversos tipos de ITR/ITS.
- Cómo proporcionar tratamiento.

Dependiendo de las características del personal y de los recursos del programa, los/as proveedores/as de servicios deben ser capacitados/as al nivel apropiado para el manejo de las ITR/ITS (ver la sección 3). La capacitación debe proveerse enmarcada dentro de los conceptos de calidad de atención, para asegurar que los/as prestadores/as de servicios tengan una actitud positiva hacia todos los miembros de la comunidad, a quienes les proporcionarán educación y servicios, incluyendo a quienes puedan estar expuestos a un alto riesgo de tener una ITS o haberla contraído (ver el capítulo 1: Derechos de los/as clientes y necesidades de los/as proveedores).

7.3 Pautas

Establezca por escrito las políticas y procedimientos para la prevención y manejo de las ITR/ITS. Estas pautas deben estar presentadas en un lenguaje y formato que faciliten su comprensión por todo el personal del programa a quienes conciernen.

- Las pautas deben estar en un lugar accesible para todo el personal, y deben ser discutidas periódicamente.
- Las pautas deben hacer énfasis en ciertos patógenos específicos que puedan ser de alta prevalencia en el área. También deben tomar en cuenta la sensibilidad y resistencias conocidas de los patógenos a los diversos regímenes de tratamiento.
- Algunos de los procedimientos delineados en las pautas (ej: diagramas de flujo para el manejo sindrómico de las ITR/ITS) pueden ser presentados en carteles y colocados donde se lleven a cabo las tareas relevantes.
- Las pautas deben ser utilizadas o debe hacerse referencia a ellas durante las actividades de capacitación y supervisión.

Las guías deben ser revisadas con regularidad para asegurarse que los procedimientos diagnósticos y los regímenes terapéuticos que en ellas se recomienden sigan siendo adecuados.

7.4 Sistemas de referencia

En todo programa que trabaje en la prevención y manejo de las ITR/ITS es esencial contar con un sistema de referencias eficiente. Si bien quienes padecen una ITR/ITS necesitan tener acceso fácil a los servicios, no es realista esperar que todos los centros de prestación de servicios puedan contar con una gama completa de estos servicios. Es necesario tener un sistema mediante el cual las personas que requieran de instalaciones especiales para su diagnóstico y tratamiento puedan moverse desde un nivel básico de servicios, como las clínicas que trabajan con un enfoque sindrómico, hacia un servicio más completo, como los que pueden proporcionar manejo clínico con pruebas de laboratorio.

El sistema de referencias debe basarse en los vínculos entre distintas instituciones así como entre distintos niveles de atención dentro de la misma institución. El desarrollo de estos vínculos es responsabilidad de los/as administradores/as.

7.5 Monitoreo y supervisión

El monitoreo y supervisión de las actividades educativas y de servicios son importantes para garantizar la eficiencia del programa, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. El monitoreo y supervisión adecuados, también ayudan al programa a identificar áreas que necesitan un mayor énfasis, y deben alentar al personal a ser innovador y creativo en todas las tareas requeridas para la prevención y el tratamiento de las ITR/ITS.

Tabla 13.1—Características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la gonorrea

Organismo causal	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Período de incubación	1 a 14 días. La mayoría de los síntomas aparecen en 2 a 5 días.
Síntomas y signos en la mujer	Frecuentemente no hay síntomas. La mujer puede quejarse de flujo vaginal, dolor al orinar, manchado después de las relaciones sexuales, dolor en el bajo abdomen, o síntomas de enfermedad pélvica inflamatoria. Al examinar es posible ver la uretra inflamada, y/o la prevalencia de flujo vaginal o cervical.
Síntomas y signos en el hombre	Flujo uretral, dolor al orinar.
Transmisibilidad	50% al 90% de las mujeres que tienen relaciones sexuales con un hombre infectado se infectan con un sólo contacto sexual; 20% de los hombres que tienen relaciones sexuales con una mujer infectada se infectan con un sólo contacto sexual, 60% a 80% después de 4 contactos. Una vez desaparecida la uretritis, la mayoría de hombres no son contagiosos. 2% al 50% de los bebés expuestos durante el parto desarrollan infección ocular (ophtalmia neonatorum).
Diagnóstico	Por observación de diplococos intracelulares Gram-negativos al examen microscópico directo de secreción uretral o endocervical teñida al Gram; o cultivo de la muestra.
Tratamiento	Se recomienda aplicar terapia dual para infecciones de gonorrea y clamidia en áreas en donde la prevalencia de infecciones de clamidia es alta.

Continúa

Tabla 13.1—Continúa

Tratamiento (Continúa)	<p>Dosis única: ciprofloxacina 500 mg vía oral (contraindicada durante el embarazo); <i>O</i> cefixima 400 mg vía oral; ceftriaxona 125 mg inyección intramuscular (a una dosis de 125 mg de ceftriaxona es más efectiva que 400 mg de cefixima, pero la cefixima tiene la ventaja de ser administrada oralmente mientras que la ceftriaxona se aplica intramuscularmente); <i>O</i> espectinomocina 2 gr inyección intramuscular; <i>O</i> azitromicina 2 gr vía oral (la azitromicina tiene la ventaja de ser efectiva contra la clamidia, pero a una dosis de 2 gr vía oral causa malestar gastrointestinal y es un medicamento caro; 1 gr no se recomienda para la gonorrea); <i>O</i> kanamicina, 2 gr inyección intramuscular.¹</p> <p>Dosis múltiples: trimetoprim 80 mg/ sulfametoxazol 400 mg (cotrimoxazol), 10 tabletas vía oral una vez al día por 3 días.¹</p>
Complicaciones si la infección no es tratada en la mujer	<p>Produce salpinguitis en 10% a 20% de las mujeres, lo que puede resultar en infertilidad o una mayor incidencia de embarazo ectópico. Otras complicaciones incluyen endometritis, cervicitis, uretritis, y bartolinitis. La infección puede diseminarse por vía sanguínea, resultando en fiebre, erupción cutánea, y artritis.</p>
Complicaciones si la infección no es tratada en el hombre	<p>Uretritis y epididimitis. Sin tratamiento hasta un 20% de los hombres infectados desarrollan epididimitis, que puede resultar en infertilidad. También puede causar constricción uretral. La infección puede diseminarse por vía sanguínea, resultando en fiebre, erupción cutánea, y artritis.</p>

¹Útilice en áreas en donde la posibilidad de la resistencia al medicamento pueda ser descartada.

Tabla 13.2—Características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la clamidia

Organismo causal *Chlamydia trachomatis* (serovirus D al K).

Período de incubación 7 a 21 días

Síntomas y signos en la mujer Con frecuencia no hay síntomas. La mujer puede quejarse de flujo vaginal, dolor al orinar, manchado después de tener relaciones sexuales, dolor en el bajo abdomen, o síntomas de enfermedad pélvica inflamatoria. Al examen, se puede ver la prevalencia de flujo vaginal o cervical; y, frecuentemente, el cuello uterino se ve enrojecido y sangra con facilidad.

Síntomas y signos en el hombre Flujo uretral, dolor al orinar. Puede no ocasionar síntomas.

Transmisibilidad Se transmite entre compañeros/as sexuales independientemente si hay o no síntomas. 60% a 70% de los infantes expuestos durante el nacimiento, desarrollan infección respiratoria, neumonía, u oftalmía por clamidia (infección ocular).

Diagnóstico *Presuntivo:*
Evidencia clínica de cervicitis y ausencia de diplococos Gram negativos al examen microscópico directo (de secreción teñida al Gram).

Definitivo:
Pruebas serológicas o cultivos.

Continúa

Tabla 13.2—Continúa

Tratamiento	<p>Doxiciclina 100 mg vía oral, 2 veces al día por 7 días; <i>O</i> azitromicina, 1 gr vía oral en dosis única (aunque la doxiciclina es más económica que la azitromicina, esta última tiene la ventaja de ser administrada en una dosis única, lo cual es una consideración importante cuando el cumplimiento del régimen puede ser un problema); <i>O</i> tetraciclina 500 mg vía oral, 4 veces al día por 7 días; <i>O</i> ofloxacina 300 mg vía oral 2 veces al día por 7 días; <i>O</i> amoxicillina 500 mg vía oral 3 veces al día por 7 días.</p> <p>Nota: La doxiciclina, otras tetraciclinas y la ofloxacina están contraindicadas durante el embarazo y la lactancia.</p>
Complicaciones si la infección no es tratada en la mujer	<p>Puede causar enfermedad pélvica inflamatoria, salpinguitis, y endometritis, lo que puede resultar en infertilidad o en un mayor riesgo de embarazo ectópico. También puede causar cervicitis, uretritis, y bartolinitis (infección de las glándulas de Bartolin). En mujeres embarazadas puede causar ruptura prematura de membranas y parto de pre-término.</p>
Complicaciones si la infección no es tratada en el hombre	<p>Puede causar uretritis y epididimitis, lo que puede resultar en infertilidad. Es la causa del 35% al 50% de las uretritis no gonocócicas en hombres heterosexuales.</p>

Tabla 13.3—Características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la sífilis

Organismo causal	<i>Treponema pallidum</i> .
Período de incubación	10 a 90 días; promedio 21 días.
Síntomas y signos tempranos en la mujer.	Úlcera indolora (chancro) en el lugar de la exposición, que puede ser vulva, cuello uterino, nariz, boca o ano. En las mujeres las lesiones internas pueden pasar desapercibidas, y el primer síntoma aparente puede ser la erupción cutánea relacionada con la sífilis secundaria.
Síntomas y signos tempranos (hombre).	Úlcera indolora en el pene, nariz, boca, testículo o ano.
Transmisibilidad	30% a 60% de compañeros/as sexuales se infectan con un solo contacto sexual. La infección puede transmitirse de la madre al feto a través de la placenta a partir de la novena semana de embarazo en dos tercios o más de los embarazos, causando aborto espontáneo, o muerte intrauterina o neonatal en 40% de los casos; de otra forma ocasiona sífilis congénita.
Diagnóstico	Microscopía de campo oscuro de la secreción de una lesión primaria o secundaria, o pruebas serológicas Ensayo de Reagente Rápido de Plasma (RPR) o Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL).

Continúa

Tabla 13.3—Continúa

Tratamiento de la sífilis temprana	<p>Penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades internacionales en dos inyecciones intramusculares en la misma visita; administrar una inyección en cada glúteo. Ó penicilina G procaínica acuosa 1.2 millones de unidades internacionales diariamente vía inyección intramuscular por 10 días.</p> <p><i>Para pacientes alérgicos a la penicilina no embarazadas:</i> doxiciclina 100 mg vía oral 2 veces al día por 15 días; O tetraciclina 500 mg vía oral 4 veces al día por 15 días.</p> <p><i>Pacientes embarazadas alérgicas a penicilina:</i> eritromicina 500 mg vía oral 4 veces al día por 15 días.</p>
Complicaciones si la infección temprana no es tratada	<p>La sífilis primaria temprana pasa a sífilis secundaria y temprana latente.</p> <p>La lesión dolorosa sana en unas semanas; luego aparece una erupción cutánea sin picazón, malestar general, fiebre, linfadenopatía generalizada, hepatitis, artritis, y /o caída del cabello, en los días, semanas o meses después de desaparecer la lesión no dolorosa. Estos síntomas duran varias semanas u ocasionalmente meses.</p> <p>Si continúa sin tratamiento, un 25% de los casos pasa a sífilis tardía (no contagiosa); se desarrollan gomas (lesiones grandes) en los tejidos blandos o en las vísceras, neurosífilis, y sífilis cardiovascular, de 1 a 20 años después (a veces hasta 40 años después).</p> <p>La neurosífilis sintomática y la sífilis cardiovascular, si no reciben tratamiento, con frecuencia son fatales.</p>

Tabla 13.4—Características clínicas, diagnóstico y tratamiento del chancroide

Organismo causal	<i>Haemophilus ducreyi</i> .
Período de incubación	Generalmente de 3 a 7 días; puede ser hasta 10 días.
Síntomas y signos en la mujer	Úlceras de forma irregular, dolorosas, en la entrada vaginal y alrededor del ano. Pueden causar dolor al orinar o defecar, sangrado rectal, dolor durante las relaciones sexuales, o flujo vaginal. Puede no haber síntomas.
Síntomas y signos en el hombre	Úlceras de forma irregular, dolorosas, en el pene y/o sensibilidad en la ingle.
Transmisibilidad	Los pacientes son contagiosos mientras tengan úlceras. No hay transmisión de madre al feto ni durante el parto.
Diagnóstico	<p><i>Presuntivo:</i> Características clínicas, especialmente las úlceras dolorosas (las úlceras sifilíticas no suelen ser dolorosas), y descartar sífilis por medio de análisis de laboratorio.</p> <p><i>Definitivo:</i> Observación de cocobacilos Gram negativos en cadenas al examen microscópico directo (teñido al Gram), o por cultivos.</p>

Continúa

Tabla 13.4—Continúa

Tratamiento ¹	<p>Ciprofloxacina 500 mg vía oral 2 veces al día por 3 días (contraindicada durante el embarazo y la lactancia); <i>O</i> ceftriaxone 250 mg en inyección intramuscular como dosis única; <i>O</i> azitromicina, 1 gr vía oral como dosis única; <i>O</i> eritromicina, 500 mg vía oral 4 veces al día por 7 días.</p> <p>Nota: la azitromicina es más efectiva y económica que la eritromicina y consiste en un tratamiento de dosis única.</p>
Complicaciones si la infección no es tratada	<p>Las úlceras desaparecen sin tratamiento, usualmente al cabo de aproximadamente un mes, pero pueden durar hasta 12 semanas. Causa bubones inguinales (linfadenopatía inguinal) en hasta la mitad de los/as pacientes infectados/as.</p>

¹En pacientes con infección por VIH, los tratamientos sin eritromicina frecuentemente parecen no tener efecto, y puede necesitarse tratamientos más prolongados.

Tabla 13.5—Características clínicas, diagnóstico y tratamiento del herpes

Organismo causal	Virus Herpes simplex (VSH) tipos 1 y 2
Período de incubación	1 a 26 días; en promedio 6 a 7 días.
Síntomas y signos en la mujer	<p>Vesículas dolorosas, dentro y alrededor de la vagina, alrededor del ano o en los muslos. El dolor puede ser más intenso en la mujer que en el hombre. Puede causar dolor al orinar, flujo vaginal acuoso, cervicitis o proctitis.</p> <p>Los síntomas sistémicos pueden incluir cefalea, dolor de espalda, fiebre, y malestar general.</p> <p>Hasta un 70% de casos son asintomáticos. El primer episodio cede en 2 a 4 semanas.</p>
Síntomas y signos en el hombre	<p>Lesiones dolorosas en el pene. Puede causar flujo uretral o dolor al orinar. Los síntomas sistémicos pueden incluir cefalea, dolor de espalda, fiebre, y malestar general.</p>
Síntomas subsecuentes hombres en y mujeres	<p><i>Episodios recurrentes:</i> la mitad de las personas infectadas tienen recurrencias. Comparadas con el primer episodio, las recurrencias comprenden lesiones más pequeñas y en menor número, y los síntomas sistémicos son menos frecuentes. Puede haber dolor, adormecimiento o cosquilleo, en los glúteos, piernas o caderas, antes de un brote.</p>
Transmisibilidad	<p>La transmisión a un/a compañero/a sexual ocurre más frecuentemente durante la fase sintomática, pero también puede ocurrir durante la fase asintomática. La transmisión de la madre a el/la infante es muy probable si la madre tiene una infección primaria durante el trabajo de parto. En muchos centros recomiendan el parto por cesárea. La mortalidad entre infantes con infección por virus herpes simplex es alta.</p>

Continúa

Tabla 13.5—Continúa

<p>Diagnóstico</p>	<p><i>Presuntivo:</i> Por evidencia clínica, y con frecuencia por exclusión.</p> <p><i>Definitivo:</i> Por cultivo de tejido.</p>
<p>El tratamiento es sólo para los síntomas. No hay cura, y los pacientes tienen episodios recurrentes.</p>	<p>Recomiende a los/as clientes que se laven el área genital regularmente con agua y jabón. Recételes paracetamol (acetaminofén), aspirina, u otro analgésico similar. Si se cuenta con aciclovir, puede recetarse así: <i>Primer episodio:</i> aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día por 7 días. <i>Recurrencias:</i> aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día por 5 días.</p>

Tabla 13.6—Características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la tricomoniasis

Organismo causal	<i>Trichomonas vaginalis</i> .
Período de incubación	3 a 28 días.
Síntomas y signos en la mujer	Flujo vaginal espumoso, verde o amarillo, abundante, maloliente, acompañado de picazón y dolor al orinar, o dolor en las relaciones sexuales.
Síntomas y signos en el hombre	Generalmente no hay síntomas, pero puede haber flujo uretral, dolor al orinar o picazón.
Transmisibilidad	Se infecta hasta el 85% de las compañeras sexuales de los hombres infectados. Se infecta hasta el 30 % a 40% de los compañeros sexuales de las mujeres infectadas. Se infectan durante el parto alrededor del 5% de las niñas que nacen de mujeres infectadas.
Diagnóstico	Observación del movimiento flagelar del parásito en el examen microscópico directo de un frotis de secreción vaginal o de sedimento urinario, preparado con solución salina. Cultivo de secreción vaginal (mujeres), o de muestra de orina (hombres).

Continúa

Table 13.6—Continúa

Tratamiento	Metronidazol 2 gr vía oral en una sola dosis. O metronidazol 400–500 mg vía oral 2 veces al día por 7 días.
	<p>Nota: No indique metronidazol durante el primer trimestre del embarazo; posponga el tratamiento hasta el cuarto mes. Advierta a los/as pacientes que estén tomando metronidazol que eviten el alcohol, ya que provoca vómitos. No se recomienda el uso de metronidazol en gel ya que es considerablemente menos eficaz para el tratamiento de la tricomoniasis que las preparaciones orales.</p>
Complicaciones si la infección no es tratada en la mujer	Sin tratamiento los síntomas pueden durar años. Los síntomas empeoran durante y después de la menstruación. En la mayoría de casos no hay complicaciones ni secuelas.
Complicaciones si la infección no es tratada hombre	La mayoría de casos se resuelven espontáneamente. Entre las secuelas se incluye uretritis, prostatitis, e infertilidad.

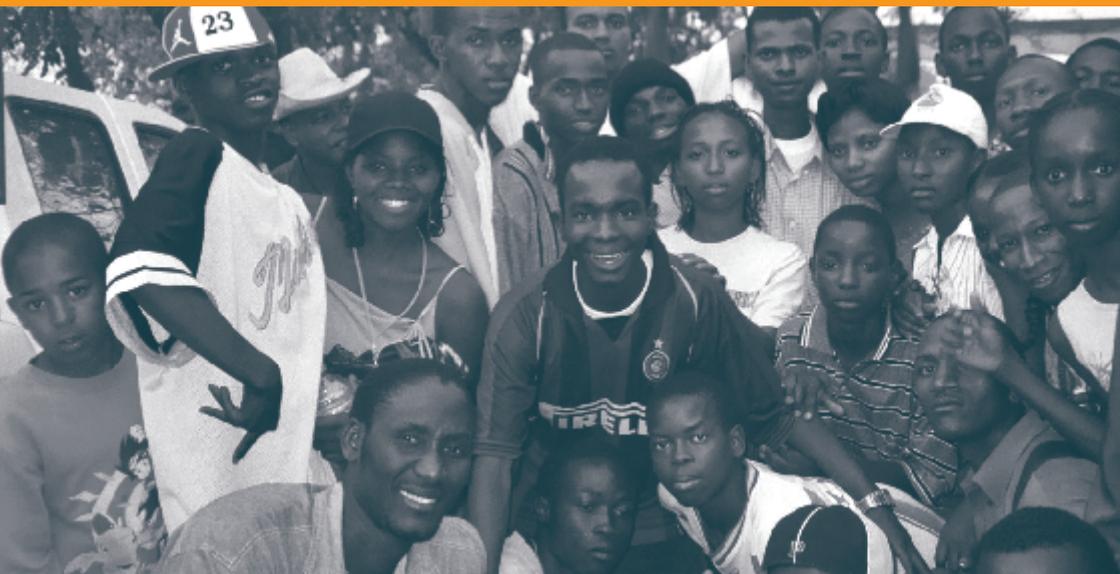
Tabla 13.7—Características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la vaginosis bacteriana

Organismo causal	Es causada por proliferación mixta de organismos que normalmente existen en la vagina.
Síntomas y signos	Irritación y sensibilidad vaginal, flujo vaginal con olor a pescado.
Transmisibilidad	Generalmente no se transmite sexualmente.
Diagnóstico	Observación de más del 20% de las células del epitelio vaginal cubiertas por bacterias ("células clave") al examen microscópico directo en una muestra preparada al fresco con solución salina (o teñida al Gram); pH mayor de 5; olor a pescado al aplicar solución de hidróxido de potasio (prueba de olor positiva).
Tratamiento	<p>Metronidazol 2 gr vía oral en una sola dosis. <i>O</i> metronidazol 400–500 mg vía oral dos veces al día por 7 días. (Nota: aunque el metronidazol como dosis única es más económico tiene una menor eficacia para el tratamiento de la vaginosis bacteriana). <i>O</i> Clindamicin en crema vaginal al 2%, 5 gr intravaginal al momento acostarse por 7 días; <i>O</i> 0.75 de metronidazol en gel, 5 gr, dos veces al día intravaginal por 5 días; <i>O</i> Clindamicin, 300 mg vía oral dos veces al día por 7 días.</p> <p>Nota: No indique metronidazol durante el primer trimestre del embarazo; posponga el tratamiento hasta el cuarto mes. Advierta a las pacientes que estén tomando metronidazole que eviten el alcohol, ya que causa vómitos.</p>

Tabla 13.8—Características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la candidiasis

Organismo causal	<i>Candida albicans</i> .
Síntomas y signos en la mujer	Picazón y sensibilidad en la vagina, lo que puede extenderse alrededor de la vulva y periné. Algunas veces se hace presente un flujo vaginal grumoso, espeso y blanco.
Síntomas y signos en el hombre	Picazón y sensibilidad del pene, a veces con pápulas pequeñas y excoriaciones. Los hombres con frecuencia no tienen síntomas.
Transmisibilidad	Frecuentemente no se transmite por contacto sexual. A veces no es necesario dar tratamiento a el/la compañera sexual. En caso de haber infecciones recurrentes de <i>Candida</i> es importante descartar causas subyacentes.
Diagnóstico	Examen microscópico directo de una preparación en fresco con solución salina.
Tratamiento	<p>Clotrimazol 500 mg en tableta insertada en la vagina, en dosis única;</p> <p><i>O</i> clotrimazol, 2x100 mm tabletas insertadas en la vagina una vez al día por 3 días;</p> <p><i>O</i> miconazol 200 mg supositorio insertado en la vagina 1 vez al día por 3 días;</p> <p><i>O</i> fluconazol, 150 mg oral como dosis única;</p> <p><i>O</i> nistatina 100,000 Unidades Internacionales, tableta insertada en la vagina 1 vez al día por 14 días.</p> <p>Nota: Para mujeres con candidiasis vulvar y para hombres con balanitis por <i>Candida</i>, recomiéndeles aplicarse tópicamente una crema antimicótica, como crema de nistatina.</p>

Foto: Manuelle Hurwitz/Guinea



14 INFECCIÓN POR VIH Y SIDA

1 Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) son graves problemas de salud. El VIH/SIDA afecta a todas las edades, a ricos y pobres. Se estima que unas 40 millones de personas están viviendo con VIH/SIDA. La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) está comprometida a integrar el manejo del VIH/SIDA en los servicios de salud sexual y reproductiva. Cada una de las Asociaciones Miembro de la IPPF y otras organizaciones de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR)/planificación familiar, tienen la oportunidad de jugar un rol importante en el cumplimiento de este compromiso: ellas están bien posicionadas para enfrentar los retos y proporcionar servicios para VIH/SIDA dentro de sus programas.

1.1 Definición

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana) causa el SIDA. Una persona VIH-positiva desarrolla el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) – la última etapa de la enfermedad del VIH, después de años de infección. El SIDA involucra la pérdida de la función inmune del sistema conforme las células CD4 son infectadas y destruidas, permitiendo que el cuerpo sucumba a infecciones oportunistas (ej.: la neumonía por *pneumocystis carinii*, la toxoplasmosis) que generalmente no son patogénicas en personas con el sistema inmune intacto.

1.2 Transmisibilidad

El VIH puede ser transmitido directamente de una persona a otra, ya sea por contacto sexual, transfusión de sangre y productos sanguíneos, transmisión perinatal y uso de agujas y jeringas contaminadas.

Las rutas de transmisión madre a hijo (TMAH) son:

- Transmisión transplacental in útero.
- Transmisión intra parto durante el trabajo de parto y el parto por inoculación o ingestión de sangre u otros fluidos.
- Transmisión post parto vía ingestión de la leche materna, de madre infectada.

1.3 El rol de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR)

Este rol comprende:

- Información preventiva y mensajes de asesoramiento dirigidos a personas infectadas y no infectadas.
- La provisión de servicios de planificación familiar.

- La provisión de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (APV).
- Acceso a terapia antiretroviral (ARV), incluyendo la prevención de la transmisión madre a hijo (PTMAH) y el manejo de infecciones oportunistas cuando sea indicado.
- Referencias y atención paliativa y apoyo.
- Acceso creciente de la gente joven y grupos vulnerables a la información, educación y servicios.

Los servicios de VIH/SIDA que las clínicas de SSR pueden ofrecer dependerán de sus recursos. Estos servicios pueden incluir todos o algunos de los siguientes:

- Integración de la educación en prevención del VIH/SIDA.
- Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (APV).
- Asesoramiento de VIH/SIDA incluyendo apoyo en administración de estilo de vida.
- Consejería anticonceptiva.
- Servicios de PTMAH, manejo de VIH/SIDA, incluyendo tratamiento.
- Provisión de tratamiento ARV, servicios de PTMAH y manejo de infecciones oportunistas cuando sea indicado.
- Identificación de servicios de referencia y redes de referencia.

2 Prevención

En ausencia de tratamiento curativo, la única forma de detener la propagación de la enfermedad es la prevención. Esto se hace principalmente a través del aumento de la conciencia y la educación en la comunidad y el aumento del acceso a los condones masculinos y femeninos. Varios factores influyen en la propagación del VIH/SIDA, incluyendo el comportamiento y las actitudes sexuales, así como la disponibilidad de instalaciones para el diagnóstico temprano y el tratamiento. Estos factores deben tenerse en mente, de tal forma que pueda diseñarse e implementarse programas efectivos para prevenir la propagación del VIH/SIDA. Los programas de SSR están bien posicionados para difundir información sobre los riesgos y complicaciones del VIH/SIDA y para promover el comportamiento de bajo riesgo. Ellos pueden también alentar el uso de condones, no solamente para la prevención del embarazo, sino también para la prevención de la infección por VIH.

2.1 Prevención de la transmisión sexual

La transmisión sexual puede prevenirse por:

- El uso consistente de condones masculinos cuando hay un riesgo de infección; por parejas sero-discordantes, para proteger al otro miembro de la pareja; y, cuando ambos miembros de la pareja son positivos, para evitar la re-infección con diferentes mutaciones virales y la exposición a nuevas infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Uso de condón femenino si el condón masculino no puede usarse en la relación heterosexual.
- Tratamiento rápido y efectivo de ITS.

2.2 Prevención de la transmisión no sexual

- Las personas que tienen, o que son vulnerables a la infección por VIH, como las/los trabajadores del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables, no deben donar sangre, semen, órganos o tejidos para trasplante.
- Debe dirigirse actividades de educación especial a usuarios de drogas inyectables, para hacerles conscientes del alto riesgo de compartir agujas y jeringas. Los programas de intercambio de agujas deben ser también implementados.
- Debe hacerse esfuerzos para desalentar prácticas tales como la mutilación genital femenina y la escarificación o cicatrices ornamentales.
- Debe evitarse los hábitos antihigiénicos, como compartir navajas de rasurar y cepillos dentales.

2.3 Prevención de la transmisión peri natal

- Prevenir infecciones de VIH en las mujeres.
- Prevenir embarazos no deseados en mujeres infectadas por VIH.
- Proveer asesoramiento y prácticas de parto seguro, así como medicamentos antirretrovirales a madres infectadas por VIH.

2.4 Prevención de la transmisión en instalaciones de atención a la salud

Las instalaciones de atención a la salud deben observar prácticas apropiadas para la prevención y control de infecciones en la provisión de los servicios de salud (ver el capítulo 15: Prevención y control de infecciones).

3 Manejo del VIH/SIDA

El manejo del VIH/SIDA incluye:

- Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (APV).
- Mensajes preventivos dirigidos a personas infectadas y no infectadas.
- Notificación a la pareja.
- Comportamiento sexual.
- Toma de decisiones reproductivas.
- Anticoncepción.
- Tratamiento.
- Atención y apoyo para personas viviendo con VIH/SIDA.

3.1 Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (APV)

El asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) es un componente integral de los servicios de SSR, y debe ser ofrecido a grupos de alto riesgo/vulnerables. Este servicio permite a las personas conocer su estatus respecto al VIH y, de ese modo, proporciona un acceso temprano al asesoramiento de VIH, al tratamiento y la atención. La APV no debe ocurrir en forma aislada, sino ser parte integral de la atención. Debe estar vinculada con un sistema de referencias para tratamiento apropiado, atención y servicios de apoyo, con el fin de ayudar a reducir las barreras para que se realice la prueba.

Los servicios del APV deben respetar los protocolos, leyes y normas locales y nacionales, que rigen la provisión de los servicios relacionados con el VIH.

El APV comprende:

- El conocimiento del estatus es *voluntario*.
- Asesoramiento pre-prueba.
- Consentimiento informado.
- Prueba de VIH.
- Post-prueba y asesoramiento de seguimiento, incluyendo prevención positiva.

Asesoramiento pre-prueba

El asesoramiento debe ser confidencial, no crítico y ajustarse a las necesidades y realidades del cliente. Esto permite a las y los clientes tomar una decisión informada para conocer su estatus respecto al VIH y emprender una acción apropiada (ver el capítulo 13: Infecciones del tracto reproductivo e infecciones de

transmisión sexual, sección 4).

La o el cliente debe estar consciente de que el proceso es enteramente voluntario y confidencial. La sesión debe también:

- Proporcionar información clara sobre el VIH, su propagación y cómo se diferencia del SIDA.
- Describir con precisión el proceso de la prueba.
- Asegurar que la o el cliente comprende las ventajas e implicaciones de conocer su estatus respecto al VIH.

Consentimiento informado

Esta es una autorización otorgada por la o el cliente al proveedor del servicio de salud, para someterse a la prueba del VIH, después de recibir la información relevante sobre los riesgos y beneficios de esa prueba. Solamente entonces, puede la o el cliente tomar una decisión informada. El consentimiento informado es necesario dado que la infección por VIH es una amenaza para la vida y puede causar daño a la o el cliente en forma de estrés emocional, estigma social y discriminación en muchas formas.

Prueba del VIH

La prueba del VIH se realiza utilizando los juegos de prueba del VIH y los protocolos de prueba aprobados. La prueba del VIH no se recomienda sin asesoramiento pre y post-prueba.

Asesoramiento post-prueba

Resultado negativo de la prueba

Discuta con la o el cliente

- Acerca del período ventana y de las limitaciones de la prueba.
- La necesidad de repetir la prueba después de tres meses si la exposición al virus ocurrió durante las últimas seis semanas.
- Estrategias de reducción de riesgo incluyendo un comportamiento sexual más seguro y el uso de condones.

Resultado positivo de la prueba

- Tranquilice a la o el cliente y proporciónese apoyo emocional y psicológico.
- Explique la diferencia entre la infección de VIH y el SIDA; y que la gente con la infección por VIH puede permanecer saludable por un largo período.
- Ayúdele a identificar las fuentes de apoyo, tanto personal como en la comunidad (tratamiento y acceso, apoyo psicosocial, redes, etc.).
- Revise con la persona sus planes inmediatos, intenciones y acciones.
- Discuta la notificación a la pareja y valore el riesgo de violencia doméstica; provea una referencia, cuando sea necesaria.
- Discuta el riesgo de transmitir el VIH a otras personas, el riesgo de re-infección (con) por VIH y otras ITS.
- Discuta estrategias de reducción de riesgos.
- Fomente la prueba para la pareja así como de cualquier niña o niño que pudiera estar infectado.
- Establezca un plan de asesoramiento de seguimiento con la o el cliente para discutir cuestiones futuras, tales como el recuento de células T inmunes (CD4), manejo, tratamiento y acceso, formar parte de un grupo de apoyo, vida sana, ventajas del acceso temprano a la atención, etc.

3.2 Asesoramiento de seguimiento

Las primeras semanas y meses son importantes para las personas cuando se enteran de que son VIH positivas. Ellas necesitan acceso a:

- Servicios sociales y psicológicos.
- Servicios médicos para obtener tratamiento.
- Otros servicios de apoyo para establecer y mantener cambios de comportamiento que reduzcan la probabilidad de transmitir el virus a otras personas, y que les mantengan saludables para reducir el riesgo de re-infección.

Es importante que las personas VIH positivas conserven su autoestima y permanezcan como miembros productivos de la sociedad. Las personas VIH positivas pueden desarrollar un estigma interno, lo cual puede tener un impacto negativo en su salud mental y bienestar. Para algunas personas, el conocimiento de su estatus respecto al VIH puede precipitar síntomas depresivos significativos. Las y los proveedores de servicios de salud deben estar conscientes de estas posibilidades y proporcionar tratamiento y apoyo cuando sean requeridos.

Al proporcionar el asesoramiento, las y los proveedores de servicios de salud deben hacer hincapié en que el tratamiento exitoso no evita la transmisión del VIH. Deben enfatizarse las acciones preventivas, como el uso del condón, prácticas de sexo más seguro y agujas limpias para usuarios de drogas inyectables. Con frecuencia, las mujeres con VIH son ellas mismas quienes proveen la atención, estando acostumbradas a atender a otras personas como sus hijas e hijos, esposo, padres, etc. Como resultado, ellas pueden posponer su propia atención. Las y los proveedores de servicios deben aconsejar apropiadamente a sus clientas, explicándoles que cuidarse a sí mismas es un componente integral del manejo efectivo del VIH.

3.3 Notificación a la pareja/asesoramiento

La notificación a la pareja implica el proceso de entrar en contacto con las parejas sexuales y/o parejas de inyección de una persona VIH positiva, con el fin de advertirles que ellas pueden haber estado expuestas al VIH, animándoles para que acudan a la prueba voluntaria y confidencial del VIH y a asesoramiento.

Las y los proveedores de servicios deben ser sensibles a las complejidades de la notificación a la pareja, ya que esta situación plantea un conflicto de derechos: el derecho de la persona VIH positiva a la confidencialidad y la privacidad, versus el derecho de la pareja a la protección contra la infección por VIH. Este es un tema difícil, que todavía permanece sin ser resuelto y que necesita ser tratado con sensibilidad. La notificación a la pareja es importante y debe ser alentada y discutida.

Las y los proveedores de servicios deben explicar los propósitos y beneficios de la notificación a la pareja:

- Ayuda a las personas que han sido expuestas al VIH a conocer acerca de sus riesgos y les alienta a que se sometan a la prueba.
- Si son positivas, pueden aprender la manera de proteger a otras personas de la infección por VIH **practicando sexo más seguro** y no compartiendo agujas, así como la forma de obtener acceso a tratamiento y apoyo.
- Si son negativas, pueden obtener información sobre la manera de permanecer libres de infección.

En muchos casos, las personas no son notificadas acerca del estatus de sus parejas respecto al VIH; o, cuando lo son, no acceden voluntariamente a someterse a la prueba. Esto presenta un reto a las y los proveedores de servicios, ya que puede tener un impacto en la práctica de sexo más seguro. Aún más, puede haber problemas relativos a la continuidad de la terapia ARV y/o a la automedicación de la pareja que no se ha sometido a la prueba.

En algunos países es obligatorio que las y los proveedores de atención a la salud informen a las personas acerca del estatus de sus parejas VIH positivas, en el caso de que las personas infectadas rechacen revelar la información por sí mismas. En esas circunstancias, el potencial de violencia o de una seria interrupción de la relación debe ser valorado y los pasos necesarios deben ser tomados. El personal de consejería debe estar capacitado apropiadamente sobre cómo proporcionar la consejería y asesoramiento, especialmente en los casos en que hay potencial de violencia; y debe intentarse por todos los medios el proporcionar apoyo a la persona VIH positiva.

Las y los proveedores de servicios deben crear un ambiente que propicie que esta información sea revelada.

3.4 Comportamiento sexual

A partir del diagnóstico, con frecuencia ocurre una revaloración del comportamiento sexual, lo que conduce a la adopción de prácticas de sexo más seguro. Sin embargo, en casos en los que la o el cliente no le ha hecho saber a su pareja sobre la infección, puede ser difícil iniciar/mantener prácticas de sexo más seguro. Las y los clientes pueden requerir asesoramiento intensivo y apoyo para enfrentar estos retos. En todo momento, las y los proveedores de servicios necesitan mantener una actitud compasiva y no crítica.

Los avances en el tratamiento y atención del VIH han ayudado a muchas personas VIH positivas a gozar de un aumento en la esperanza de vida. Para muchas, esto les permite contar con un renovado interés en la actividad sexual. Es esencial que las y los clientes VIH positivos tengan una clara comprensión del gradiente de riesgo entre las diferentes prácticas sexuales. Por su parte, las y los proveedores de los servicios deben ser capaces de explicar las prácticas sexuales y sus riesgos asociados en términos explícitos, para asegurar una completa comprensión y franqueza. Las y los clientes deben estar conscientes del uso correcto de juguetes sexuales y de los peligros de prácticas sexuales como el sexo en seco, duchado, el uso de hierbas intra-vaginales para promover la sequedad de la vagina, etc. La creación de un ambiente en el que la persona no se sienta estigmatizada o juzgada, es crucial para alentar la franqueza. Es importante que las y los proveedores de servicios estén conscientes de diferentes prácticas sexuales culturales; y que proporcionen un ambiente que sea seguro para la revelación de estas prácticas sexuales privadas.

El tratamiento exitoso del VIH a través de la provisión de ARVs puede reducir la carga viral del cliente, lo cual puede reducir, pero no excluir, el riesgo de transmisión del VIH a una pareja VIH negativa. Existen también otros factores que influyen en la transmisión sexual del VIH, tales como:

- La presencia de otras ITS – ej.; herpes simplex tipo II o la infección del virus del papiloma humano.
- Irritación genital.
- Menstruación.
- Malnutrición y deficiencias de vitaminas y minerales.

3.5 Toma de decisiones reproductivas

La infección por VIH plantea cuestiones difíciles relacionadas con la anticoncepción y el embarazo. Debido a las circunstancias especiales de las y los clientes VIH positivos, el asesoramiento debe conducirse con especial sensibilidad. Una vez que las mujeres embarazadas deciden si continuar o no con su embarazo, ellas deben recibir consejería y se les debe ofrecer servicios basados en su decisión. Las y los proveedores de servicios tienen un importante rol que jugar en facilitar el proceso de toma de decisiones de una mujer. Siempre que sea posible, las parejas deben recibir consejería tanto en forma separada como de manera conjunta.

Las parejas en las que uno o ambos miembros son positivos, enfrentan decisiones reproductivas sumamente difíciles que incluyen:

- Deseo de un embarazo.
- Prácticas anticonceptivas.
- Decisiones sobre el resultado de un embarazo no deseado.

Las parejas VIH positivas deben ser capaces de tomar decisiones informadas, libres de coerción y tener acceso a servicios de calidad para implementar esas decisiones.

Deseo de un embarazo

Las personas o parejas VIH positivas quienes están considerando un embarazo, deben ser informadas claramente sobre los riesgos de transmisión a la pareja no infectada durante la relación sexual no protegida que se requiere para lograr el embarazo. Si una mujer VIH positiva desea embarazarse, ella debe ser instruida acerca de los servicios locales de fertilidad y prenatales, así como de los tipos de quimo profilaxis disponibles para reducir los riesgos de transmisión a su hija o hijo.

Prevención de la transmisión madre a hijo (PTMAH)

La transmisión del VIH de una mujer infectada a su infante puede ocurrir intra útero; en el momento del parto; y a través de la leche materna. Para reducir el riesgo de la transmisión de madre a hijo, las y los proveedores de servicios deben tener en mente:

- El uso de tratamiento ARV (puede usarse diferentes regímenes ARV, determinados por la disponibilidad y normas locales).
- Parto por sección cesárea.
- Opciones para amamantar.

Terapia antirretroviral (ARVs)

El uso de medicamentos antirretrovirales (ARVs) durante el embarazo y parto ha demostrado ser efectivo en la reducción de la transmisión de VIH de madres a infantes. Los ARVs reducen el riesgo de transmisión al reducir la duplicación viral en la madre y a través de profilaxis del infante durante y después de la exposición al virus. Hay muchos regímenes que difieren en términos de eficacia, costos, uso práctico y seguridad. Todos estos regímenes incluyen un tratamiento intra parto, con duraciones variables de tratamiento ante parto y/o post parto. Los regímenes que comienzan temprano en el embarazo y que son relativamente complejos, han mostrado ser más efectivos que aquellos que son simples y que comienzan tardíamente en el embarazo o justamente durante el parto. Sin embargo, el carácter práctico de estos últimos regímenes los convierte en una opción atractiva para mujeres que obtienen atención prenatal tardíamente en el embarazo y/o que no pueden apegarse fácilmente al régimen ARV. La elección del régimen profiláctico antirretroviral a ser incluido en un programa de entrega de servicios, dependerá de su disponibilidad, viabilidad y costo.

Parto por sección cesárea

Cerca del 60% de las transmisiones de VIH de madre a hijo ocurren alrededor del momento del trabajo de parto y el parto mismo. Los partos vaginales aumentan el riesgo, mientras que la sección cesárea electiva reduce el riesgo de la TMAH, independientemente de la carga viral y la terapia ARV profiláctica. Sin embargo, los beneficios potenciales tienen que ser valorados contra los riesgos para la madre. Las secciones cesáreas deben practicarse solamente en situaciones en las que la operación puede ser realizada con seguridad y en donde la mortalidad materna general es baja.

Opciones para amamantar

El riesgo de TMAH aumenta si la mujer amamanta a su infante. La decisión de amamantar o no, tiene que ser valorada contra los beneficios de la alimentación con leche materna. Esa es la mejor forma de alimentar a un infante y no solamente proporciona los nutrientes esenciales, sino que también protege al infante de infecciones gastrointestinales y malnutrición. En ciertas culturas, es una práctica normal y, por lo tanto, evitarla puede conducir al estigma y discriminación al sospechar la comunidad que la mujer tiene VIH. La decisión sobre una forma de alimentación alternativa debe hacerse después de asegurar que será:

- Aceptable;
- Viable;
- Pagable;
- Sostenible; y
- Segura.

Las y los proveedores de los servicios deben:

- Educar a la mujer sobre la preparación segura de alimentos de reemplazo, la limpieza de los utensilios, y métodos de esterilización.
- Monitorear el crecimiento y desarrollo de la niña o niño para asegurar la adecuada alimentación y nutrición del infante.
- Proveer información a la madre sobre cómo inspeccionar la boca de su hijo o hija buscando aftas y rupturas de la membrana mucosa (un riesgo adicional para la transmisión de VIH).
- Enseñar a la madre sobre el aumento en el riesgo de transmisión del VIH en el caso de que ella sufra de mastitis, abscesos en los senos, y pezones sangrantes o agrietados.

Si la mujer decide amamantar a su infante, ella debe ser aconsejada sobre amamantamiento exclusivo por los primeros seis meses. Esta práctica debe discontinuarse tan pronto como sea factible, tomando en cuenta las circunstancias locales, la situación individual de la mujer y los riesgos de alimentación de reemplazo (incluyendo infecciones distintas al VIH y malnutrición).

Opciones para un embarazo no intencional

El VIH conduce a mayores tasas de complicaciones después del parto y está asociado con un aumento en la mortalidad materna. Si la cliente está embarazada pero no desea continuar con su embarazo, ella debe ser referida a servicios de aborto seguros, en donde sean permitidos legalmente. La anticoncepción post parto también debe ofrecerse como una opción para aquellas mujeres que no desean embarazarse de nuevo.

3.6 Anticoncepción

Si una mujer VIH positiva o una mujer con una pareja VIH positiva no desea embarazarse, ella y su pareja deben recibir consejería sobre los métodos apropiados de anticoncepción, así como sobre la mejor manera de evitar la transmisión de la infección.

Si una mujer no desea embarazarse, ella debe recibir consejería y servicios anticonceptivos o ser referida a un programa de SSR/planificación familiar. Para optimizar sus opciones reproductivas, los servicios de APV deben vincularse directamente con servicios de planificación familiar y servicios preventivos prenatales.

Para la mujer VIH positiva que desea evitar un embarazo, debe recomendarse métodos anticonceptivos altamente efectivos. En parejas discordantes, el uso correcto y consistente del condón es el único método para prevenir la transmisión del VIH. El condón debe ser usado aún cuando se escoge otro método para prevenir el embarazo.

En general, una mujer infectada por VIH tiene el mismo rango de opciones anticonceptivas que otras mujeres. Los Criterios Médicos de Elegibilidad para Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han sido desarrollados para mujeres con infección por VIH, e incluyen circunstancias específicas bajo las que el uso de ciertos métodos es restringido, como se resume enseguida.

Condón masculino

El uso correcto y consistente de los condones masculinos tiene una alta eficacia tanto en contra del embarazo no intencional como de la transmisión de ITS/VIH, siempre que haya un riesgo de infección. El uso apropiado de los condones masculinos previene de manera efectiva la transmisión de VIH entre parejas VIH discordantes. Cuando los condones masculinos fallan en la protección contra el embarazo e infección, la principal razón es que fueron usados incorrectamente; solamente una pequeña fracción de estas fallas ocurre debido a rotura/deslizamiento del condón.

Las y los clientes deben recibir instrucciones claras sobre el uso apropiado del método (ver el capítulo 7: Métodos de barrera) incluyendo una demostración, junto con instrucciones sobre lubricación correcta, almacenamiento y manejo. La anticoncepción de emergencia debe ser provista como un método de respaldo.

Condón femenino

El condón femenino está disponible en muchos países y ofrece una alternativa a los condones masculinos. El condón femenino proporciona a las mujeres más

control sobre la utilización de la anticoncepción de barrera y puede ser insertado horas antes del coito. La relación uso-efectividad anticonceptiva del condón femenino está dentro del amplio rango citado para otros métodos de barrera, pero es menor que el de los condones masculinos.

Aunque los datos clínicos son limitados, los estudios de laboratorio han mostrado que los condones femeninos son una barrera efectiva, no solamente para el esperma, sino también para la bacteria y virus, incluyendo el VIH.

El uso de los condones femeninos está limitado por factores de costo. Mientras que siempre es preferible usar un condón femenino nuevo para cada cópula sexual, bajo ciertas circunstancias la reutilización del condón femenino puede ser aceptable, factible y segura. La decisión final sobre si apoyar o no la reutilización del condón femenino debe ser tomada localmente.

Diafragma

El diafragma tiene la ventaja de ser controlado por la mujer y puede insertarse varias horas antes del coito. Este método ofrece una protección anticonceptiva similar a la de otros métodos de barrera (ver el capítulo 7: Métodos de barrera).

Para parejas discordantes, y cuando hay riesgo de infección, el uso de diafragmas con espermicidas no es recomendado, debido a un posible aumento en el riesgo de la infección por VIH asociada con el uso de espermicidas que contienen nonoxynol-9 (N-9). Diversos estudios están en desarrollo para determinar si el diafragma reduce el riesgo de transmisión de ITS y VIH.

Espermicidas

Cuando son usados por sí solos, los espermicidas tienen una eficacia anticonceptiva menor que otros métodos de barrera y no protegen contra las ITS. Los espermicidas que contienen nonoxynol-9 (N-9) no protegen contra la infección por VIH y pueden inclusive aumentar el riesgo de una infección por VIH en mujeres que usan estos productos con frecuencia. Por lo tanto, este método no se recomienda para mujeres VIH negativas en una pareja discordante. Este método puede ser usado por mujeres VIH positivas solamente si no hay otras opciones disponibles y aceptables. Si se selecciona un método espermicida, la o el cliente debe ser advertido que debe usarlo en combinación con otro método de barrera.

Anticonceptivos hormonales

El uso correcto de anticonceptivos hormonales es altamente efectivo para la prevención del embarazo. La evidencia disponible también indica que los anticonceptivos hormonales pueden ser usados con seguridad por mujeres VIH-positivas y por mujeres no infectadas en una pareja discordante. Estos

anticonceptivos no protegen contra ITS/VIH, por lo tanto se recomienda el uso correcto y consistente de los condones.

Los medicamentos ARV tienen el potencial ya sea de aumentar o disminuir la biodisponibilidad de hormonas esteroides en los anticonceptivos hormonales. Los escasos datos disponibles indican que las interacciones medicamentosas potenciales entre muchos ARVs y anticonceptivos hormonales, pueden alterar la seguridad y efectividad tanto de los anticonceptivos hormonales como de los ARVs. Si una mujer con tratamiento de ARV decide iniciar o continuar el uso de anticonceptivos hormonales, debe recomendársele el uso consistente de condones para prevenir la transmisión del VIH y para compensar cualquier posible reducción en la efectividad del anticonceptivo hormonal.

DIU

El DIU es un método anticonceptivo altamente efectivo, que puede ser usado por mujeres infectadas por VIH sin SIDA y por mujeres con SIDA quienes se encuentran bien clínicamente bajo terapia ARV. Las mujeres con SIDA que no se encuentran bien clínicamente, por lo general no deben tener un DIU insertado, a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables (ver el capítulo 6: Dispositivos intrauterinos). El DIU no protege contra ITS/VIH, por lo que se recomienda el uso correcto y consistente de los condones.

Anticoncepción de emergencia

Para mujeres VIH positivas que tienen relaciones sexuales sin protección y que pueden estar en riesgo de un embarazo no deseado, el acceso a la anticoncepción de emergencia es esencial. El DIU puede ser usado por una mujer infectada por VIH para anticoncepción de emergencia, siempre y cuando ella cumpla con los criterios médicos de elegibilidad (ver el capítulo 6: Dispositivos intrauterinos).

Esterilización masculina o femenina

La esterilización puede ser provista a clientes VIH positivos si se realiza una elección voluntaria e informada (ver el capítulo 8: Esterilización femenina y masculina). Los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones deben ser cuidadosamente cumplidos (ver capítulo 15: Prevención y control de infecciones). Sin embargo, este método no protege contra la transmisión de ITS/VIH y, por lo tanto, se recomienda el uso correcto y consistente de los condones después de someterse a este procedimiento.

3.7 Tratamiento

Terapia antirretroviral

Los medicamentos antirretrovirales (ARVs) inhiben la reproducción del VIH. Cuando son administrados en forma combinada, ellos:

- Inhiben la reproducción del VIH.
- Retrasan el deterioro del sistema inmune.
- Mejoran la capacidad de sobrevivir y la calidad de vida.

Los ARVs deben introducirse como parte de los servicios de SSR y ofrecerse a un nivel de atención primaria. Los ARVs son efectivos en la disminución de la morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH. La extensión masiva del tratamiento ARV en la comunidad, puede reducir la incidencia de VIH al disminuir el comportamiento de alto riesgo, y también el riesgo de transmisión en parejas discordantes mediante un aumento en el uso de condones y la reducción de la transmisión madre a hijo. El tratamiento ARV ayuda a:

- Mantener al individuo en la fase asintomática.
- Mejorar los síntomas.
- Regresar a los individuos a la etapa asintomática de la enfermedad.

Aunque el acceso al tratamiento ARV puede cambiar el VIH de una enfermedad mortal a una condición crónica controlada, es importante destacar que todavía no existe cura para el VIH.

El tratamiento para VIH involucra el uso de medicamentos antirretrovirales para mantener saludable a una persona VIH positiva en todas las etapas de la evolución de la enfermedad, reduciendo su carga viral a un nivel indetectable (menor de 50 copias) en el transcurso de 16 a 20 semanas.

Las y los proveedores de servicios deben estar conscientes de que el tratamiento del VIH con medicamentos es complejo, y de que eventos adversos se manifiestan de manera distinta entre diferentes clientes. Las y los proveedores deben:

- Seguir las pautas nacionales de tratamiento.
- Monitorear el cumplimiento del tratamiento por parte de la o el cliente, ya que la resistencia a los medicamentos puede desarrollarse si se saltan las dosis.
- Asegurar que la o el paciente se mantiene fiel al régimen de ARV para obtener resultados óptimos del tratamiento y minimizar la aparición de resistencia viral.

Profilaxis de post exposición (PPE)

La PPE es un tratamiento antirretroviral de corto plazo, para reducir la probabilidad de infección por VIH después de una exposición potencial, ya sea ocupacional o por cópula sexual. La PPE debe iniciarse tan pronto como sea posible después del incidente e, idealmente, dentro de un período de 2 a 4 horas. Se recomienda la terapia combinada, ya que se cree que es más efectiva que un agente simple. Sin embargo, la provisión de terapia ARV debe ser proporcionada conforme a los protocolos y pautas nacionales.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

En poblaciones con un alta prevalencia de VIH, las y los pacientes que presentan alguna ITS son más propensos a ser infectados por VIH y, si son infectados, son más propensos a transmitir el VIH a parejas susceptibles. Las y los pacientes que no conocen su estatus respecto al VIH deben ser referidos a servicios de asesoramiento y prueba. Las personas VIH positivas, debido a sistemas inmunes comprometidos, tiene episodios más frecuentes y severos de ITS virales recurrentes. Debe ofrecerse el tratamiento y/o profilaxis, en donde estén disponibles.

Infecciones oportunistas

Las personas VIH positivas tienen sistemas inmunes comprometidos y son más susceptibles a una variedad de infecciones oportunistas (IO), como la tuberculosis, malaria, candidiasis, toxoplasmosis, meningitis, Neumonía por *Pneumocystis carinii*, diarrea crónica y malaria en zonas endémicas. Los síntomas de estas infecciones pueden manifestarse en forma diferente para personas VIH positivas.

El riesgo de adquirir una IO aumenta con recuentos más bajos de CD4. Cuando sea posible, debe ofrecerse tratamiento a pacientes que tienen VIH en etapa 4 ó recuentos de CD4 menores de 200. Si el tratamiento no está disponible en un sitio en particular, las y los pacientes deben ser referidos a los servicios apropiados. El tratamiento debe seguir los protocolos nacionales.

Al dejarse sin tratamiento, las infecciones pueden volverse más difíciles de diagnosticar y requerir admisión hospitalaria para procedimientos de investigación costosos. Con la provisión oportuna de ARVs, esto puede evitarse al fortalecer el sistema inmunológico, ahorrando tiempo y dinero.

En zonas de alto riesgo de VIH, la tuberculosis (TB) es un indicio del VIH. Una persona que presenta TB, debe también ser referida a servicios para el asesoramiento y prueba voluntaria.

3.8 Atención y apoyo para personas afectadas

Consejos de salud general

Un estilo de vida saludable es particularmente importante para la persona VIH positiva.

Atención nutricional y servicios de apoyo

La infección por VIH afecta la nutrición a través de aumentos en el gasto de energía en reposo, reducciones en la ingestión de alimentos, absorción y pérdida de nutrientes, así como alteraciones metabólicas complejas que culminan en una pérdida de peso y fatiga comunes en el SIDA. Por lo tanto, una nutrición apropiada es un componente vital para la vida saludable de personas VIH positivas; y el asesoramiento, atención y apoyo en nutrición, son parte integral de una atención completa del VIH. Una nutrición bien balanceada:

- Ayuda a maximizar el tratamiento médico.
- Estimula la inmunidad.
- Reduce los efectos secundarios de los ARVs.
- Mejora la salud física y el placer de vivir.

Las especificaciones para la dieta difieren entre las personas y dependen de la etapa de la enfermedad, situación social y a las preocupaciones de salud particulares de la o el cliente. Las recomendaciones para la dieta cotidiana para aquellas personas con VIH dependerán de las pautas nacionales y locales. Por lo general, éstas deben incluir una dieta:

- Alta en proteínas.
- Alta en calorías.
- Con los requerimientos diarios de vitaminas y minerales para asegurar que las necesidades de micro nutrientes son satisfechas.

Las y los proveedores de servicios deben trabajar con las comunidades e investigar todas las opciones para proveer dietas apropiadas; incluyendo, cuando sea necesario, referencias a intervenciones y programas basados en alimentación, especialmente para mujeres VIH positivas embarazadas y lactantes.

Estilo de vida

Las y los clientes deben ser alentados a llevar un estilo de vida saludable. Los programas deben incluir consejería sobre:

- Ejercicio.
- Sueño adecuado.
- Cómo reducir el estrés.
- Asesoría sobre comportamientos no saludables como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, los cuales deben ser desalentados. Cuando se requiera, las y los pacientes deben ser referidos a programas de prevención y tratamiento de drogadicción y alcoholismo.

Las y los proveedores de los servicios de salud deben alentar el asesoramiento continuo para abordar nuevos temas conforme vayan surgiendo. Si no son atendidos, estos temas pueden impactar negativamente la salud mental de la o el cliente y la continuidad del tratamiento.

Servicios de apoyo

La infección por VIH afecta todas las dimensiones de la vida de una persona: física, psicológica, social y espiritual. El asesoramiento y el apoyo social pueden ayudar a las personas infectadas y a quienes les cuidan a sobrellevar de manera más efectiva cada etapa de la infección, y a mejorar su calidad de vida. Con el apoyo adecuado, es más probable que las y los clientes sean capaces de responder adecuadamente al estrés derivado de estar infectados y es menos probable que desarrollen problemas de salud mental serios.

La valoración e intervenciones pueden estar dirigidas a la fase especialmente estresante que sigue inmediatamente después de la notificación de la infección por VIH, el período de ajuste subsiguiente, y el proceso de tratar con la infección sintomática crónica por VIH y la progresión de la enfermedad hasta la muerte.

La infección por VIH con frecuencia puede resultar en estigma y temor para aquellas personas que viven con la infección, así como para quienes las cuidan; y puede afectar a la familia entera. La infección con frecuencia deriva en pérdida de estatus económico, empleo, ingreso, vivienda, atención a la salud y movilidad. Tanto para las personas infectadas como para sus parejas y familias, el apoyo psicosocial puede ayudarles para tomar decisiones informadas, sobrellevar mejor la enfermedad y enfrentar la discriminación de manera más efectiva. El apoyo mejora la calidad de sus vidas, y previene una mayor transmisión de la infección del VIH.

Referencias

Un sistema eficiente de referencias es esencial para el manejo de programas de VIH/SIDA. No es posible para todos los sitios de prestación de servicios el proveer acceso a servicios completos que requiere la gente que sufre de VIH/SIDA. Es necesario tener un sistema por medio del cual las personas que requieren instalaciones especiales para diagnóstico, tratamiento y atención puedan moverse de un nivel básico de servicios, como el de las clínicas, a un servicio más completo, como aquellos que pueden proporcionar manejo clínico con pruebas de laboratorio.

El sistema de referencias debe estar basado en vínculos entre instituciones así como a través de diferentes niveles de atención dentro de la misma institución.

Foto: Fatiha Terki/Vietnam



15 PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

1 Introducción

El principal objetivo de la prevención de infecciones en servicios de salud sexual y reproductiva, ya sean fijas o móviles, es:

- Minimizar la transmisión de infecciones a los/las clientes, al personal que presta los servicios, y a otras personas que pudieran quedar expuestas a los residuos contaminados que se desechen.

Al ir aumentando la prevalencia de la infección por VIH y el SIDA, a más personas les preocupa la posibilidad de infectarse. Es de suma importancia evitar la transmisión del VIH a los/as clientes y a los/as prestadores/as de servicios; y todos/as ellos/as deben estar seguros/as de que se toman todas las precauciones necesarias.

La propagación de infecciones durante los procedimientos clínicos puede evitarse mediante la utilización de técnicas asépticas, evitando la infección cruzada, procesando adecuadamente los equipos y disponiendo adecuadamente de los desechos.

2 Definiciones

- **Microorganismos** son los agentes causantes de la infección. Éstos incluyen bacterias, virus, hongos y parásitos. Las bacterias que producen endosporas (ej.: las especies de clostridios que causan la gangrena y el tétano) son los más difíciles de matar debido a sus cubiertas protectoras.
- **Asepsia o técnica aséptica** son términos generales usados en el contexto de atención a la salud, para describir la combinación de esfuerzos que se realizan para evitar que, durante los procedimientos de prestación de servicios, entren microorganismos a cualquier área del cuerpo donde puedan causar una infección. La meta de la asepsia es eliminar, o reducir a niveles seguros, la cantidad de microorganismos tanto de las superficies animadas o vivas (piel, mucosas, y otros tejidos), como de los objetos inanimados (ej: instrumentos quirúrgicos).
- **Antisepsia** es la prevención de infecciones, eliminando o inhibiendo el crecimiento de microorganismos en la piel o en membranas mucosas, antes de un procedimiento que implique contacto con tejidos donde los microorganismos puedan causar una infección.
- **Descontaminación** es el proceso que permite que los objetos inanimados (no vivientes) sean más seguros de manipular por parte de las personas. Esto incluye superficies grandes (ej.: mesas ginecológicas o quirúrgicas), e instrumentos y guantes contaminados con sangre o con secreciones corporales.

- **Limpieza** es el proceso que físicamente retira toda la sangre visible, otras secreciones del cuerpo, tejidos, o cualquier materia extraña tal como polvo o tierra de la piel, membranas mucosas u objetos inanimados.
- **Desinfección** es el proceso que elimina de los objetos inanimados a las bacterias, virus, hongos, y parásitos, pero que no elimina confiablemente todas las endosporas bacterianas. Los procedimientos para la **desinfección** han sido revisados durante los últimos años para asegurar su efectividad contra virus tales como el VIH y el virus de la hepatitis B. A estos procedimientos ya revisados se les ha denominado **Desinfección de Alto Nivel (DAN)**. Por el momento, la DAN es el único nivel aceptable de desinfección y el único que se recomienda en estas Pautas.
- **Esterilización** es el proceso que elimina completamente de los objetos inanimados todos los microorganismos, inclusive las endosporas bacterianas.

3 Antisepsia

La antisepsia implica limpiar la piel o membranas mucosas de el/la cliente con una sustancia antiséptica para remover o eliminar cuantos microorganismos sea posible, antes de cualquier procedimiento. Se debe tener cuidado de no irritar o dañar la piel o las membranas mucosas.

3.1 Indicaciones

- Preparación de la piel para procedimientos tales como minilaparotomía, laparoscopia, vasectomía, inserción o retiro de implantes e inyecciones.
- Preparación cervical y vaginal para la inserción o retiro de DIU y para la colocación del elevador uterino en la anticoncepción quirúrgica.
- Lavado quirúrgico de manos antes de ponerse los guantes para procedimientos quirúrgicos tales como minilaparotomía o vasectomía.

3.2 Selección de antisépticos

Los antisépticos son hechos para ser usados en la piel o en las membranas mucosas, en contraste con los desinfectantes que son soluciones más concentradas que se usan para desinfectar objetos inanimados. Las soluciones antisépticas *nunca* deben ser utilizadas para desinfectar objetos inanimados (no vivientes) tales como instrumentos y guantes reutilizables. *Nunca deje* objetos tales como pinzas, cepillos para lavado quirúrgico, tijeras, o agujas de sutura remoñándose en soluciones antisépticas.

Las siguientes soluciones antisépticas son seguras y suelen estar disponibles:

- Centrimonio/cetrimida con alcohol etílico al 70% (Cetavelón).¹
- Cetrimida y gluconato de clorhexidina (CHG), en diversas concentraciones (ej.: Savlón).
- Gluconato de clorhexidina al 4% (ej.: Hibitane, Hibiscrub).
- Paraclorometaxilenol (PCMX o cloroxilenol), en diversas concentraciones, de 0.5% a 3.75% (ej.: Dettol).
- Hexaclorofeno al 3% (ej.: pHisoHex).
- Yoduros del 2% al 3%, en tintura¹ y acuosos (ej.: Lugol).
- Yodoforos en diversas concentraciones del 0.5% al 10% (ej.: Betadine).
- Alcoholes, del 60% al 90%, etílicos, isopropílicos o “espíritus metilados”.¹
- Peróxido de hidrógeno al 3%.
- Derivados de la acridina (acriflavina y proflavina).

Soluciones que deben evitarse:

- *Cloruro de benzalconio (Zephiran)*. Tiene varias desventajas distintas:
 - Demora por lo menos 10 minutos para matar al VIH.
 - Se ha demostrado repetidamente que se contamina con pseudomonas y con otras bacterias comunes.
 - Es fácilmente inactivado por la gasa de algodón y por otros materiales orgánicos, y es incompatible con el jabón.
- *Laurato de mercurio u otros compuestos que contengan mercurio*. Aunque frecuentemente son vendidos como antisépticos, los compuestos con mercurio deben ser evitados debido a su alta toxicidad.
 - La exposición cutánea a niveles bajos de mercurio causa ampollas y dermatitis de contacto.
 - La inhalación o ingesta de niveles bajos de mercurio tiene efectos sobre el sistema nervioso central (aletargamiento, dificultad para el habla, sordera), y a niveles mayores (200 mg) es letal.

3.3 Preparación, almacenamiento y suministro de antisépticos

Los antisépticos se encuentran disponibles comercialmente como concentrados para preparar soluciones o como soluciones preparadas ya listas para ser utilizadas. Es importante el manejo adecuado de las soluciones antisépticas, para evitar su contaminación. Entre los microorganismos que comúnmente pueden contaminar las soluciones antisépticas están los bacilos Gram negativos, todas las

¹No debe usarse en membranas mucosas como la vagina las soluciones que contienen alcohol (ej.: alcohol etílico, tintura de yodo, espíritus metilados, etc.).

endosporas y, en algunas raras ocasiones, los estafilococos. Estos microorganismos pueden causar infecciones subsiguientes cuando las soluciones contaminadas son utilizadas para el lavado de manos o para preparar la piel o mucosas de los clientes. Para prevenir la contaminación de las soluciones antisépticas:

- Vierta el antiséptico para el uso diario en recipientes pequeños reutilizables, a menos que esté disponible comercialmente en recipientes pequeños. Esto evita la evaporación y la contaminación, que ocurrirían si un recipiente grande es abierto con demasiada frecuencia.
- Establezca una programación de rutina (ej.: semanalmente) para preparar las soluciones y limpiar los recipientes reutilizables. (Las soluciones tienen más riesgo de contaminarse después de transcurrida una semana desde su preparación).
- No almacene gasa o algodón en antisépticos acuosos ya que esto favorece la contaminación.
- Lave el recipiente reutilizable cuidadosamente con agua y jabón, y séquelo antes de llenarlo de nuevo. Cada vez que sea lavado, secado y vuelto a llenar, el recipiente debe ser rotulado con la fecha.
- Almacene los antisépticos en un lugar fresco y oscuro. Nunca almacene sustancias químicas expuestas al sol o al calor excesivo (ej.: si se trata de una edificación con techo metálico, no los almacene en los estantes más altos).
- Al utilizar soluciones antisépticas, siempre vierta la solución hacia afuera del recipiente. Si toca la orilla o el contenido del recipiente, con gasa, algodón, o con la mano, contaminará todo el recipiente de antiséptico.

4 Procedimientos para procesar equipo e instrumentos

Los procedimientos incluyen: descontaminación, limpieza, desinfección de alto nivel y esterilización.

Figura 15.1 Pasos para el procesamiento



Reimpreso de: EngenderHealth, 2001. Prevención de Infecciones: Un Folleto de Referencia para Proveedores de Atención a la Salud (A Reference Booklet for Health Care Providers). Nueva York. Usado con Permiso.

4.1 Descontaminación

La descontaminación es importante para realizar un tratamiento previo de los instrumentos y objetos que pueden haber estado en contacto con secreciones corporales, con la finalidad de hacerlos más seguros para su manipulación por el personal a cargo de su limpieza. Sin embargo, debe tenerse claro que no se puede confiar totalmente en que un desinfectante químico penetre la sangre, moco, etc. en un artículo no lavado. Por lo tanto, debe tomarse las precauciones más estrictas al limpiar instrumentos y otros artículos; incluyendo el uso de guantes, aún después de la descontaminación (ver sección 4.2). Al llevar a cabo la descontaminación, utilice guantes de hule (guantes para uso doméstico o de uso rudo). Siempre utilice recipientes plásticos, ya que los recipientes metálicos aceleran la corrosión de los instrumentos de acero inoxidable con recubrimiento a base de electroplateado.

Descontaminación de instrumentos usados y de otros artículos

- Al inicio de cada sesión de trabajo, proporcione un balde o cubeta con solución de cloro al 0.5% recientemente preparada, o con mayor frecuencia si la solución se ensucia.
- Inmediatamente después de cada procedimiento, coloque los objetos utilizados en la solución de cloro al 0.5% durante diez minutos. No espere demasiado tiempo para empezar esta descontaminación, porque ello permitiría que el material orgánico se seque y que fuera más difícil de quitar.
- Remojar los instrumentos por demasiado tiempo (o en soluciones muy concentradas de cloro) puede dañarlos. Enjuague los instrumentos con agua fría inmediatamente después de la descontaminación, para evitar la corrosión y para quitarles el material orgánico antes de la limpieza.

En las clínicas donde se efectúan numerosos procedimientos durante una misma sesión de atención, puede no resultar práctico descontaminar los instrumentos inmediatamente después de cada procedimiento. En estos casos, se puede seguir un proceso alternativo:

- Vierta en un balde de plástico la cantidad de agua que se necesita para preparar una solución de cloro al 0.5%. Por ejemplo, si se utiliza lejía que requiera diluir 1 tanto de lejía en 6 tantos de agua, vierta en el balde los correspondientes 6 tantos de agua.
- Inmediatamente después de cada procedimiento, coloque los instrumentos en el balde con agua, asegurándose de que el agua los cubra completamente. Una vez que ya haya en el balde la mayor cantidad de instrumentos que puedan ser cubiertos totalmente por el agua, o al final de la sesión de trabajo, lo que suceda primero, agregue al agua la cantidad de cloro requerida para hacer la solución al 0.5%, y mueva el líquido para que se mezcle. Asegúrese de que el balde con agua no tenga demasiados instrumentos, de tal forma que haya espacio suficiente para poder agregar el cloro sin hacer rebalsar el líquido.
- Deje los instrumentos en la solución de cloro por 10 minutos y luego enjuague inmediatamente con agua fría.

Descontaminación de superficies grandes

Para descontaminar las superficies grandes (ej: la superficie de la mesa ginecológica), frótelas con solución de cloro al 0.5%.

Preparación de soluciones de cloro

Las soluciones de cloro pueden ser preparadas utilizando lejía de uso doméstico (hipoclorito de sodio) (ver la Tabla 15.1) u otros compuestos de cloro disponibles en polvo (hipoclorito de calcio o soda clorinada) o en tabletas (dicloroisocianuro de sodio). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda reemplazar diariamente las soluciones de cloro, o con mayor frecuencia si es necesario, porque pierden potencia rápidamente con el paso del tiempo o después de su exposición a la luz.

Preparación de solución de cloro utilizando lejía en polvo:

Para preparar una solución de cloro utilice la siguiente fórmula:

$$\frac{\% \text{ deseado de cloro}}{\% \text{ de cloro del polvo}} \times 1000 = \text{gramos de polvo por litro de agua}$$

Ejemplos:

Para preparar una solución de cloro al 0.5% utilizando polvo de hipoclorito (lejía blanqueadora) que contenga 35% de cloro disponible:

$$\frac{0.5}{35} \times 1000 = 0.0143 \times 1000 = 14.3$$

Por lo tanto, disuelva 14.3 gramos de polvo de hipoclorito de calcio en 1 litro de agua.

Para preparar una solución de cloro al 0.1% utilizando polvo de hipoclorito de calcio (lejía blanqueadora) que contenga 35% de calcio disponible:

$$\frac{0.1}{35} \times 1000 = 0.0029 \times 1000 = 2.9$$

Por lo tanto, disuelva 2.9 gramos de hipoclorito de calcio en 1 litro de agua.

Preparación de una solución diluida de cloro utilizando lejía blanqueadora líquida:

Para preparar una solución diluida de cloro, utilice la siguiente fórmula para determinar los tantos de agua necesarios por cada tanto de concentrado de cloro (lejía blanqueadora líquida):

$$\frac{\% \text{ de cloro en el concentrado}}{\% \text{ de cloro deseado}} - 1 = \text{tantos de agua por tanto de concentrado}$$

Ejemplo: Para preparar una solución al 0.5% utilizando un concentrado al 3.5%

$$\frac{3.5}{0.5} - 1 = 7 - 1 = 6$$

Por lo tanto, agregue 6 tantos de agua por cada tanto de concentrado (ver también la Tabla 15.1).

Tabla 15.1—Cómo preparar una solución de cloro al 0.5% usando lejía o blanqueador líquido (hipoclorito de sodio)

Ejemplo de Marca comercial – País	% de cloro disponible	Dilución al 0.5%
ACE—Turquía, Eau de Javel—Francia (15° cloro) ¹	5	1 tanto de lejía por 9 tantos de agua
Lejía—Perú	10	1 tanto de lejía por 19 tantos de agua
JIK—Kenya, Robin Bleach—Nepal	3.5	1 tanto de lejía por 6 tantos de agua
Blanqueador Cloro —México	6	1 tanto de lejía por 11 tantos de agua
Lavandina—Bolivia	8	1 tanto de lejía por 15 tantos de agua
Extrait de Javel —Francia (48° cloro) ¹	15	1 tanto de lejía por 29 tantos de agua

¹Si las concentraciones de cloro activo son expresadas en grados de cloro, haga la conversión a porcentajes así: 1 grado de cloro equivale aproximadamente a 0.3% de cloro activo; por lo tanto, multiplique los grados de cloro por 0.3.

4.2 Limpieza

Es crucial limpiar los instrumentos y otros artículos antes de los procedimientos de esterilización y desinfección, para remover los materiales orgánicos, que podrían:

- Atrapar microorganismos en algún residuo que los podría proteger de los procedimientos de esterilización y desinfección.
- Desactivar parcialmente los desinfectantes químicos y las sustancias esterilizadoras, haciéndolos menos efectivos.

Cómo limpiar

Limpie los instrumentos y las superficies grandes con detergente y agua. El agua sola no es efectiva para eliminar proteínas, aceites, ni grasas. Use un detergente líquido o en polvo que sea fácilmente soluble en agua. Evite usar jabón o detergentes que contengan jabón, ya que los ácidos grasos de los jabones reaccionan con los minerales de las aguas duras, y forman residuos que posteriormente son difíciles de quitar. No utilice abrasivos (ej: Vim o Comet) porque pueden dañar los instrumentos.

- Utilice guantes de hule gruesos (caseros o de uso rudo) y, si es posible, protección para los ojos.
- Limpie los instrumentos con detergente y agua, usando un cepillo. Haga esto bajo la superficie del agua, para evitar las salpicaduras de material infeccioso. Preste especial atención a los instrumentos con ranuras, articulaciones o tornillos.
- Enjuáguelos con agua para quitarles los residuos de detergente, que podrían interferir con la desinfección química o con la esterilización.
- Séquelos al aire o con una toalla limpia. (El agua de los instrumentos mojados diluiría las sustancias químicas utilizadas para la desinfección o esterilización). No es necesario secar los instrumentos que serán hervidos.

4.3 Desinfección de alto nivel (DAN)

Si se efectúa apropiadamente, la Desinfección de Alto Nivel (DAN) destruye las bacterias, virus, hongos y parásitos, pero no elimina confiablemente las endosporas bacterianas. La DAN hace que los objetos sean seguros si entran en contacto con piel lastimada o con mucosas intactas. Para objetos que entrarán en contacto con el torrente sanguíneo o con tejidos subdérmicos, se prefiere la esterilización como método de procesamiento. Cuando no es posible esterilizarlos, la DAN es la única alternativa aceptable. Se puede lograr la DAN a través de dos técnicas: *hirviendo los objetos, o químicamente (desinfección en frío)*.

Hervir

- Descontamine, limpie y seque todos los objetos a ser desinfectados (ver secciones 4.1 y 4.2).
- Utilice una olla con tapa o un hervidor de instrumentos.
- Sumerja todos los instrumentos de tal forma que el agua los cubra por completo. Abra los instrumentos articulados, como tijeras y pinzas. Desarme los artículos que consten de más de una pieza. Asegúrese de que todas las vasijas y recipientes a ser desinfectados estén llenos de agua. Las vasijas no deben ser colocadas boca abajo, ya que el aire atrapado en ellas no alcanzará la temperatura adecuada para matar los microorganismos.
- Cierre la tapa y aplique calor.
- Hierva por un mínimo de 20 minutos; empiece a medir el tiempo cuando el agua esté ya en plena ebullición.
- Disminuya el calor para mantener el agua hirviendo, porque la ebullición muy vigorosa desperdicia combustible, evapora el agua y puede dañar el equipo.
- Una vez que empiece a medir el tiempo, ya no agregue nada al recipiente, ni siquiera agua.
- Inmediatamente después de hervir los objetos, retírelos con una pinza estéril o desinfectada. Los objetos se secarán mejor si los saca del agua mientras todavía están calientes. No deje los objetos en el agua y sin la tapa una vez que el agua deje de hervir, porque al irse enfriando el agua, el vapor se condensa y succiona aire y partículas de polvo hacia adentro del recipiente, lo que puede contaminar los instrumentos. Después de sacarlos del agua caliente, colóquelos en una bandeja o plato que también haya sido hervido.
- Para procedimientos como la anticoncepción quirúrgica masculina o femenina, la inserción o retiro de implantes y la inserción de DIU, los instrumentos pueden ser utilizados mojados, inmediatamente después de que se enfríen, o ser secados al aire y almacenados en un recipiente cubierto desinfectado, para ser utilizados antes de 24 horas.
- Para procedimientos como el examen pélvico, los instrumentos no necesitan estar estériles o desinfectados al momento de ser utilizados. Sin embargo, estos instrumentos sí deben ser esterilizados o desinfectados entre uno y otro caso. Deben ser almacenados y manipulados de tal forma que se mantengan limpios, pero no necesariamente estériles o desinfectados. Seque estos objetos al aire o con una toalla limpia antes de utilizarlos o almacenarlos. Si los seca con una toalla, la toalla debe ser utilizada sólo para este propósito y debe ser cambiada a diario o con mayor frecuencia en caso de ser necesario.

Utilice la misma agua para hervir el equipo durante todo el día, agregándole solamente lo suficiente para mantener el nivel de agua por lo menos 1 pulgada (más de 2 cm) por encima del equipo a ser desinfectado. Estar cambiando frecuentemente toda el agua, aumenta la probabilidad de que se formen depósitos de sales minerales.

Desinfección química

Selección de un desinfectante

- Glutaraldehído al 2% (ej.: Cidex).
- Formaldehído al 8%.
- Solución de cloro al 0.1% (debe utilizarse agua hervida para la dilución).

Aunque los alcoholes y los yodoforos son de bajo costo y fáciles de conseguir, no deben ser utilizados como desinfectantes. Los alcoholes no eliminan algunos virus y esporas; y se sabe que algunas pseudomonas se multiplican en los yodoforos. El peróxido de hidrógeno (al 6%) es un desinfectante de alto nivel, pero es sumamente corrosivo y pierde potencia rápidamente al ser expuesto al calor y a la luz.

Precauciones

Tenga precaución al usar los siguientes compuestos químicos:

- *Formaldehído.* No lo diluya con agua clorinada ya que se puede producir un carcinógeno (éter de bis-clorometilo).
- *Formaldehído y glutaraldehído.* Los vapores de estos dos compuestos químicos son tóxicos y causan irritación de la piel, ojos y vías respiratorias. Siempre utilícelos en áreas bien ventiladas y utilice guantes. El formaldehído es más tóxico.
- *Soluciones de cloro.* Estas soluciones pueden corroer los metales. Siempre enjuague con prontitud para evitar la corrosión.

Procedimientos

- Utilice guantes para uso doméstico gruesos.
- Descontamine, limpie y seque todos los objetos que va a desinfectar (ver secciones 4.1 y 4.2).
- Utilice un recipiente limpio con tapa. Abra los instrumentos articulados, como tijeras y pinzas. Desarme los objetos que consten de más de una pieza. Cubra todos los objetos completamente con la solución desinfectante.

- Remoje en glutaraldehído, formaldehído o solución de cloro al 0.1% por 20 minutos.
- Retire los objetos de la solución, utilizando pinzas o guantes desinfectados.
- Enjuáguelos bien con agua estéril o hervida.
- Para procedimientos tales como la anticoncepción quirúrgica masculina o femenina, inserción o retiro de implantes e inserción de DIU, los instrumentos pueden ser utilizados mojados, inmediatamente después que se enfríen, o ser secados al aire y almacenados en un recipiente cubierto y desinfectado, para ser utilizados antes de 24 horas.
- Para procedimientos como el examen pélvico, los instrumentos no necesitan estar estériles o desinfectados al momento de ser utilizados. Sin embargo, estos instrumentos sí deben ser esterilizados o desinfectados entre uno y otro caso. Deben ser almacenados y manipulados de tal forma que se mantengan limpios, pero no necesariamente estériles o desinfectados. Seque estos objetos al aire o con una toalla limpia antes de utilizarlos o almacenarlos. Si los seca con una toalla, la toalla debe ser utilizada solamente para este propósito y debe ser cambiada a diario o con mayor frecuencia en caso necesario.

Debe evitarse desinfectar químicamente las agujas y jeringas, porque es difícil enjuagarlas bien, y los residuos químicos pueden interferir con la acción de los medicamentos que se inyecten.

Preparación y almacenamiento de las soluciones

- El formaldehído se encuentra disponible comercialmente en soluciones al 35%–40%. Debe diluirse un tanto de esta solución en 4 tantos de agua hervida, para preparar una solución final que contenga aproximadamente 8% de formaldehído. No lo diluya con agua clorinada ya que puede producirse un carcinógeno (éter bis-clorometílico).
- Las soluciones de glutaraldehído se encuentran disponibles en forma acuosa al 2%. La mayoría deben ser “activadas” antes de poder utilizarlas. La activación implica agregarle a la solución un polvo o un líquido que viene incluido junto con la solución; esto la convierte en una solución alcalina. Deben seguirse las instrucciones del fabricante.
- Ver la sección 4.1 para mayor información sobre la manera de preparar soluciones de cloro.

Cambie las soluciones de cloro diariamente y las de glutaraldehído cada 2 semanas, o con mayor frecuencia si ya están muy diluidas o se ven brumosas.

4.4 Esterilización

El proceso de esterilización asegura la destrucción de todos los microorganismos, inclusive las endosporas bacterianas. Se puede lograr la esterilización mediante calor (vapor de agua a alta presión o calor seco), o mediante sustancias químicas ("esterilización en frío").

Otra técnica, en uso en algunos países, es la esterilización con gas, utilizando óxido de etileno (OET). Sin embargo, el OET puede producir daños a los seres humanos. Es tóxico, mutagénico, posiblemente carcinogénico, inflamable y explosivo. Además es un proceso caro; y, por lo tanto, su utilización no resulta práctica para la mayoría de los programas de SSR/planificación familiar.

Recientemente ha sido patentada una nueva técnica que utiliza paraformaldehído. Se vaporiza el paraformaldehído por medio de calor seco en un área cerrada, para desinfectar o esterilizar objetos. Se ha utilizado este proceso para esterilizar laparoscopios. El gas es sumamente tóxico, el calor lo hace muy expansible y es difícil garantizar las condiciones para su uso seguro en establecimientos clínicos. Por ello, no se recomienda este método.

Esterilización con vapor (en autoclave)

Generalmente, el método elegido para esterilizar los instrumentos y otros artículos usados en los servicios de SSR/planificación familiar y otras instalaciones de atención a la salud, es el vapor de agua, saturado y sometido a alta presión. Para la esterilización con vapor se requieren las siguientes condiciones:

- Adecuado contacto del vapor con todas las superficies de los artículos a ser esterilizados.
- Temperaturas lo suficientemente elevadas.
- Control adecuado del tiempo.

Los dos tipos de esterilizador por vapor utilizados más frecuentemente son: los autoclaves de desplazamiento por gravedad, y los autoclaves de pre-vacío.

- *Autoclaves de desplazamiento por gravedad.* Con este tipo de autoclave el agua del fondo del esterilizador se calienta y se convierte en vapor. Al irse produciendo el vapor y llenando la cámara del autoclave, el aire frío es desplazado fuera de la cámara. Es importante que salga todo el aire de la cámara para lograr la esterilización. Hay esterilizadores del tipo olla de presión, que pueden ser utilizados con quemadores de keroseno o eléctricos. Estos han sido utilizados en los programas de inmunización, pero han sido modificados para esterilizar los instrumentos utilizados en los procedimientos de planificación familiar, tales como inserción de DIU e inserción y retiro de implantes.

- *Esterilizadores de pre-vacío.* Estos esterilizadores utilizan una bomba de vacío para sacar rápidamente el aire de la cámara del esterilizador antes de la entrada del vapor. Esto reduce el tiempo total del ciclo y la probabilidad de que se formen bolsas de aire dentro de la cámara. Los esterilizadores de pre-vacío son más caros, y su manejo y mantenimiento son más difíciles. Normalmente se les utiliza en hospitales grandes.

Las clínicas de SSR/planificación familiar generalmente utilizan autoclaves de desplazamiento por gravedad. Las siguientes guías se aplican sólo a los autoclaves de desplazamiento por gravedad.

Preparación de los artículos

Para asegurar su manejo correcto, consulte los instructivos específicos proporcionados por los fabricantes.

- Descontamine, limpie y seque todos los artículos a ser esterilizados.
- Envuelva con gasa las orillas con filo, y las puntas de las agujas. Mantenga abiertos los instrumentos tales como tijeras, hemostatos, pinzas arteriales, y desarme los instrumentos que consten de más de una pieza o que tengan piezas deslizantes.
- No amarre unos instrumentos con otros utilizando bandas de hule u otras ataduras, ya que ello impide el contacto del vapor con todas las superficies.

Envoltura

Los instrumentos y otros artículos pueden ser esterilizados envueltos o desenvueltos. Si se esterilizarán instrumentos envueltos:

- Envuelva los instrumentos y otros artículos limpios en tela de algodón, muselina doble grueso (de 140 hilos), envolturas de papel, o en papel periódico, antes de esterilizarlos en el autoclave.
- Para la esterilización, la envoltura debe:
 - Ser lo suficientemente grande para envolver completamente todos los artículos.
 - Estar doblada adecuadamente para asegurar el contenido del paquete.
 - Estar lo suficientemente floja para permitir que salga el aire y penetre el vapor.
 - Permitir el almacenamiento seguro y su apertura en forma aséptica al momento de utilización.
- Coloque los instrumentos envueltos, en bandejas con fondo de malla o perforado.
- Si utiliza recipientes cilíndricos para autoclave, asegúrese de que:
 - el cilindro no esté sobrecargado.
 - los orificios estén en posición abierta.

Llenado

- No sobrecargue el autoclave. Deje suficiente espacio entre los objetos para una buena salida del aire, penetración del vapor y salida del vapor.
- Asegúrese de que todos los objetos estén secos antes de colocarlos en el autoclave.
- No esterilice artículos de tela y guantes junto con objetos duros. Los diferentes tipos de artículos deben ser esterilizados por separado. Si no es posible esterilizarlos por separado, coloque los artículos de tela y los guantes en los anaqueles superiores y los objetos duros debajo. Esto evitará que los artículos de tela o los guantes se mojen debido al goteo por condensación (humedad) de los objetos duros al enfriarse.
- Coloque las bandejas con los paquetes de instrumentos de tal forma que se asegure una distribución uniforme de los instrumentos y se facilite el drenaje apropiado. Si las bandejas tienen agujeros en el fondo, colóquelas horizontalmente sobre el anaquel. Si no tienen agujeros en el fondo, colóquelas inclinadas de un lado.
- Coloque los utensilios, vasijas, bandejas de tratamiento, apoyados de costado sobre el anaquel.
- Coloque los paquetes con artículos de tela de manera que las distintas capas de tela queden en posición perpendicular al anaquel (y no acostadas unas sobre otras), para una mejor salida del aire, penetración del vapor y salida del vapor en la fase de secado.
- No permita que los objetos topen contra las paredes de la cámara, donde podrían mojarse con humedad condensada, o calentarse demasiado y quemarse.
- Utilice cestas esterilizables para colocar los objetos pequeños en los anaqueles del esterilizador.
- Los paquetes de instrumentos no deben exceder los 8 kg (18 lb) de peso. Los paquetes de vasijas no deben exceder los 3 kg (7 lb). Los paquetes de artículos de tela no deben exceder de 30 x 30 x 50 cm (12 x 12 x 15 pulg.) de tamaño ni 5 kg (12 lb) de peso, para asegurar una buena penetración de vapor al paquete.

Temperatura, presión, y tiempo de esterilización

- Esterilice a una temperatura de 121° C (250° F) y a una presión de 106 kPa (15 lbs/pulg²), durante 20 minutos para esterilizar objetos desenvueltos; y 30 minutos para objetos envueltos. Si está esterilizando una carga mixta, esterilice por 30 minutos. Empiece a medir el tiempo a partir del momento en que se alcance la temperatura y presión requeridas.

- Una vez que se ha completado el tiempo, apague el calor y abra la válvula de presión. Espere a que el indicador de presión marque cero (unos 20 a 30 minutos) para evitar la salida súbita de vapor al abrir la puerta, con el consiguiente riesgo de lastimar a la persona que realiza el procedimiento.
- Abra la puerta unos 12–14 cm. (5–6 pulgadas) tan pronto como el indicador de presión marque cero. Permanezca detrás de la puerta mientras la abre para evitar quemarse con el vapor que sale.

Si utiliza un autoclave del tipo olla de presión, haga hervir el agua con un quemador eléctrico o de keroseno hasta que empiece a salir vapor por la válvula de presión; reduzca el calor lo suficiente para mantener la salida de vapor por la válvula de presión. Asegúrese de que el vapor salga sólo por la válvula de presión y no por la válvula de seguridad ni por la orilla de la tapa. No permita que se evapore toda el agua.

Vaciado

- Permita que los objetos se sequen completamente antes de retirarlos; esto puede tomar por lo menos 30 minutos después de abrir la puerta. Los paquetes húmedos actúan como una mecha, atrayendo bacterias, virus y hongos del medio ambiente. Los objetos envueltos no se consideran aceptables si tienen gotitas de agua o humedad visible en el exterior del paquete al retirarlo de la cámara del autoclave.
- No coloque bandejas estériles sobre superficies frías, ni las coloque unas sobre otras mientras no se hayan enfriado por completo, puesto que se puede formar condensación debajo o entre ellas. Colóquelas sobre superficies cubiertas con papel o con tela.

Los objetos envueltos pueden ser almacenados hasta por 7 días, siempre y cuando se les mantenga secos. Los objetos no envueltos deben ser utilizados inmediatamente o almacenados en un recipiente estéril cerrado y ser utilizados antes de 7 días; pero los objetos deben ser utilizados antes de 24 horas una vez que se vuelva a abrir este recipiente.

Esterilización por calor seco

Para esterilizar con calor seco se recomienda utilizar un esterilizador comercial con ventilador, pero esto también puede hacerse en un horno casero corriente a base de electricidad u otro combustible. La esterilización por calor seco es ideal para las agujas y jeringas reutilizables, ya que no daña las puntas y filos tanto como los autoclaves. Resulta conveniente en climas húmedos ya que elimina el problema de los "paquetes húmedos". La esterilización por calor seco puede ser

utilizada como opción para objetos metálicos o de vidrio. No debe ser utilizada para telas, plásticos, ni hule, ya que estos se pueden quemar o derretir.

- Descontamine, limpie y seque todos los instrumentos que va a esterilizar.
- Si es necesario, envuelva los instrumentos en muselina de algodón o en papel de aluminio. Si utiliza muselina de algodón, tenga cuidado de que la temperatura del horno no exceda los 204° C (399° F). Si la temperatura del horno no es regulable con precisión, no utilice muselina.
- Esterilice a 170° C (340° F) por una hora. Empiece a medir el tiempo una vez que la temperatura del horno haya alcanzado los 170° C. (El tiempo total del ciclo es de unas 2 a 2 1/2 horas, incluyendo la colocación de los instrumentos en el horno, calentarlos a 170° C, que transcurra 1 hora, y que se enfríen).
- Si va a esterilizar agujas u otros instrumentos cortantes, hágalo a 160° C por 2 horas (el tiempo total del ciclo será de unas 3 a 3 1/2 horas), ya que las temperaturas más altas tienden a dañar los fillos.
- Una vez que los paquetes estén fríos, sáquelos y almacénelos hasta por 7 días en recipientes estériles cerrados (si esterilizó objetos no envueltos, debe sacarlos con pinzas estériles y utilizarlos inmediatamente), o almacenarlos hasta por 7 días en recipientes estériles cerrados; pero una vez que se vuelva a abrir este recipiente, los objetos deben ser utilizados antes de 24 horas.

Esterilización química

A la esterilización química también se le llama "esterilización en frío". Para la esterilización química se utilizan desinfectantes tales como glutaraldehído al 2% y formaldehído al 8%. Cuando los instrumentos son remojados por períodos prolongados (10–24 horas), se eliminan las endosporas. **Precaución: Los vapores de ambas sustancias químicas son irritantes para la piel, los ojos, y las vías respiratorias. El formaldehído es más tóxico, aunque menos caro que el glutaraldehído. Ambas sustancias químicas deben ser utilizadas en áreas bien ventiladas.**

Indicaciones

- Si no se cuenta con equipo para esterilizar con calor húmedo o seco.
- Si el calor húmedo o seco dañaría los objetos (ej.: laparoscopia).

Procedimientos

- Utilice guantes caseros gruesos.
- Descontamine, limpie y seque todos los objetos a ser esterilizados.
- Utilice un recipiente limpio con tapa. Abra los objetos articulados como las tijeras o pinzas, y desarme los objetos que consten de más de una pieza. Cubra los objetos por completo con la solución.
- Remoje los objetos en solución de glutaraldehído al 2% por un mínimo de 10 horas, o en formaldehído al 8% por 24 horas.
- Saque los objetos de la solución, con pinzas estériles de forcipresión/extracción.
- Enjuáguelos bien con agua estéril, ya que ambas sustancias dejan residuos en los instrumentos tratados. No utilice agua hervida, ya que la ebullición no desactiva las endosporas de manera confiable y el agua puede recontaminar los instrumentos estériles.
- Para procedimientos como anticoncepción quirúrgica masculina o femenina, inserción o retiro de implantes, e inserción de DIU, los instrumentos pueden ser utilizados inmediatamente después de ser enjuagados (todavía mojados), o ser secados al aire y almacenados hasta por 24 horas en un recipiente cerrado desinfectado.
- Para procedimientos como el examen pélvico, los instrumentos no necesitan estar estériles o desinfectados al momento de ser utilizados. Sin embargo, estos instrumentos deben ser esterilizados o desinfectados entre uno y otro caso. Deben ser manipulados y almacenados a manera de mantenerlos limpios, pero no necesariamente estériles o desinfectados. Séquelos al aire o con una toalla limpia antes de utilizarlos o almacenarlos. Si los seca con una toalla, ésta debe ser utilizada sólo para ese propósito y debe ser reemplazada a diario, o con mayor frecuencia si es necesario.

5 Procesamiento de objetos específicos

5.1 Cubierta de mesa ginecológica u otras superficies grandes

- Lávela a diario con detergente y agua. Asegúrese que no quede ninguna materia orgánica.
- Siempre que se haya derramado alguna secreción (ej.: sangre), descontamine y limpie la superficie antes de recibir a el/la siguiente cliente. Frote la superficie con una tela mojada en solución de cloro al 0.5% y lávela.

5.2 Artículos de tela para procedimientos quirúrgicos (gorros, mascarillas, gabachones y sábanas)

- Utilice guantes para manipular los artículos sucios.
- Descontamine remojando todos los artículos de tela en una solución descontaminante (ver sección 4.1).
- Lávelos con detergente y agua.
- Séquelos al aire o en máquina secadora.

Para gorros y mascarillas no es necesario hacer algo más.

- Una vez que los gabachones, sábanas, y envolturas estén completamente secos, revise que no tengan agujeros o roturas. Si los tienen, las piezas debe ser reparadas o desechadas.
- Envuelva las piezas utilizando dos capas dobles de muselina (de 140 hilos) o dos capas de papel de empaque. **Los paquetes no deben medir más de 30 x 30 x 50 cm (12 x 12 x 20 pulg) ni pesar más de 5 kg (12 lbs), para que haya buena penetración del vapor.** Las piezas también pueden ser colocadas sin envolver en un cilindro para autoclave.
- Esterilice en autoclave.
- Los artículos de tela envueltos en muselina o papel, o los esterilizados sin envolver dentro de un cilindro, pueden ser almacenados hasta por una semana. Sin embargo, una vez que un cilindro con artículos de tela no envueltos ha sido abierto, las piezas que contenga deben ser utilizadas antes de 24 horas. Almacene los artículos de tela en un lugar seco, libre de polvo e insectos, de preferencia dentro de un gabinete o en un contenedor. Para proteger estos artículos de tela, no los almacene cerca de lugares que sean trapeados con frecuencia o cerca de un lavabo.

Si los artículos de tela se humedecen o si no han sido utilizados en 1 semana, deben ser esterilizados en autoclave nuevamente.

5.3 Guantes (de hule o plástico)

Para procedimientos quirúrgicos

Para realizar cualquier procedimiento invasivo (ej.: anticoncepción quirúrgica, inserción/retiro de implantes) es mejor utilizar guantes estériles. Si no se cuenta con guantes estériles, la única alternativa aceptable son los guantes desinfectados.

No utilice talcos al colocarse guantes estériles o que hayan sido desinfectados al alto nivel, ya que las partículas pequeñas de polvo pueden caer dentro del sitio de inserción y causar una reacción fibrótica.

Para procedimientos no invasivos

No es necesario utilizar guantes estériles o desinfectados para efectuar procedimientos no invasivos (ej.: examen pélvico, retiro o inserción de DIU con la técnica de no tocar el DIU). Los guantes nuevos, no estériles y de un sólo uso (desechables) son adecuados. **Sin embargo si se utilizan guantes reutilizables, es necesario esterilizarlos o sujetarlos a desinfección de alto nivel (DAN) entre uno y otro cliente para evitar las infecciones cruzadas.** Estos guantes pueden luego ser almacenados de alguna forma que los mantenga limpios, pero no necesariamente estériles o desinfectados.

Procesamiento de guantes reutilizables

- Descontámelos remojándolos en una solución de cloro al 0.5%.
- Lávelos con detergente y agua.
- Enjuague los guantes con agua limpia; llénelos con agua y busque fugas de agua para asegurarse que no tengan agujeros.

Esterilización

La manera más práctica de esterilizar los guantes es en un autoclave.

- Seque los guantes por dentro y por fuera, y dóbleles los puños hacia afuera de tal manera que cuando ya estén estériles sea posible colocárselos sin contaminarlos. Ponga gasa adentro de cada guante y bajo el doblez del puño para permitir que el vapor haga contacto con todas las superficies durante la esterilización y para evitar que las superficies se adhieran unas a otras.
- Empaque los guantes en una doble capa de muselina (de 140 hilos), papel de empaque, o papel periódico. Si utiliza un cilindro, no coloque demasiados guantes dentro.
- Esterilícelos con vapor siguiendo las instrucciones de la sección 4.4.
- Después de esterilizar los guantes, espere de 24 a 48 horas antes de utilizarlos, para que recuperen su elasticidad.

Desinfección de alto nivel (DAN)

La DAN se puede lograr hirviendo los guantes.

- Después de hervir los guantes, sáquelos con una pinza desinfectada y sacúdalos para eliminar el exceso de agua. Nunca deje los guantes hervidos en agua que ya no esté hirviendo. Al irse enfriando el agua el vapor se condensa, y el aire y el polvo pueden ser atraídos hacia adentro del recipiente, contaminando los guantes.
- Coloque los guantes en un recipiente desinfectado. Cúbralos y déjelos enfriar antes de utilizarlos.
- Utilice pinzas desinfectadas para sacar los guantes del recipiente.
- Para procedimientos invasivos, utilice los guantes inmediatamente, todavía mojados. No los almacene, ya que es difícil evitar que se contaminen mientras se secan.
- Los guantes que serán utilizados para procedimientos no invasivos y que no necesiten permanecer desinfectados, pueden ser secados con una toalla limpia que se utilice sólo para ese propósito y que sea reemplazada a diario o con mayor frecuencia si es necesario. Estos guantes pueden ser almacenados en un recipiente limpio.

5.4 Instrumentos para examen pélvico

Los instrumentos para efectuar exámenes pélvicos no necesitan estar estériles o desinfectados al momento de ser utilizados. Sin embargo, estos instrumentos deben ser esterilizados o desinfectados entre uno y otro caso.

- Descontámelos y límpielos (ver secciones 4.1 y 4.2).
- Esterilícelos o desinféctelos (ver secciones 4.3 y 4.4). Si los desinfecta, séquelos antes de utilizarlos o almacenarlos.
- Manipule y almacene los instrumentos en las condiciones requeridas para mantenerlos limpios, pero no necesariamente estériles o desinfectados.

5.5 Instrumentos para esterilización femenina y masculina (excepto laparoscopia), inserción y retiro de implantes e inserción de DIU

- Descontámelos y límpielos (ver secciones 4.1 y 4.2).
- Se recomienda esterilizarlos (ver sección 4.4).
- Si no es posible esterilizarlos, la única alternativa aceptable es la desinfección de alto nivel, haciéndolos hervir o químicamente (ver sección 4.3). Si desinfecta los instrumentos, utilícelos inmediatamente después de que se enfríen (todavía mojados); o séquelos al aire, almacénelos en un recipiente cubierto desinfectado, y utilícelos antes de 24 horas.

5.6 Endoscopios (laparoscopios)

Limpie el equipo endoscópico inmediatamente después de utilizarlo.

- Utilizando guantes de uso rudo, desarme el laparoscopio y coloque todas las piezas en una bandeja llena con agua limpia y detergente suave no abrasivo. Lave todas las superficies externas con una tela suave de algodón. Limpie los canales internos con el cepillo de limpieza provisto con el equipo de laparoscopio.
- Enjuague bien las piezas con agua, para quitarles todo el detergente que pueda interferir con la esterilización o desinfección química.
- Séquelas al aire o con una toalla limpia (si las piezas están mojadas, el agua diluirá las sustancias químicas utilizadas para la esterilización o desinfección).

Una vez limpio, el laparoscopio puede ser desinfectado químicamente o esterilizado químicamente. Normalmente se utiliza la DAN entre uno y otro casos atendidos durante el mismo día o la misma sesión de trabajo. Se recomienda esterilizarlo al final del día o de la sesión de trabajo.

- Desinfectelo químicamente remojándolo durante 20 minutos en glutaraldehído al 2% ó en formaldehído al 8%.
- Esterilícelo remojándolo durante 10 horas en glutaraldehído al 2% ó durante 24 horas en formaldehído al 8%.

Si no es posible esterilizar el laparoscopio al final del día, límpielo todo, y lave el canal interno con alcohol para facilitar el secado del mismo. Déjelo hasta el día en que será utilizado de nuevo; el equipo deberá ser desinfectado químicamente ese día, antes de ser utilizado.

5.7 Agujas y jeringas

Lo ideal es utilizar agujas y jeringas desechables. Estas agujas y jeringas no deben ser reprocesadas y utilizadas de nuevo. Deben ser desechadas adecuadamente después de utilizarlas una única vez (ver sección 8.5).

Sin embargo, algunos programas pueden encontrar dificultad en mantener una dotación confiable de jeringas y agujas desechables, y tendrán que recurrir a las reutilizables.

Procesamiento de las jeringas y agujas reutilizables

- Utilice guantes de uso rudo de hule.
- Descontamine las agujas y jeringas inmediatamente después de utilizarlas:
 - Llene las agujas y jeringas, todavía montadas, con solución de cloro al 0.5% y remójelas en la solución durante 10 minutos.
 - Enjuáguelas llenándolas 3 veces con agua limpia.
- Desmóntelas y lávelas con detergente y agua, para quitarles todas las partículas.
- Enjuáguelas con agua.
- Seque las jeringas al aire o con una toalla, y seque las agujas al aire, antes de esterilizarlas. Si van a ser desinfectadas por ebullición, no es necesario secarlas.
- Esterilice las jeringas de vidrio con calor seco o en autoclave (ver detalles en la sección 4.4).
- Si no es posible esterilizarlas, desinfectelas mediante ebullición. (ver detalles en la sección 4.3).

5.8 Recipientes para almacenar instrumentos

- Si un recipiente es contaminado con sangre o secreciones, descontamínelo remojándolo en solución de cloro al 0.5% por 10 minutos y enjuáguelo inmediatamente después de la descontaminación.
- Lave el recipiente con detergente y agua, para quitarle todas las partículas.
- Esterilícelo por calor seco o en autoclave, 0:
- Desinfectelo:
 - Hierva el recipiente y su tapa.
 - Si el recipiente es demasiado grande para hervirlo, desinfectelo químicamente llenándolo con solución de cloro al 0.5% y remojándolo por 20 minutos.
- Reesterilícelo o redesinfectelo semanalmente, cuando se vacíe o cuando se contamine.

5.9 Agua

Desinfección de alto nivel (DAN)

El agua puede ser desinfectada haciéndola hervir. Si el agua se ve sucia, es mejor filtrarla antes de hervirla si es evidente que está sucia. El agua hervida puede necesitarse para enjuagar artículos sujetos a DAN por medios químicos.

6 Almacenamiento de equipo estéril o desinfectado

El equipo esterilizado o desinfectado debe ser almacenado en estantes cerrados o en recipientes tapados, para protegerlo de la humedad, del polvo y de la suciedad. El área de almacenamiento debe ser accesible fácilmente, pero debe estar alejada de donde circulen material contaminado y personas no relacionadas con la preparación o manipulación del equipo y el material. También debe estar separada del área donde se limpia el material contaminado y preparado para la esterilización o desinfección.

- Almacene los paquetes cuando alcancen la temperatura ambiente (esto toma aproximadamente 1 hora).
- No cubra paquetes tibios con cubiertas de plástico. Esto atraparé humedad, la que permanecerá allí hasta que se abra la cubierta.
- Si un paquete se cae, se rompe o se moja, considérello contaminado.
- Anote sobre los paquetes y recipientes utilizados para almacenar objetos estériles o desinfectados, la fecha de vencimiento, la lista de los objetos y el nombre de la persona que esterilizó o desinfectó el material. Almacene los paquetes y los recipientes estériles (cilindros) hasta por una semana.
- Almacene lejos del suelo los paquetes y los recipientes con objetos estériles.
- Reprocese los objetos que no hayan sido utilizados en una semana. Moje los artículos de tela antes de colocarlos otra vez en el autoclave, para restablecerles la humedad, ya que las fibras secas hacen que la tela pierda parte de su capacidad para formar una barrera protectora contra los microorganismos.
- Si los objetos estériles o desinfectados son distribuidos desde una central de aprovisionamiento a las áreas de servicio de un edificio grande, o de un edificio a otro, o si son utilizadas en clínicas móviles, cubra adecuadamente todos los objetos para transportarlos.
- Antes de almacenar los suministros con otros materiales estériles, o de llevarlos al cuarto de procesamiento, sáquelos de las cajas o empaques en que lleguen. Las cajas de cartón tienen polvo y suciedad, y pueden albergar insectos.
- Utilice inmediatamente los objetos no envueltos, o colóquelos en un recipiente estéril/desinfectado (DAN), y utilícelos antes de una semana. Sin embargo, una vez que este recipiente haya sido abierto, todos los objetos que contenga deberán ser utilizados antes de 24 horas, esterilizados o sujetos a DAN de nuevo.

7 Precauciones durante los procedimientos

7.1 Lavado de manos

El lavado de manos probablemente sea la medida más importante para la prevención de infecciones.

Indicaciones

- Antes y después de examinar a un cliente, especialmente si se tocan las membranas mucosas.
- Antes de colocarse guantes estériles o desinfectados al alto nivel para un procedimiento quirúrgico (lavado quirúrgico).
- Después de quitarse los guantes, ya que pueden tener agujeros o roturas no visibles.
- Después de manipular objetos contaminados, tales como instrumentos usados (sucios) (aunque debe utilizarse guantes).
- Después de tocar accidentalmente sangre o secreciones corporales (ej.: al tomar muestras de laboratorio).

El personal que administra inyecciones debe mantener las manos limpias, aunque no siempre se requiere lavarse las manos entre procedimientos.

Asegúrese que se cuenta con los siguientes materiales:

- *Jabón*. Utilice jabón común y corriente para el lavado rutinario de manos. Si se utiliza jabón de barra, provea barras pequeñas y jaboneras que drenen. Los microorganismos se multiplican en la humedad y en el agua estancada.
- *Agua corriente limpia*. Si no se cuenta con agua corriente, utilice un balde o cubeta con grifo, o un balde y una jarra. Si el agua disponible no está limpia, fíltrela pasándola por una tela, y/o hiérvala.
- *Un desagüe para drenar el agua utilizada*. Si no se cuenta con un desagüe, recoja en una vasija el agua utilizada y descártela en el inodoro.
- *Toallas limpias y secas*.

Para el lavado quirúrgico también se necesita los siguientes artículos:

- Toallas estériles.
- Limpiauñas de madera o cepillo para limpiarse las uñas.
- Cepillo suave o esponja para limpiarse la piel.
- Jabón antiséptico.

Técnica

Para *procedimientos no quirúrgicos* (ej.: para examinar un cliente, examen pélvico, inserción/retiro de DIU):

- Lávese las manos rápidamente con jabón común y corriente durante unos 15–30 segundos; luego enjuáguese en un chorro de agua. Séquese las manos con una toalla limpia o al aire. Las toallas compartidas se contaminan fácilmente.

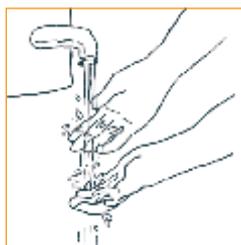
Para *procedimientos quirúrgicos* (ej.: laparoscopia, minilaparotomía, vasectomía, inserción o retiro de implantes):

- Quítese todos los artículos de joyería, inclusive el reloj de pulsera.
- Lávese las manos con jabón antiséptico durante 3 a 5 minutos.
 - Límpiense las uñas con un cepillo o con algún instrumento limpiauñas.
 - Cepílese las manos con un cepillo suave o con una esponja. Empiece por las puntas de los dedos, lávese las zonas entre todos los dedos y avance hacia el codo.
 - Repita en la otra mano.
- Enjuáguese cada brazo por separado, empezando por las puntas de los dedos, manteniendo las manos por encima del nivel de los codos para evitar que el agua corra de los codos hacia las manos.
- Séquese las manos con una toalla estéril.
- Una vez completado el lavado de manos, mantenga las manos por encima del nivel de la cintura.
- Si las manos tocan cualquier objeto no estéril antes de colocarse los guantes, repita el lavado de manos. Si esto sucede con los guantes ya puestos, sólo cámbiese los guantes.

Si no se cuenta con jabón antiséptico, lávese las manos con jabón corriente y agua, y posteriormente frótese las manos durante dos minutos con una solución de alcohol que contenga un emoliente. Deje que el alcohol se seque, para que tenga efecto antiséptico. Este procedimiento está indicado especialmente para el personal alérgico a los antisépticos o a los detergentes.

Para preparar esta solución se puede agregar 2 ml ya sea de glicerina, propilenglicol o sorbitol a 100 ml de alcohol al 60%–90%.

Figura 15.2 Pasos para procedimientos no quirúrgicos



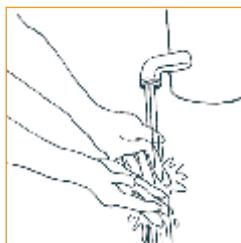
Mójese las manos con agua corriente.



Frótese las manos con el jabón haciendo abundante espuma. Asegúrese de frotar todas las partes de sus manos.



Entrelace vigorosamente los dedos y pulgares y deslícelos hacia adelante y hacia atrás durante 15–30 segundos (o por mayor tiempo si las manos están visiblemente sucias).



Enjuáguese las manos bajo un chorro de agua limpia y corriente hasta que todo el jabón sea eliminado de sus manos.



Séquese las manos con una toalla limpia o permita que sus manos se sequen al aire.

7.2 Uso de guantes

Todo el personal debe ponerse guantes antes de tocar sangre o secreciones, ya sea atendiendo a un cliente o manipulando equipo o material contaminado. Los guantes pueden ser de látex o de algún material sintético como vinilo. Los guantes de vinilo para examen son más débiles y se rompen con mayor facilidad que los de látex, pero son una alternativa aceptable para procedimientos no invasivos si no se cuenta con guantes de látex.

Indicaciones

Guantes estériles: Para procedimientos quirúrgicos, es preferible utilizar guantes estériles.

Guantes desinfectados: Cuando no se cuenta con guantes estériles para los procedimientos quirúrgicos, puede utilizarse guantes recién desinfectados, todavía mojados.

Guantes no estériles: Los guantes no estériles limpios son adecuados para procedimientos no quirúrgicos, tales como:

- Inserción de DIU (si se hace con la técnica de no tocar el DIU).
- Retiro de DIU.
- Examen pélvico.

Se puede utilizar guantes de examen desechables no estériles o guantes reutilizables. Si se utiliza guantes reutilizables para estos procedimientos, es necesario esterilizarlos/desinfectarlos entre uno y otro cliente para evitar las infecciones cruzadas, aunque no es necesario que estén estériles o desinfectados al momento de utilizarlos.

Ver detalles de los procesos de desinfección y esterilización en las secciones 4.3 y 4.4.

Guantes de uso rudo

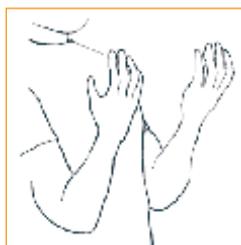
Son guantes gruesos de hule, hechos especialmente para resistir uso frecuente y rudo. Normalmente son de bajo costo y se les suele utilizar para las tareas del hogar.

Indicaciones

- Para manipular instrumentos usados (ej.: durante la descontaminación, transporte y limpieza).
- Para limpiar derrames de sangre o secreciones.
- Para manipular materiales de desecho.

No utilice guantes rajados, raspados, o con agujeros o rasgaduras visibles.

Figura 15.3 Pasos para colocarse los guantes quirúrgicos



Prepare un área amplia, limpia y seca para abrir el paquete de guantes. Abra el paquete exterior de guantes y entonces realice el lavado quirúrgico; o bien, realice el lavado quirúrgico primero y solicite a alguien más que abra el paquete de guantes para usted.



Abra la envoltura interior de los guantes, exponiendo los guantes con los puños doblados hacia afuera y las palmas hacia arriba.



Levante el primer guante por el puño, tocando solamente la porción interior del puño (el interior es la parte que estará tocando su piel cuando tenga puestos los guantes).



Mientras que sostiene el puño con una mano, deslice su otra mano dentro del guante. (Apuntando los dedos del guante hacia el piso, mantendrá los dedos de no tocar objeto alguno y mantenga los guantes por arriba del nivel de su cintura.



Levante el segundo guante deslizando los dedos de la mano enguantada por debajo del puño del segundo guante. Tenga cuidado de no contaminar la mano enguantada con la mano sin guante mientras que se coloca el segundo guante.



Colóquese el segundo guante sobre la mano desnuda jalando firme y sostenidamente el guante a través del puño. Ajuste los dedos y los puños hasta que los guantes se ajusten cómodamente.

Reimpreso de: EngenderHealth, 2001. Prevención de Infecciones: Un Folleto de Referencia para Proveedores de Atención a la Salud (A Reference Booklet for Health Care Providers). Nueva York. Usado con Permiso.

7.3 Procedimientos de inyección

- Lávese bien las manos con agua y jabón.
- Como primera opción use una aguja y una jeringa de un solo uso (desechables). Si esto no es posible, puede utilizarse una jeringa y aguja reutilizable siempre y cuando hayan sido esterilizadas apropiadamente o desinfectadas mediante ebullición.
- Si utiliza aguja y jeringa hervidas, saque la aguja y la jeringa del recipiente utilizando una pinza desinfectada y seca.
- Siempre cambie la aguja y la jeringa para cada cliente. Cambiar sólo la aguja entre uno y otro cliente sin cambiar la jeringa, puede provocar la transmisión de una infección (hepatitis B, VIH, y otras).
- Siempre que sea posible utilice frascos de una sola dosis. Si utiliza frascos de dosis múltiples:
 - Evite la costumbre de dejar una aguja insertada en la tapa del frasco para utilizarla varias veces. Esta peligrosa práctica proporciona una ruta directa para que los microorganismos entren al frasco y contaminen el líquido entre una y otra inyección.
 - Antes de extraer cada dosis, limpie la parte superior del frasco con un algodón mojado en alcohol al 60%–90% y déjelo secar.
- Extraiga el líquido hacia la jeringa. Utilice la misma aguja que utilizará para la inyección.

8 Ambientes

Es importante disminuir los niveles de contaminación y crecimiento microbiano en la clínica, especialmente en las siguientes áreas:

- *Áreas de procedimientos*: donde se examina a los clientes, se inserta y se retira DIU, se inserta y se retira implantes, y se lleva a cabo vasectomías.
- *Áreas quirúrgicas*: donde se hace mini laparotomías, laparoscopias, y otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
- *Áreas de trabajo*: donde se limpia, se desinfecta o esteriliza, y se almacena instrumentos, artículos de tela, guantes, y otro equipo.

Esto se puede lograr:

- Manteniendo limpias estas áreas.
- Minimizando el tránsito a través de ellas.
- Manejando y descartando adecuadamente los desechos.

8.1 Limpieza de las áreas de actividad

Se requiere detergente y agua para limpiar la mayoría de las áreas de actividad.

Para limpiar quirófanos y las áreas donde puede haber bastante contaminación, como inodoros, y lugares donde haya derrames de sangre o secreciones, se requiere además una solución limpiadora desinfectante. Para preparar una solución limpiadora desinfectante:

- A una solución de cloro al 0.5% agréguele suficiente detergente líquido para obtener una solución ligeramente jabonosa.

Precaución: No utilice solución limpiadora o detergente que contenga ácidos (ej.: ácido fosfórico), amoníaco o cloruro de amonio, porque al mezclar cualquiera de estos compuestos con la solución de cloro se producen gases que pueden enfermar temporalmente a las personas expuestas.

Guías generales

- Siempre utilice guantes de uso rudo, especialmente para limpiar áreas muy contaminadas, como inodoros y derrames de sangre y secreciones. Si no se cuenta con guantes, cúbrase las manos con bolsas de plástico, o evite el contacto directo con las manos.
- La mejor manera de quitar la suciedad y los microorganismos es la limpieza por fricción (restregar).
- Utilice una tela o trapeador húmedo o mojado para las paredes, suelos y pasillos. No barra en seco, porque esto esparcirá polvo y microorganismos hacia el aire y hacia las superficies limpias.
- Utilice otros utensilios (cepillos, trapeadores) para las áreas quirúrgicas.
- También utilice utensilios distintos (cepillos, trapeadores) para las áreas que puedan estar contaminadas (ej.: inodoros).
- Cambie las soluciones limpiadoras cuando ya se vean sucias.
- Limpie y seque los trapeadores y trapos de limpieza entre uno y otro uso.
- Lave de arriba hacia abajo, para que la suciedad que caiga al suelo sea limpiada al último.

No desinfecte por nebulización (fumigación con formalina) para reducir la contaminación microbiana de superficies ambientales como las paredes, techo y suelos. La nebulización con formalina o con otros agentes químicos no es efectiva y produce vapores tóxicos. Además, consume tiempo (se requieren 24 horas), inhabilitando las áreas de trabajo (quirófanos o áreas de tratamiento) durante ese tiempo. Fregar las superficies con jabón y agua es una manera segura, rápida y efectiva de reducir la contaminación microbiana de esas superficies.

Limpieza de áreas no quirúrgicas

Paredes, techo y mobiliario/equipo

Para áreas como las salas de tratamiento y de procedimientos, laboratorios, etc., es adecuado limpiar las paredes y el techo con una tela húmeda por lo menos una vez al mes. Las sillas, lámparas, mesas y mostradores deben ser limpiados a diario. Cuando una superficie, mueble o equipo se vea sucio, debe ser limpiado con detergente y agua. Si ha habido contaminación, como en el caso de derrames de sangre, utilice un desinfectante (solución de cloro al 0.5%).

Pisos

Limpie los pisos con un trapeador húmedo, detergente y agua, por lo menos dos veces al día o según sea necesario. Si se considera que hay contaminación, como en el caso de derrames de sangre, utilice un desinfectante (solución de cloro al 0.5%).

Lavabos

Utilice una solución limpiadora desinfectante. Friegue diariamente, o con mayor frecuencia si es necesario, con otro cepillo o tela. Enjuague con agua.

Inodoros y letrinas

Utilice guantes. Limpie a diario, o con mayor frecuencia si es necesario, con una solución limpiadora desinfectante. Utilice un cepillo o tela especiales para este uso.

Recipientes para desechos

Utilice guantes. Utilice soluciones limpiadoras desinfectantes. Restriegue para quitar la suciedad y las materias orgánicas. Limpie los recipientes contaminados cada vez que los vacíe. Limpie los recipientes no contaminados por lo menos una vez a la semana, o con mayor frecuencia si se ven sucios. Utilice un cepillo con agarradera, para evitar lastimarse las manos con objetos cortantes que puedan haber quedado en el recipiente.

Limpieza de quirófanos

Limpieza diaria

Al iniciar cada día de trabajo, limpie todas las superficies horizontales (mesas, lámparas, camillas, etc.) con una tela húmeda, para quitar el polvo que se pueda haber acumulado durante la noche.

Al finalizar cada día de trabajo, friegue todas las superficies:

- Limpie la suciedad visible de las paredes y techo con una tela húmeda, detergente y agua.
- Limpie las lámparas, sillas, lavabos, mesas y mostradores con una tela húmeda y solución limpiadora desinfectante.
- Descontamine la superficie de la mesa de operaciones con solución de cloro al 0.5%. Limpie los lados, la base y las patas con una tela húmeda y solución limpiadora desinfectante.
- Limpie los suelos con un trapeador húmedo, detergente y agua.

No barra o trapee el quirófano en seco. Esto levanta polvo, basura y microorganismos, y contamina las superficies limpias.

Entre un cliente y otro:

- Descontamine la mesa de operaciones, la mesa móvil de instrumental y otras superficies potencialmente contaminadas, con una tela humedecida en solución de cloro al 0.5%, y luego enjuague con agua limpia.
- Limpie los derrames con solución de cloro al 0.5%. Si hay derrames grandes, inunde el área con solución de cloro al 0.5%, trapee la solución y luego limpie con detergente y agua.

Limpieza de los utensilios de limpieza sucios y contaminados

- Utilice guantes de utilería.

8.2 Circulación

En las áreas de procedimientos

- Limite la entrada permanentemente: sólo debe entrar personal autorizado y clientes.
- Cierre las puertas y cortinas durante todos los procedimientos.

Áreas quirúrgicas

- El quirófano debe estar ubicado lejos de las áreas de la clínica por donde circule mucho personal y clientes.
- Mantenga cerradas todas las puertas del área de apoyo quirúrgico y del quirófano.

El quirófano debe permanecer bajo llave cuando no esté siendo utilizado. Nunca lo utilice como almacén.

- Limite la entrada permanentemente: sólo debe entrar personal autorizado y clientes.
- Siempre que sea posible, distribuya los espacios de tal manera que el personal que entre al área quirúrgica lo haga a través del área de vestidor.
- El personal debe vestir gabachón quirúrgico, gorro, cubiertas para los zapatos o zapatos que no utilicen fuera del área quirúrgica.
- Durante los procedimientos, permita la presencia sólo de quienes estén participando en el procedimiento, y limite el número de personas en entrenamiento.
- Mantenga el número de personas y los movimientos a un nivel mínimo.

8.3 Área de procesamiento para instrumental y otros artículos

- Permita sólo personal autorizado.
- Separe el área de recepción/limpieza del área de trabajo limpia, por medio de una pared, división, o puerta. Si no es posible separarlos, el área de recepción y limpieza debe estar alejada del área donde se lleven a cabo la esterilización y la desinfección.
- Los artículos sucios o que no han sido limpiados, nunca deben circular por donde circulen los artículos ya procesados.

Equipo para el área de recepción y limpieza

- Un mostrador para recibir artículos usados (sucios o a ser limpiados).
- Idealmente, dos lavabos (uno para lavar y otro para enjuagar) con suministro adecuado de agua.
- Un mostrador para colocar artículos ya limpios.

Equipo para el área de esterilización y desinfección

- Una mesa grande de trabajo.
- Estantes para colocar artículos limpios y empacados.
- Un autoclave, horno, o hervidor y/o suministros para la esterilización o para la desinfección química.

NOTA: Ver en la sección 6 las pautas para el almacenamiento de equipo esterilizado o desinfectado.

8.4 Transporte de artículos limpios, desinfectados, estériles y sucios

- Mantenga los suministros limpios, desinfectados y estériles separados del equipo sucio y de los desechos (no los transporte o almacene juntos).
- Transporte hacia las salas de procedimientos o de operaciones, los instrumentos, equipo y artículos de tela, que ya estén desinfectados y estériles, con una cubierta protectora para evitar que se contaminen.
 - Si se está entregando suministros al área quirúrgica, la persona que los lleve debe quedarse fuera y pasárselos por la puerta a la persona que esté dentro.
- Antes de llevar los suministros al cuarto de procedimientos, al quirófano, al área de esterilización y desinfección o al almacén, sáquelos de las cajas en que hayan sido enviados. Las cajas tienen polvo, suelen alojar insectos y pueden contaminar estas áreas.
- Para llevar instrumentos y otros artículos sucios (usados) al área de recepción/limpieza, colóquelos en baldes de descontaminación a prueba de filtraciones.

8.5 Eliminación de desechos

Los desechos de las clínicas de SSR/planificación familiar y de otras instalaciones de salud pueden estar contaminados con materias orgánicas que contengan microorganismos potencialmente infecciosos para las personas que los manipulen y para la comunidad en general. Estos desechos contaminados deben ser eliminados adecuadamente. Hay riesgo para los/as miembros de la comunidad porque los desechos descartados pueden quedar accesibles al público, porque los/as niños/as pueden recoger desechos de los lugares donde se descartan, o porque los adultos pueden utilizarlos o venderlos.

Los desechos de las clínicas deben descartarse adecuadamente para:

- Evitar la propagación de infecciones al personal que manipula los desechos y a la comunidad local.
- Proteger a quienes manejan los desechos para que no se lastimen accidentalmente.
- Mantener un ambiente estéticamente agradable.

El personal que maneja los desechos debe utilizar guantes de uso rudo

Utilice recipientes tapados y a prueba de filtraciones para llevar los desechos contaminados al lugar donde serán descartados. Los desechos contaminados de las clínicas deben ser incinerados (quemados) y/o enterrados.

La incineración produce altas temperaturas y destruye los microorganismos; por ello es el mejor método de descartar los desechos contaminados. Además, la incineración reduce el volumen de los desechos. Si no es posible incinerar los desechos, éstos deben ser enterrados, para evitar que se esparzan.

No amontone los desechos contaminados detrás de la clínica, porque esta práctica expone al personal y a la comunidad a riesgos de contaminación.

Manejo de los recipientes para desechos

- Utilice recipientes inoxidables (de plástico o de metal galvanizado), lavables y con tapa, para los desechos contaminados.
- Coloque los recipientes para desechos en lugares que sean convenientes para quienes los utilizarán. Llevar desechos de un lugar a otro aumenta el riesgo de infección para quienes tienen que manipularlos.
- El equipo utilizado para depositar y transportar desechos no debe ser utilizado para algún otro propósito en la instalación de atención a la salud.
- Lave todos los recipientes para desechos con solución limpiadora desinfectante (solución de cloro al 0.5%) y enjuáguelos con agua. Limpie los recipientes para desechos contaminados cada vez que los vacíe, y los recipientes para desechos no contaminados cuando se vean sucios.
- Si es posible, utilice recipientes separados para los desechos combustibles y para los no combustibles. Esto evita que posteriormente los trabajadores tengan que separarlos a mano.
 - *Los desechos combustibles (que pueden ser incinerados)* incluyen papel, cartón, y desechos contaminados tales como gasa y apósitos.
 - *Los desechos no combustibles (que no deben ser incinerados)* incluyen vidrio, metales y plásticos.
- Utilice guantes de trabajo gruesos para manipular los desechos.
- Lávese las manos después de manipular los desechos.

Eliminación de objetos punzantes y/o cortantes (agujas, hojas de afeitar y hojas de bisturí)

Los objetos punzantes y/o cortantes son el tipo más peligroso de desecho y deben ser manejados y eliminados con sumo cuidado.

- Utilice guantes gruesos de uso rudo para manipular objetos punzantes y/o cortantes.
- Descarte todos los objetos punzantes y/o cortantes en un recipiente a prueba de perforaciones. Se puede fabricar un recipiente a prueba de perforaciones a partir de objetos fácilmente disponibles, tales como cajas de cartón grueso,

latas metálicas con tapa o botes de plástico grueso. Los/as capacitadores/as y supervisores/as deben ayudar a prestadores/as de servicio a identificar recipientes apropiados y disponibles localmente.

- Coloque el recipiente cerca del área donde será utilizado, para que los/as trabajadores/as no tengan que desplazarse distancias innecesariamente grandes para desechar los objetos punzantes y/o cortantes.
- Evite los pinchazos accidentales con agujas. No reinserte la tapa, ni doble, ni quiebre las agujas antes de desecharlas. Descarte las jeringas desechables, sin quitarles la aguja, en el recipiente a prueba de perforaciones. (Para mayor información sobre cómo reprocesar las jeringas reutilizables y cómo descartar las agujas desechables, ver la sección 5.7). Debe hacerse todo lo posible por proporcionar al personal recipientes a prueba de perforaciones. Sin embargo, si eso no es posible, será necesario colocar la tapa a las agujas. Tápelas con una sola mano, de la siguiente manera:
 - Primero coloque el capuchón de la jeringa horizontalmente sobre una superficie dura y plana; luego retire la mano.
 - Luego, con una mano, sostenga la jeringa, inserte la aguja en el capuchón y levántelo con la aguja.
 - Finalmente, cuando el capuchón cubra completamente la aguja, presione la punta del capuchón contra una superficie dura, para asegurarlo sobre la aguja.
- Cuando el recipiente esté lleno a las 3/4 partes, tápelo, o séllelo firmemente con cinta.
- Deseche el recipiente cuando esté lleno a las 3/4 partes; preferiblemente mediante incineración (quemado).

Si no se cuenta con un incinerador, puede hacerse lo siguiente:

- Utilice un depósito metálico pequeño (puede ser un balde) como recipiente a prueba de perforaciones. Cuando esté lleno a la mitad, vierta una pequeña cantidad de combustible sobre los objetos punzantes y/o cortantes y préndales fuego. Las jeringas de plástico se derretirán y formarán una masa de plástico, encerrando las agujas y otros objetos en su interior. Esta masa de plástico puede ser retirada fácilmente y enterrada o descartada en la basura.

Si no se ha descartado las jeringas de plástico en ese recipiente (ej: si sólo se utilizan jeringas reutilizables), coloque pedazos de plástico (botes usados, catéteres, etc.) dentro del recipiente, sobre los objetos punzantes y/o cortantes, para que se forme una masa de plástico protectora al quemarlos.

- Si utiliza recipientes a prueba de perforaciones hechos de plástico o de cartón, coloque el recipiente cerrado adentro de un barril grande de lámina, viértale combustible encima y quémelo como se describe anteriormente.

Eliminación de desechos contaminados líquidos y semi-sólidos (sangre, heces, orina, y otras secreciones)

- Utilice guantes gruesos de uso rudo para manipular y transportar los desechos.
- Descarte las heces y orina cuidadosamente en un inodoro o en una letrina. La sangre y otros desechos líquidos deben ser desechados en un lavadero, en un inodoro o en una letrina. Evite salpicar.
- Descontamine el lavabo/inodoro con solución de cloro al 0.5%.
- Lave bien y cuidadosamente el inodoro o lavabo con agua para retirar los desechos que puedan haber quedado. Evite salpicar.
- Descontamine el depósito que contenía los desechos con una solución limpiadora descontaminante, como una solución de cloro al 0.5%, remojándolo durante 10 minutos en esa solución antes de lavarlo.
- Lávese las manos después de manipular los desechos líquidos; descontamine los guantes y lávelos.

Eliminación de desechos sólidos (apósitos usados y otros objetos contaminados con sangre y materia orgánica)

- Utilice guantes gruesos de uso rudo para manipular y transportar los desechos.
- Elimine los desechos sólidos en recipientes inoxidables, lavables (de plástico o de metal galvanizado) y con tapas que cierren de manera ajustada.
- Recoja los recipientes para desechos con regularidad y lleve los desechos combustibles al incinerador. Si no se cuenta con un incinerador, entierrelos. Entierre los desechos no combustibles.
- Limpie los recipientes para desechos con una solución limpiadora desinfectante (ver sección 8.1) cada vez que los vacíe.
- Lávese las manos después de manipular los desechos; descontamine los guantes y lávelos.
- Queme o entierre los desechos inmediatamente, antes de que puedan esparcirse al medio ambiente. La incineración es la mejor manera de matar los microorganismos.

Eliminación de recipientes que hayan contenido sustancias químicas

Recipientes de vidrio

Lave los recipientes de vidrio cuidadosamente con agua. Los recipientes de vidrio pueden ser lavados con detergente, enjuagados, y reutilizados.

Recipientes de plástico

Los recipientes de plástico que hayan contenido sustancias tales como soluciones antisépticas o desinfectantes, pueden ser lavados y reutilizados como recipientes para descartar objetos punzantes y/o cortantes.

Los recipientes que hayan contenido sustancias irritantes tales como glutaraldehído (ej.: Cydex, o Sporocidin) deben ser descartados, quemándolos o enterrándolos. Si no es posible quemarlos o enterrarlos, deben ser dañados de tal forma que no puedan ser reutilizados (ej.: rompiéndoles el fondo).

9 Antibióticos profilácticos

No es necesario el uso rutinario de antibióticos profilácticos para la anticoncepción quirúrgica, la inserción de DIU, o para la inserción de implantes, si se cumple a conciencia con las prácticas recomendadas para la prevención de infecciones. El uso inapropiado de antibióticos aumenta la prevalencia de microorganismos resistentes a los antibióticos y que pueden causar infecciones; y, además, es una práctica costosa.

Sin embargo, en algunas situaciones específicas, la utilización de antibióticos sí puede estar indicada:

- En clientes susceptibles a las infecciones, tales como personas diabéticas o infectadas con el VIH, o personas que estén recibiendo tratamiento con esteroides.
- Clientes con riesgo de padecer endocarditis bacteriana, tales como personas con condiciones cardíacas estructurales.

10 Gerencia

Para tener éxito en la prevención de infecciones en instalaciones de SSR/ planificación familiar y de otros servicios de salud se requiere una planificación cuidadosa y un manejo eficiente. Ello incluye:

- Administración.
- Provisión de pautas.
- Capacitación.
- Monitoreo y supervisión.

10.1 Administración

Los/as administradores/as de programa deben garantizar que exista un sistema para la prevención de infecciones:

- Tomando decisiones acerca del equipo y suministros necesarios para mantener niveles adecuados de seguridad. Estas decisiones deben tomar en cuenta los costos, las necesidades de capacitación y las implicaciones logísticas. Por ejemplo:
 - Una selección apropiada de guantes, agujas y jeringas adecuados (desechables vs. reutilizables) y proporcionar las instalaciones para el procesamiento del material reutilizable.
 - Proporcionar las instalaciones para la esterilización y/o desinfección del equipo y materiales, basándose en el tipo de procedimientos que se realizan y en la carga de trabajo. Los sitios de servicio en donde rutinariamente se efectúen procedimientos invasivos, deben contar con instalaciones para la esterilización de equipo, o deben tener acceso a este tipo de instalaciones.
- Garantizando la disponibilidad de:
 - Agua limpia.
 - Electricidad y/o combustible.
 - Antisépticos y descontaminantes.
 - Guantes (quirúrgicos, para examen y de uso rudo).
- Asegurando que haya disponibilidad de personal adiestrado para reemplazar a quienes estén con licencia o que estén temporalmente incapacitados (ej.: el personal de quirófano que esté resfriados o con otras infecciones, el personal responsable de esterilizar equipo y que tenga heridas u otras lesiones en las manos o antebrazos). Asignar otras tareas al personal incapacitado mientras se recuperan de su problema.
- Asegurando que los procedimientos de rutina para la limpieza (y descontaminación cuando sea necesario) de las instalaciones físicas (ej.: quirófano, salas de examen) están establecidos y se cumple con ellos.
- Asegurando que el equipo, como los autoclaves sea utilizado adecuadamente y reciba el mantenimiento adecuado.
- Asegurando que el material contaminado sea desechado adecuadamente:
 - Proporcionando recipientes a prueba de perforaciones, para desechar agujas desechables y otros objetos punzantes y/o cortantes.
 - Asegurando que haya equipo y un lugar apropiado para incinerar y/o enterrar el material contaminado. Si ello no fuera posible, deberá asegurarse que el material sea descontaminado antes de desecharlo.

- Asegurando que el material contaminado sea retirado y transportado adecuadamente al lugar donde será desechado.
- Asegurando que el material desechable (guantes, jeringas, agujas, etc.) no sea reutilizado.
- Haciendo todas las reparaciones necesarias a las instalaciones físicas para evitar las infecciones (ej.: reparar paredes con humedad).
- Desarrollar buena comunicación con el personal a todo nivel; compartir ideas y escuchar sus puntos de vista.

10.2 Pautas

Debe establecerse por escrito políticas y procedimientos para la prevención de las infecciones. Estas deben ser presentadas como pautas, en un lenguaje y formato que faciliten su comprensión por parte de todo el personal involucrado.

- Las pautas deben estar accesibles a todo el personal y deben ser discutidas periódicamente.
- A las personas que hacen ciertas tareas específicas puede proporcionárseles resúmenes de las partes relevantes de las guías. Parte de esta información puede ser resumida en carteles que sirvan como recordatorios al estar colocados en los sitios en donde se realizan las tareas correspondientes.
- Utilizar o hacer referencia a las pautas durante las actividades de capacitación y supervisión.
- Llevar a cabo revisiones regulares de las pautas, para asegurarse de que las prácticas que se recomiendan para prevenir las infecciones son adecuadas, y para responder a las observaciones del personal respecto a las mismas.

10.3 Capacitación

Es importante capacitar al personal de salud, para ayudarlo a comprender los riesgos de infección, tanto para ellos como para los/as clientes, así como el rol que las barreras protectoras y las prácticas preventivas pueden jugar en la prevención de la transmisión de infecciones. Si el personal comprende la razón y la importancia de las prácticas para la prevención de las infecciones, se posibilita el establecimiento de hábitos adecuados de trabajo.

La capacitación debe incluir capacitación previa al servicio para los empleados nuevos y capacitación en servicio para el personal que ya esté en funciones.

Capacitación previa al servicio

El programa de capacitación debe ser desarrollado después de haber determinado las necesidades de los/as participantes y del programa de servicios. Debe incluir:

- *Aspectos generales de prevención de infecciones para todo el personal clínico nuevo.* Debe cubrirse los siguientes temas:
 - Los mecanismos de transmisión de las infecciones en un ambiente clínico.
 - El rol de cada miembro del personal en la prevención de la transmisión de las infecciones.
 - Formas de minimizar la transmisión de las enfermedades. Debe ponerse énfasis en los conocimientos respecto a la transmisión de las infecciones por el VIH y por el virus de la hepatitis B. Si no se tiene los conocimientos suficientes al respecto, el personal tomará riesgos que pueden evitarse (ej: no descontaminar adecuadamente; limpiar y esterilizar las agujas y jeringas no desechables) o tomará precauciones excesivas (ej.: lavarse las manos después de dar la mano a personas sospechosas de estar infectadas con el VIH).
- *Aspectos específicos de la prevención de infecciones, según el tipo de trabajo del personal.* Por ejemplo, el personal que descontaminará y esterilizará el equipo debe ser capacitado en estos procedimientos; el personal que insertará DIUs necesitará capacitación en técnicas asépticas.

Al finalizar el período de capacitación, el/la capacitador/a debe evaluar el desempeño de cada alumno/a, hasta que alcance el objetivo deseado.

Capacitación para personal ya en funciones

Debe proporcionarse capacitación al personal ya en funciones para los siguientes propósitos:

- Cursillos breves de actualización para proporcionar recordatorios generales sobre la importancia de mantener un ambiente libre de infecciones y sobre los procedimientos para lograrlo.
- Cursos formales de actualización, para presentar y discutir cambios en las políticas y en las prácticas (ej.: si se introduce equipo nuevo al programa será necesaria una serie de sesiones formales de capacitación para las personas que lo utilizarán).
- Cursos específicos de capacitación, en respuesta a necesidades detectadas durante los procesos de monitoreo y supervisión.

10.4 Monitoreo y supervisión

Es importante llevar a cabo con regularidad actividades de monitoreo y supervisión de los procesos de prevención de infecciones, para determinar las áreas que necesitan mejoría. Para monitorear el trabajo:

- Haga visitas imprevistas, para determinar si se está cumpliendo con las pautas de prevención de infecciones. En caso de haber discrepancias o problemas, los/as supervisores/as deben estar capacitados/as para guiar o ayudar en la resolución de los problemas.
- Observe si las instalaciones físicas están en buenas condiciones y si son adecuadas, y tome nota de si se cuenta con el equipo necesario y los suministros, y si están siendo utilizados apropiadamente.

MATERIAL DE LECTURA SUGERIDO

1) Derechos de los/as clientes y necesidades de los/as proveedores

a) International Planned Parenthood Federation, World Health Organization, AVSC International'. Medical and service delivery guidelines for family planning, 2nd edition. London: IPPF, 1997.

2) Consejería

- a) EngenderHealth. Counseling, informed choice, and informed consent: WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programmes –INFO Project, 2004 (in press).
- b) EngenderHealth. Comprehensive counseling for reproductive health: an integrated curriculum. New York: EngenderHealth, 2003.
- c) International Planned Parenthood Federation. Programme guidance on counselling for STI/HIV prevention in sexual and reproductive health settings. London: IPPF, 2002.
- d) World Health Organization. Decision making tool for family planning clients and providers. WHO and Johns Hopkins University Bloomberg School of Communication Programmes – INFO Project, 2004 (in press).
- e) Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health INFO Project. Improving client-provider interaction. Baltimore, MD: INFO Project Population Reports, Series Q, Number 01 Vol. 31, Number 4, Fall 2003.

3) El ciclo menstrual normal

a) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al. Contraceptive technology, 17th edition, September 1998.

4) Tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas

a) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) update on breast and cervical cancer screening. *IPPF Med Bull* 2004: **38**(2); 4.

- b) Olsen O, Gøtzsche PC. Screening for breast cancer with mammography [Cochrane Review]. In: The Cochrane Library, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley, 2004.
- c) World Health Organization. Screening for breast cancer. Geneva: WHO, 2003.
- d) US Preventive Services Task Force. Cervical cancer screening: summary of recommendations released on January 2003. Washington DC: USPSTF, 2003.
- e) World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2002.
- f) US Preventive Services Task Force. Breast cancer: screening: summary of recommendations released on September 2002. Washington DC: USPSTF, 2002.

5) Anticoncepción hormonal

- a) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on hormonal methods of contraception. *IPPF Med Bull* 2002; **36(5)**: 1-8.
- b) Family Health International. Advances in hormonal contraception. Network 2003; **22(3)**.
- c) Family Health International. Hormonal contraceptive methods. Network 2002; **21(3)**.
- d) World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition. Geneva: WHO, 2004.
- e) World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: WHO, 2004 (in press).
- f) Population Reports. Oral contraceptives: an update. Pop Rep Series A-9 Vol. 28-1, Spring 2000.
- g) Family Health International. Hormonal contraceptive methods. Network 2003; **22(3)**.

6) Dispositivos intrauterinos

- a) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on intrauterine devices. *IPPF Med Bull* 2003; **37(2)**: 1-4.
- b) World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition. Geneva: WHO, 2004.
- c) World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: WHO, 2004 (in press).
- d) World Health Organization. "The intrauterine device (IUD) worth singing about" *Progress in Reproductive Health Research*, 2002 no. 60.

¹ Ahora 'EngenderHealth'

7) Métodos de barrera

- a) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on barrier methods of contraception. IPPF Med Bull 2001; **35(4)**: 1-3.
- b) World Health Organization. Considerations regarding reuse of the female condom: Reproductive Health Matters. Geneva: WHO, July 2002.
- c) Population Reports. Closing the condom gap. Pop Rep Volume XXVII, no. 1, Series H- 9, April 1999.

8) Esterilización femenina y masculina

- a) EngenderHealth. No-scalpel vasectomy: an illustrated guide for surgeons. Third edition. New York: EngenderHealth, 2003.
- b) Family Health International. Contraceptive update: technique modification may improve vasectomy effectiveness. Network 2002; **21(3)**.
- c) EngenderHealth. Contraceptive sterilization: global issues and trends. New York: EngenderHealth, 2002.

9) Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad (naturales)

- a) International Planned Parenthood Federation, World Health Organization, AVSC International². Medical and service delivery guidelines for family planning, 2nd edition. London: IPPF, 1997.
- b) Institute for Reproductive Health. Standard days method of family planning: reference guide for counseling clients. Washington DC: Institute for Reproductive Health, 2002.
- c) Institute for Reproductive Health. CycleBeads: natural, effective family planning (brochure). Washington DC: Institute for Reproductive Health, 2002.

10) Anticoncepción de emergencia

- a) International Planned Parenthood Federation. Improving access to emergency contraception: Policy statement: international consortium for emergency contraception, July 2003. Available at http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/EC_Access.pdf
- b) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on emergency contraception. IPPF Med Bull 2004; **34(3)**.

- c) International Consortium for Emergency Contraception. Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines, 2nd edition. New York: ICEC, 2003.
- d) World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: WHO, 2004 (in press).
- e) Gainer E, Blum J, Toverud EL, et al. Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal. *Contraception* 2003; **68(2)**: 117-24.
- f) Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; **184(4)**: 531-7.
- g) Gemzell-Danielsson K, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. *Human Reproduction Update* 2004; **10(4)**: 341-8.

11) Diagnóstico del embarazo

- a) International Planned Parenthood Federation, World Health Organization, AVSC International³. Medical and service delivery guidelines for family planning, 2nd edition. London: IPPF, 1997.

12) Aborto seguro

- a) World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO, 2003.
- b) World Health Organization. Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers, division of reproductive health (technical support), family and reproductive health. Geneva: WHO, 1997.
- c) Ipas. 5 portraits, many lives: how unsafe abortion affects women everywhere. Chapel Hill, NC: Ipas 2003, available at:
http://www.ipas.org/publications/en/5_Portraits.pdf
- d) Ipas. Information and training guide for medical abortion counselling. Chapel Hill, NC: Ipas, 2003, available at:
http://www.ipas.org/publications/en/Medical_Abortion/med_ab_counseling_training_guide_en.pdf
- e) Ipas. Making safe abortion accessible: a guide for advocates. Chapel Hill, NC: IPAS, 2001, available at:
http://www.ipas.org/publications/en/making_safe_abortion_accessible.pdf

- f) Ipas web page for recent publications on abortion:
http://www.ipas.org/english/womens_health/abortion/default.asp
- g) United Nations. Abortion policies: a global review, available at
<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>

13) Infecciones del tracto reproductivo e infecciones de transmisión sexual

- a) World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO, 2003.
- b) Dallabetta G, Laga M, Lamptey P, eds. Control of sexually transmitted diseases: a handbook for the design and management of programs. Arlington VA: AIDSCAP/Family Health International, 1997.
- c) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on sexually transmitted infections and reproductive health. IPPF Med Bull 1997; **31(6)**: 1-2.

14) Infección por VIH y SIDA

- a) World Health Organization. Perspectives and practices in antiretroviral treatment: saving mothers, saving families: the MTCT-Plus initiative. Geneva: WHO, 2003.
- b) World Health Organization. Handbook on access to HIV/AIDS-related treatment: a collection of information, tools and resources for NGOs, CBOs and PLWHA groups. Geneva: WHO, 2003.
- c) World Health Organization, UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2004, 4th global report. Geneva: UNAIDS/WHO, 2004.
- d) World Health Organization. World Health Report 2004. HIV/AIDS: changing history. Geneva: WHO, 2004.
- e) World Health Organization. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines or a public health approach, 2003 Revision. Geneva: WHO, 2004.
- h) de Bruyn M. Reproductive choice and women living with AIDS. Chapel Hill, NC: Ipas, December 2002.
- i) World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition. Geneva: WHO, 2004.
- j) World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: WHO, 2004 (in press).

15) Prevención y control de infecciones

- a) EngenderHealth. Infection prevention: a reference booklet for health care providers. New York: EngenderHealth, 2001.
- b) JHPIEGO. Infection prevention guidelines for healthcare facilities with limited resources. JHPIEGO, 2003

Material de lectura general

- a) EngenderHealth. Client-oriented provider-efficient services (COPE). New York: AVSC International, 1995.- updated 2004.
- b) Evans I, Huezo C, eds. Family planning handbook for health professionals: London: International Planned Parenthood Federation, 1997.
- c) Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller J. The essentials of contraceptive technology. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1997.
- d) World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition. Geneva: WHO, 2004.
- e) World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: WHO, 2004 (in press).
- f) World Health Organization. Research on reproductive health at WHO: pushing the frontiers of knowledge: biennial report 2002-2003. Geneva: WHO, 2004.

ABREVIACIONES

AMPD	Acetato de medroxyprogesterona de depósito
AE	Anticoncepción de emergencia
AIC	Anticonceptivos inyectables combinados
AOC	Anticonceptivos orales combinados
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH
ARVs	Terapia antirretroviral
DAN	Desinfección de alto nivel
DIU	Dispositivo intrauterino
DyE	Dilatación y evacuación
DyL	Dilatación y legrado
EN-NET	Enantato de noretisterona
EPI	Enfermedad pélvica inflamatoria
HEF	Hormona estimuladora del folículo
HL	Hormona luteinizante
HLGn	Hormona liberadora de gonadotropina
IMC	Índice de masa corporal
IPS	Inyectables de progestágeno solo
ITRs	Infecciones del tracto reproductivo
ITS	Infecciones de transmisión sexual
N9	Nonoxynol-9
MDE	Método de días estándar
MMM	Método modificado del moco
MST	Método sinto-térmico
NIC	Neoplasia intra-epitelial cervical
OI	Infecciones oportunistas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEP	Profilaxis post exposición
PMTCT	Prevención de la transmisión madre a hijo
PPS	Píldoras de progestágeno solo

SBC	Servicios basados en la comunidad
SIDA	Síndrome de inmuno deficiencia adquirida
SSR	Salud sexual y reproductiva
TCB	Temperatura corporal basal
TMAH	Transmisión madre a hijo
TVP/EP	Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar
UPM	Último período menstrual
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VSH	Virus herpes simplex

ÍNDICE

Aborto

aborto seguro, Capítulo 12	278-296
atención post aborto	150, 152, 207, 216, 284
atención pre aborto	283
bibliografía sobre aborto seguro	408
consejería e información	281, 282
consentimiento informado, confidencialidad y privacidad	283
definición	280, 281
diagnóstico de embarazo	272, 274, 275
dispositivo intrauterino	157, 163, 165, 220
dispositivos intrauterinos que liberan cobre	263
esterilización femenina	216, 217, 218, 220, 222
indicaciones generales	281
ITR/ITS	300
ITR/ITS, anticoncepción y consejería de ITS	297
ITR/ITS, infección post-aborto	296
ITR/ITS, manejo del VIH/SIDA	352
ITR/ITS, transmisibilidad de la sífilis	329
métodos de aborto	285, 286, 289, 290, 291
píldoras anticonceptivas de emergencia	256, 259
seguimiento	293, 294
seguimiento, aborto incompleto	295
seguimiento, manejo de complicaciones	295
seguimiento, secuelas a largo plazo	297

Abstinencia periódica ver Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad

Acceso

aborto, acceso a consejería	281
aborto, acceso a instalaciones para intervención	286
acceso a los servicios de SSR	12, 13, 350
acceso difícil a otros métodos	232
acceso universal, visión de la IPPF	2
anticoncepción de emergencia	258, 268, 355
derecho a la continuidad	14
derecho al acceso	13
diagnóstico de embarazo	272
implantes, acceso a servicios de retiro	142
ITR/ITS, acceso al tratamiento	301, 323
necesidad de contar con información	18

necesidad de recibir capacitación	17
necesidad de tener acceso a suministros	18
sistema de referencias	360
tamizaje de salud reproductiva	49
VIH/SIDA, acceso a asesoramiento y tratamiento	345, 347, 348
VIH/SIDA, acceso a la información, educación y servicios	343
VIH/SIDA, acceso a los condones masculinos y femeninos	343
VIH/SIDA, acceso a terapia antirretroviral	343, 356
Adolescentes	
aborto	281
anticoncepción de emergencia	267, 268
anticoncepción hormonal, adolescencia	82
anticonceptivos inyectables combinados	123
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	110
consejería para grupos con necesidades especiales	35
derechos de las/los clientes	12
dispositivos intrauterinos	266
embarazos en adolescentes	268
ITR/ITS, horarios especiales de atención	321
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	233
píldora de progestágeno solo	98
Agujas	
anticonceptivos inyectables combinados	116, 130
infección por VIH y SIDA	342, 344, 348
prevención y control de infecciones	365, 375, 377, 379, 380, 385, 386, 399, 400, 403-405
y jeringas	129
Almacenamiento de equipo	
prevención y control de infecciones	387
Amamantamiento	
transmisión del VIH y ver también Lactancia	352
Amenorrea	
anticonceptivos inyectables combinados	126, 129
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo, consejería e información	112
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo, efectos colaterales	118
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo, provisión durante	
amenorrea lactacional	113, 115, 117
anticonceptivos orales combinados, efectos colaterales	94
anticonceptivos orales combinados, instrucciones	

para la cliente	88, 89
características clínicas de la menopausia	70
diagnóstico de embarazo	272, 273, 274, 275
DIU	166
implantes subdérmicos	136, 138, 141
métodos de barrera	173
píldoras de progestágeno solo, consejería e información	98
píldoras de progestágeno solo, efectos colaterales	103
píldoras de progestágeno solo, instrucciones para la cliente	99, 101
Análisis de semen	
después de la vasectomía	213, 214
Anestesia	
aborto seguro	280, 282, 289, 290, 295
esterilización femenina y masculina	198, 200, 202, 205, 206, 209, 211, 214, 217, 218, 221, 222, 223, 224
implantes subdérmicos	131
Anestesia local	
aborto	290
esterilización femenina y masculina	202, 211, 214, 218, 221
inserción de implantes subdérmicos	131
Anillo vaginal	
descripción	143
métodos de anticoncepción hormonal	76
Antibióticos profilácticos	
no se recomiendan para la inserción del DIU	160
no usar en esterilización femenina	224
prevención y control de infecciones	
Anticoncepción de emergencia	
administración de los servicios	266, 267, 268
anticoncepción de emergencia, Capítulo 10	252
anticoncepción y consejería de ITS	296
anticonceptivos inyectables combinados	127
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	115, 116
anticonceptivos orales combinados	105
bibliografía	409
consejería para jóvenes	268
defensa y promoción	266
definición	254
DIUs que liberan cobre, atención de seguimiento	265, 266
DIUs que liberan cobre, consejería e información	264
DIUs que liberan cobre, criterios médicos de elegibilidad	263
DIUs que liberan cobre, efectos colaterales	266
DIUs que liberan cobre, eficacia	262

DIUs que liberan cobre, evaluación del estado de salud	264, 265
DIUs que liberan cobre, indicaciones	262
DIUs que liberan cobre, inserción	265
DIUs que liberan cobre, instrucciones para la cliente	265
DIUs que liberan cobre, provisión de	264
DIUs que liberan cobre, situaciones especiales	264
indicaciones generales	254
infección por VIH	353, 355
lugares de entrega de servicio	267
mejoras en la accesibilidad	267
PAE, anticoncepción con regularidad después de usar	261
PAE, atención de seguimiento	261
PAE, consejería e información	258
PAE, criterios médicos de elegibilidad	257
PAE, efectos colaterales	257
PAE, eficacia	256
PAE, evaluación del estado de salud	260
PAE, instrucciones para la cliente	260
PAE, provisión de	258
PAE, regímenes de	255, 256
píldoras olvidadas	90, 101
remoción del DIU	165
servicios de información	266
tipos de	255
uso del condón	179
ver también Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) y Dispositivos intrauterinos que liberan cobre	

Anticoncepción post-coital ver Anticoncepción de emergencia

Anticonceptivos de barrera

anticoncepción de emergencia	260
condones	175, 176, 177, 353, 354
consejería en anticoncepción	30, 31, 32
definición	172
diafragma	181, 182, 354
espermicidas	190, 191, 354
indicaciones generales	172, 174
infección por VIH y SIDA	353, 354
ITR/ITS	303
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	230
métodos de barrera, Capítulo 7	170
píldoras olvidadas	101
tipos de métodos de barrera	172
ver también Condones, Diafragmas, Espermicidas	

Anticonceptivos hormonales ver los Métodos específicos

Anticonceptivos inyectables

administración de los servicios	129, 130
agujas y jeringas	129
almacenamiento y vida útil	130
atención de seguimiento	117-118, 128
capacitación	130
combinados (AIC)	119-129
consejería e información	112, 113, 124
criterios médicos de elegibilidad	108-110, 120-123
de progestágeno solo (IPS)	107-119
efectos colaterales	118-119, 128, 129
evaluación del estado de salud	113
existencias de inyectables	129
expedientes de las clientes	129
indicaciones	108
instrucciones para la cliente	116, 117, 127, 128
métodos anticonceptivos hormonales	76
proveedores del servicio	113, 124
provisión	113-117, 125-127
situaciones especiales	110-112, 123, 124
ver también Anticonceptivos inyectables combinados (AIC); inyectables de progestágeno solo (IPS)	

Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

atención de seguimiento	128
consejería e información	124
criterios médicos de elegibilidad	120
definición	119, 120
efectos colaterales	128
existencias de inyectables	129
indicaciones	120
instrucciones para las clientes	127
proveedores del servicio	124
provisión de AIC	126
situaciones especiales	123, 124
tipos de anticonceptivos hormonales	76
valoración del estado de salud	125

Anticonceptivos inyectables de progestágeno solo (IPS)

administración de los servicios	119
anticoncepción de emergencia	254-261
atención de seguimiento	117
consejería e información	112
criterios médicos de elegibilidad	108, 109

definición	107
efectos colaterales	118
evaluación del estado de salud	113
indicaciones	108
instrucciones para la cliente	116
proveedores del servicio	113
provisión	113
situaciones especiales	110, 111
Anticonceptivos orales	
administración de los servicios	103-107
almacenamiento, vida útil, existencias	106, 107
atención de seguimiento	93, 102
consejería e información	30, 84, 98, 99
definición	76, 77, 95
efectos colaterales	94, 103
evaluación del estado de salud	85, 86, 99
indicaciones	77-81, 96, 97
instrucciones para la cliente	87-92, 99-102
listas de verificación del tamizaje de salud	103
proveedores del servicio	84, 85
provisión	93, 94
provisión de píldoras	106
selección	86, 87
servicios basados en la comunidad	103
servicios clínicos	105
situaciones especiales	81-83, 97, 98
tipos de anticonceptivos hormonales	76
ver también Anticonceptivos combinados orales; Píldoras de progestágeno solo	
Anticonceptivos orales combinados	
anticoncepción de emergencia	258
anticonceptivos inyectables combinados	120
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	113, 119
atención de seguimiento	93
condiciones que requieren consideración especial	81
consejería e información	30, 84
criterios médicos de elegibilidad	78, 79, 80
definiciones	76, 77
efectos colaterales	94
evaluación del estado de salud	85
implantes subdérmicos	132
indicaciones	77
instrucciones para la cliente	87

proveedores del servicio	84
provisión	93, 94
provisión a través de SBC	85
selección de	86, 87
situaciones especiales	81, 82, 83
ver también Anticonceptivos Orales	
Antisepsia	
definición	364
indicaciones	365
preparación y almacenamiento de antisépticos	366
selección de antisépticos	365
ver también prevención de infecciones	
Artículos de tela para procedimientos quirúrgicos	
prevención y control de infecciones	382
Asepsia	
anticoncepción hormonal, aplicación de inyecciones	112
definición	364
esterilización femenina	222
esterilización masculina	212
infección post-aborto	295
Asesoramiento y la prueba voluntaria (APV)	
manejo del VIH/SIDA	345
Aspiración por vacío	
aborto fallido	295
aspiración endo-uterina	289, 290
instrumentos para	292
métodos de aborto	286
proveedores del servicio	288
Autoclave	
almacenamiento de equipo estéril o desinfectado	387
autoclaves de desplazamiento por gravedad	376
equipo para el área de esterilización y desinfección	397
esterilización con vapor	376
esterilizadores de pre-vacío	377, 378
implantes subdérmicos, procedimientos quirúrgicos	142
métodos de barrera, equipo para medir diafragmas	190
procesamiento de objetos específicos	382, 383, 386
tipo de olla de presión	379
Cáncer cervical	
aborto seguro, exámenes de laboratorio	285
anticoncepción de emergencia	263
anticonceptivos inyectables combinados,	

criterios médicos de elegibilidad	122
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo, atención de seguimiento	118
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo, criterios médicos de elegibilidad	110
anticonceptivos orales combinados, atención de seguimiento	93
anticonceptivos orales combinados, criterios médicos de elegibilidad	80
anticonceptivos orales combinados, evaluación del estado de salud	85
citología cervical	60, 61
citología exfoliativa	60
DIU, criterios médicos de elegibilidad	150, 263
equipo requerido para el frotis cervical	62
errores en la toma y procesamiento de frotis	67
espermicidas, criterios médicos de elegibilidad	191
esterilización femenina, criterios médicos de elegibilidad	216
factores de riesgo	52
implantes subdérmicos, criterios médicos de elegibilidad	134
lista de verificación de información para tamizaje	63
tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas	60
Cáncer de mama	
anticoncepción de emergencia, criterios médicos de elegibilidad	263
anticonceptivos inyectables combinados, criterios médicos de elegibilidad	121
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo, criterios médicos de elegibilidad	108, 109
anticonceptivos orales combinados, criterios médicos de elegibilidad	79
auto-examen	55
dispositivo intrauterino, criterios médicos de elegibilidad	151, 152
esterilización femenina, criterios médicos de elegibilidad	215
examen clínico	54
factores de riesgo	52
implantes subdérmicos, criterios médicos de elegibilidad	132, 133
mamografía	54
píldoras de progestágeno solo, criterios médicos de elegibilidad	96
tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas, examen físico	54
Cáncer endometrial	
biopsia endometrial	59
DIU, criterios médicos de elegibilidad	150, 263
esterilización femenina, criterios médicos de elegibilidad	216
factores de riesgo	52

Candidiasis	
características clínicas, diagnóstico y tratamiento	338
infección por VIH y SIDA, infecciones oportunistas	357
tratamiento sintomático del flujo vaginal	311
Centros de consejería para jóvenes	
anticoncepción de emergencia	268
Chancroide	
características clínicas, diagnóstico y tratamiento	331
ITR/ITS, manejo sintomático	304
tratamiento sintomático de úlcera genital	309
tratamiento sintomático del dolor abdominal bajo	315
ciclo menstrual normal	43
Ciclo cervical	
ciclo menstrual normal	43
Ciclo endometrial	
ciclo menstrual normal	43
Ciclo menstrual	
anticoncepción de emergencia	256, 261, 262
bibliografía	407
cambiando de método a partir de un DIU	89, 100, 101, 114, 126, 137
ciclo cervical	43
ciclo endometrial	43
ciclo menstrual normal, Capítulo 3	38-44
ciclo ovárico	41, 42
concepción	44
función cíclica del eje hipotálamo-pituitaria-ovario	41
implante subdérmico	136, 138
métodos basados en el conocimiento de los	
signos de fertilidad	230, 234, 236-240, 245-248
métodos de barrera	173, 183, 184
provisión de AIC	125
provisión de IPS	113
tamizaje del cáncer cervical	63
Ciclo ovárico	
ciclo endometrial	43
ciclo menstrual normal	41
fase folicular	41, 42
fase lútea	43
Cirugía electiva	
suspensión del uso de anticonceptivos inyectables combinados	123
suspensión del uso de anticonceptivos orales combinados	81, 82
Citología exfoliativa	
lugar de recolección	63

tamizaje de cáncer cervical	60
Clamidia	
anticoncepción de emergencia, criterios médicos de elegibilidad	263
características clínicas, diagnóstico y tratamiento	327
DIU, criterios médicos de elegibilidad	150, 152
ITR/ITS	301
manejo sindrómico del flujo uretral	307
tratamiento de la gonorrea	325, 326
tratamiento sindrómico del flujo vaginal	311
Cliente post parto	
anticonceptivos inyectables combinados	125
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	113
anticonceptivos orales combinados	88
implantes subdérmicos	135
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	233
píldoras de progestágeno solo	99
Collar del Ciclo	
cuentas de diferentes colores	248, 249
Concepción	
ciclo menstrual normal	44
mejora de las probabilidades de	231
métodos de aborto, productos de la	285, 291
productos retenidos de la	295
Condón femenino	
definición	176
efectividad anticonceptiva	176
forma de colocación	177
prevención de la infección por VIH/SIDA	344, 353, 354
protección contra las ITS	303
reutilización del	176, 354
ver también Condones	
Condones	
administración de los servicios	180, 181
almacenamiento, vida útil, muestreo y prueba	180
anticoncepción de emergencia	259, 261
condón femenino	176, 303, 344, 353, 354,
condón masculino	175, 303, 344, 353
consejería e información	165, 178, 200, 317
criterios médicos de elegibilidad	178
definición	175
doble protección	35, 91, 183
efectos colaterales	180
esterilización masculina	213

indicaciones	177
instrucciones para el cliente	179
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	248
métodos de barrera, Capítulo 7	172
prevención de la transmisión del VIH	154, 343, 344, 346, 353, 354, 355
protección contra ITS	83, 112, 154, 302, 303
selección	179
suministro de condones	181
Confidencialidad	
aborto seguro	280, 283
anticoncepción de emergencia	258
consejería e información	317
derecho a la	15
mercadeo social	85
notificación a la pareja, 348	318
requisitos para un programa exitoso de tamizaje	49
vínculo entre educación/información y consejería	29, 30
Consejería	
aborto	281, 282, 296
anticoncepción de emergencia	258, 259, 260
anticonceptivos inyectables combinados	124
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	112
anticonceptivos orales combinados	124
características de los/as consejeras	26
consejería, Capítulo 2	22
definición	24
derechos de los/as clientes	13, 15
diagnóstico del embarazo	275
el ambiente físico	27
en el contexto de la salud sexual y reproductiva	25
enfoque del/la proveedor/a	27, 28
esterilización femenina y masculina	199, 200, 210, 218
explicación sobre cómo utilizar el método seleccionado	32
falla del método	34
grupal	29
implantes subdérmicos	134
infección por VIH	348
integración de consejería de ITS y VIH/SIDA	35, 343
ITR/ITS	317
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	233, 235, 241, 245, 246
para grupos con necesidades especiales	35
para la prueba voluntaria	29, 345

píldoras de progestágeno solo	98
problemas usando el método	34
provisión de	26
retorno para seguimiento	33
uso de dispositivos intrauterinos	154
uso de los espermicidas	191
uso del condón	178
uso del diafragma	183
ver también Consejería en Anticoncepción	
vínculo entre educación/información y consejería	29
Consejería en anticoncepción	
anticoncepción de emergencia	258, 259, 260
anticonceptivos inyectables combinados	124
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	112
anticonceptivos orales combinados	124
atención post-aborto	294
definición	24
en el contexto de la salud sexual y reproductiva	25
esterilización femenina y masculina	199, 200, 210, 218
explicación sobre cómo utilizar el método seleccionado	32
falla del método	34
implantes subdérmicos	134
integración de consejería de ITS y VIH/SIDA	35, 343
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	233, 235, 241, 245, 246
píldoras de progestágeno solo	98
problemas usando el método	34
propósitos	24
provisión de	26
retorno para seguimiento	33
selección del método	30
selección del método	30
uso de dispositivos intrauterinos	154
uso de los espermicidas	191
uso del condón	178
uso del diafragma	183
ver también Consejería	
Consentimiento informado	
aborto	283
consejería e información	32
esterilización femenina y masculina	201, 206, 210, 211, 218, 221
prueba del VIH	345, 46

Derecho a decidir

aborto seguro	280, 282
consejería	24, 25
derecho a elegir	13, 14
derechos de los/las clientes	10, 12
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	234
visión de la IPPF	2

Derechos del cliente

acceso	13
calidad de atención	11
comodidad	16
confidencialidad	15
continuidad	16
derechos de los/as clientes, Capítulo 1	10
derechos humanos	11
dignidad	16
elegir	13
información	13
material de lectura sugerido	407
necesidades de los/as proveedores	17
opinión	16
privacidad	15
seguridad	14

Descarga vaginal

con uso de dispositivo intrauterino	161, 163, 165, 166
ITR/ITS	301, 306
métodos de barrera, efectos colaterales	188
síntomas de la candidiasis	338
síntomas de la clamidia	327
síntomas de la gonorrea	325
síntomas de la tricomoniasis	336
síntomas de la vaginosis bacteriana	337
síntomas del chancroide	331
síntomas del herpes	333
tratamiento sindrómico	311, 312

Descontaminación

de instrumentos usados y de otros artículos	369
de superficies grandes	369
definición	364
importancia de la	368
preparación de soluciones de cloro	370, 371
procedimientos para procesar equipo e instrumentos	368
uso de guantes	391

Desinfección

aborto, suministros básicos	292
de alto nivel (DAN)	365, 372, 373, 374, 375
definición	365
diafragma, equipo necesario para medir el	189
DIU, selección e inserción	156, 158
hervir	373
procedimientos para procesar equipo e instrumentos	368
procesamiento de objetos específicos, agua	386
procesamiento de objetos específicos, endoscopios	385
procesamiento de objetos específicos, guantes reutilizables de hule o plástico	383, 384
procesamiento de objetos específicos, instrumentos para examen pélvico	384
química	374
relación con el procedimiento de limpieza	372
técnica para administrar el inyectable	116
ver también Prevención de infecciones	

Desinfección de alto nivel (DAN)

almacenamiento de equipo estéril o desinfectado	387
definición	365
equipo necesario para medir el diafragma	189
inserción de DIU	158
instrumentos para la aspiración endo-uterina	292
procedimientos para procesar equipo e instrumentos	368, 372
procesamiento de objetos específicos	383, 384, 385, 386
técnica para administrar IPS	116

Diafragmas

administración de los servicios	189, 190
ajustando el	184, 185, 186
almacenamiento y vida útil	189
atención de seguimiento	188
capacitación	190
consejería e información	183, 184
criterios médicos de elegibilidad	182, 183
definición	181, 182
efectos colaterales	188, 189
enseñando a la mujer el uso del	185, 186
equipo necesario para medir el	189, 190
evaluación del estado de salud	184
indicaciones	182
infección por VIH y SIDA	354
instrucciones para la cliente	187, 188

protección contra las ITS	303
provisión de	184
reemplazo	187
selección del tipo de	184
tipos de diafragma	181
Diagnóstico de embarazo	
consejería posterior al	275
diagnóstico clínico	272
diagnóstico de embarazo, Capítulo 11	270-275
diagnóstico por prueba de laboratorio	273, 274
seguridad de que hay	275
síntomas y signos	273
Dilatación y evacuación	
definición	291
definición de aborto	281
métodos de aborto	286
técnicas quirúrgicas	289
Dilatación y legrado	
definición	290
definición de aborto	280
métodos de aborto, dilatación y curetaje	286
técnicas quirúrgicas	289
Dispositivo intrauterino (DIU)	
aborto	296
administración de los servicios	167, 168
anticoncepción de emergencia	254, 262
anticoncepción de emergencia, dispositivos intrauterinos que liberan cobre	262-268
anticoncepción de emergencia, ver Dispositivos intrauterinos que liberan cobre	atención de seguimiento 162
cambiando de método a partir de un DIU	89, 100, 101, 114, 115, 126, 137
capacitación	168
complicaciones	163-165
consejería e información	154, 155
contraindicaciones	154, 168
criterios médicos de elegibilidad	150-153
definición	148
diagnóstico de embarazo	272, 275
dispositivos intrauterinos, Capítulo 6	146-168
duración del uso	148
efectos colaterales	162, 163
embarazo	165

esterilización femenina	218, 220
evaluación del estado de salud	155, 156
expedientes de las clientes	167
hilos extraviados	166
indicaciones	149
infección por VIH	154
infección por VIH y SIDA	355
infecciones de transmisión sexual	154
inserción	158-160
instrucciones para la cliente	160-162
ITR/ITS	300,
mecanismo de acción	149
métodos de barrera	172, 173
momento de la inserción	157
nuliparidad	154
prevención y control de infecciones	365, 373, 376, 381, 383, 384, 389, 391, 393, 402
proveedores del servicio	155
retiro del DIU	167
sangrado vaginal anormal	154
selección del DIU	156
signos de alarma	161
suministros	167
tamizaje de cáncer cervical	63
tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas	56, 63
DIU que liberan cobre	
anticoncepción de emergencia	254, 255
atención de seguimiento	265
consejería e información	264
criterios médicos de elegibilidad	263
efectos colaterales	266
eficacia	262
evaluación del estado de salud	264
indicaciones	262
indicaciones	257
inserción del	265
instrucciones para la cliente	265
provisión del	264
situaciones especiales	264
ver también Anticoncepción de Emergencia;	
Dispositivo Intrauterino (DIU)	
manejo de las ITR/ITS	305
tratamiento sintomático	313, 314

Dolor abdominal

aborto	294, 295
administración de servicios anticonceptivos inyectables	139
anticonceptivos inyectables combinados	128
esterilización femenina	225
píldoras anticonceptivas de emergencia	257, 260

Ebullición

administración de servicios anticonceptivos inyectables	130
agujas y jeringas	386
desinfección de alto nivel (DAN)	372, 373
esterilización	381
procedimientos de inyección	393
procedimientos para procesar equipo e instrumentos	368

Eje hipotálamo-pituitaria-ovario

ciclo ovárico	41
regulación del desarrollo sexual y función reproductiva	40

Eliminación de desechos

eliminación de desechos líquidos y semisólidos	401
eliminación de desechos sólidos	401
eliminación de objetos punzantes y/o cortantes	399, 400
eliminación de recipientes de productos químicos	401, 402
manejo de recipientes para desechos	399

Embarazo

consejería posterior al	275
diagnóstico clínico	272
diagnóstico de embarazo, Capítulo 11	270-275
diagnóstico por prueba de laboratorio	273, 274
dispositivos intrauterinos	165
ectópico	77, 97, 166, 204, 226, 261, 272, 274, 284, 285, 291, 301, 326, 328
infección de VIH y SIDA	344
seguridad de que hay	275
síntomas y signos	273
terminación ver Aborto	

Embarazo ectópico

anticoncepción de emergencia, riesgo de	261
anticonceptivos orales combinados, indicaciones	77
atención pre-aborto	284, 285
consecuencias de las ITR/ITS	301, 326, 328
diagnóstico del embarazo	272
diagnóstico del embarazo por pruebas de laboratorio	274
DIU, riesgo de	166
métodos de aborto, sospecha de	285, 291

píldoras de progestágeno solo, criterios médicos de elegibilidad	97
reversión de esterilización femenina, riesgo de	204, 218, 225
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)	
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	118
anticonceptivos orales combinados	78, 83
DIU	150, 152, 156, 160, 163, 165
esterilización femenina	215, 216
implantes subdérmicos	141
tamizaje de salud reproductiva	50
Equipo de esterilización	
esterilización con vapor (autoclave)	376-380
esterilización por calor seco	379, 380
esterilización química	380, 381
ver también Prevención de infecciones	
Espemicidas	
administración de los servicios	193
almacenamiento y vida útil	193
consejería e información	191, 192
criterios médicos de elegibilidad	191
definición	190
efectos colaterales	193
indicaciones	191
infección por VIH	354
infecciones de transmisión sexual	303
instrucciones para la cliente	192, 193
métodos de barrera	172
nonoxynol-9	179, 190, 303, 354
para aumentar la efectividad del condón	178, 179
selección	192
sensibilidad a los	182
suministros	193
Esterilización de equipo	
almacenamiento de equipo estéril o desinfectado	387
esterilización con calor seco	379, 380
esterilización con vapor	376-379
esterilización química	380, 381
procesamiento de objetos específicos	381-386
proceso de esterilización	376
Esterilización femenina	
administración de los servicios	204, 205, 206, 207, 208
anestesia	202, 203, 221, 222, 223
atención de seguimiento	225
atención post-operatoria	224
bibliografía	409

complicaciones	203, 225, 226
consejería e información	32, 199, 218
consentimiento informado	201
criterios médicos de elegibilidad	215, 216, 217
definición	198, 214
Esterilización femenina y masculina, Capítulo 8	196
evaluación del estado de salud	202, 219
indicaciones generales	198
infección por VIH	355
instrucciones post-operatorias	203, 224, 225
instrumentos para la	384
oportunidad de los procedimientos de	220
preparación pre-operatoria	221
proveedores del servicio	218
reversión	204
tamizaje preoperatorio	198
Esterilización masculina	
administración de los servicios	204-208
análisis de semen	214
anestesia	202, 203
antisepsia	365
atención de seguimiento	213, 214
atención post-operatoria	213
bibliografía	409
complicaciones	203, 214
consejería e información	199, 200
consentimiento informado	201
criterios médicos de elegibilidad	208-210
definición	198, 208
evaluación del estado de salud	202, 210
indicaciones generales	198, 208
infección por VIH	355
instrucciones para después del procedimiento	213
instrucciones post-operatorias	203
preparación pre-operatoria	211
prevención y control de infecciones	389
procedimiento operatorio	211
proveedores del servicio	210
reversión	204
tamizaje preoperatorio	198, 199
Estrógeno	
anillo vaginal	143
anticoncepción de emergencia	255

anticonceptivos inyectables combinados	119
anticonceptivos orales combinados	76, 77, 86, 87
ciclo cervical	43
ciclo endometrial	43
DIU	149
efecto inhibitorio	41
eje hipotálamo-pituitaria-óvulo	40
factores de riesgo para cáncer cervical	52
método del moco cervical	240, 241
Examen pélvico	
aborto	284, 285
anticoncepción de emergencia	260, 265, 268
anticonceptivos orales combinados	86
diagnóstico de embarazo	272
DIU	156, 158
esterilización femenina y masculina	219
implantes subdérmicos	140
métodos de barrera	174, 184, 185
prevención y control de infecciones	373, 375, 381, 383, 384, 389, 391
síntomas pélvicos indicadores de un examen bimanual	58
tamizaje de cáncer cervical	61, 68
tamizaje de salud reproductiva	53, 56, 57, 59, 60
Factores de riesgo del cáncer ovárico	
factores de riesgo	53
Falciiformismo	
anticoncepción hormonal	80, 81, 83, 108, 111, 122, 124
dispositivos intrauterinos	152
esterilización femenina	216
Fertilización	
anticoncepción de emergencia	256
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	107
ciclo ovárico, fase lútea	43
concepción	44
DIU	149
implantes subdérmicos	132
Flujo uretral	
manejo sintromico del flujo uretral	307, 308
síndromes de ITR/ITS	304, 305
síntomas de la clamidia	327
síntomas de la gonorrea	325
síntomas del herpes	333

Gonadotropina coriónica humana (GCH)

diagnóstico de embarazo	273, 274
pruebas de inhibición de la aglutinación en portaobjetos	274
pruebas inmunométricas y radioinmunoensayo	274

Gonorraea

anticoncepción de emergencia, criterios médicos de elegibilidad	263
características clínicas, diagnóstico y tratamiento	325, 326
DIU, criterios médicos de elegibilidad	150, 151, 152
manejo sintomático del flujo uretral	307
tratamiento sintomático del dolor abdominal bajo	313
tratamiento sintomático del flujo vaginal	311, 312

Guantes

de uso rudo	385, 386, 391, 394, 398
desinfectados	375, 382, 391
estériles	212, 222, 292, 382, 383, 388, 391
no estériles	189, 391, 392
pasos para colocarse los guantes quirúrgicos	392
procesamiento de guantes de hule o plástico	383, 384
uso durante los procedimientos	391

Herpes genital

tratamiento sintomático de úlcera genital	309
---	-----

Herpes simplex

características clínicas, diagnóstico y tratamiento	333
infección por VIH	350

Hormona estimuladora del folículo (HEF)

ciclo menstrual normal	40
eje hipotálamo-pituitaria-óvulo	40
fase folicular	41, 42
fase lútea	43

Hormona liberadora de gonadotropina

ciclo menstrual normal	40
ciclo menstrual normal	40
diagnóstico de embarazo	273
píldoras de progestágeno solo	95

Hormona luteinizante (HL)

ciclo menstrual normal	40
eje hipotálamo-pituitaria-óvulo	40
fase folicular	41, 42
fase lútea	43

Implanon

implantes de patente	131, 135, 136, 140
----------------------	--------------------

ver también Implantes subérmicos

Implantación

anticoncepción de emergencia	256
concepción	44
fase lútea	43

Implantes de progestágeno solo

ver Implantes subérmicos

Implantes subérmicos

administración de los servicios	141-143
almacenamiento, vida útil, y existencias	142, 143
anticoncepción de emergencia	261
atención de seguimiento	140
capacitación	142
consejería e información	134, 135
criterios médicos de elegibilidad	132-134
definición	130
efectos colaterales	141
evaluación del estado de salud	135, 136
indicaciones	132
inserción	136-140
instalaciones clínicas	142
instrucciones para la cliente	138-140
proveedores del servicio	135
registro de clientes	142
remoción	140
selección del implante	136
signos de alarma	139

Infección

aborto	280, 284, 289, 294, 296,
anticoncepción de emergencia	263, 264
con papiloma virus humano (PVH)	52, 60
condiciones que requieren retraso de la esterilización	209, 216, 217
consejería e información	25
derechos de los/as clientes	14
DIU	150, 154, 154, 157, 158, 165
esterilización, abordaje quirúrgico	222
esterilización, complicaciones	214, 225
esterilización, evaluación del estado de salud	219
Infección por VIH y SIDA, Capítulo 14	340-360
ITR/ITS, Capítulo 13	298-338
métodos basados en el conocimiento de los	
signos de fertilidad	241,
métodos de barrera	172, 173, 181, 182, 183, 191

necesidades de los/as proveedores de servicios	18
prevención y control de infecciones, Capítulo 15	362-406
riesgo de transmisión	112
toma de frotis cervical	68, 69
ver también Infección por VIH; Infecciones del tracto reproductivo (ITR); Infecciones de transmisión sexual (ITS)	

Infección por VIH

anticoncepción	353, 354, 355
asesoramiento de seguimiento	347
asesoramiento y la prueba voluntaria	346
atención y apoyo a personas afectadas	358, 359, 360
bibliografía	411
complicaciones relacionadas con las ITR/ITS	300
comportamiento sexual	349
consejería e información	25, 31, 35
consentimiento informado	346
definición	342
diafragma, criterios médicos de elegibilidad	182
embarazo	351, 352, 352, 354, 355
espermicida, criterios médicos de elegibilidad	191
infección por VIH y SIDA, Capítulo 14	340
infecciones de transmisión sexual	357
infecciones oportunistas	357
métodos anticonceptivos y protección contra las ITS	303
notificación a la pareja	318, 348
prevención	302, 343, 344, 364
profilaxis de post-exposición (PPE)	357
protección con el uso métodos de barrera	172, 173, 181
Prueba del VIH	346, 347
referencias	360
rol de los servicios de SSR	342, 343
terapia antirretroviral	356
toma de decisiones reproductivas	350, 251, 352
transmisibilidad	342
transmisión madre a hijo	342, 351,
tratamiento	356, 357
tratamiento del chancroide	331
uso de anticonceptivos orales	83, 84
uso de dispositivos intrauterinos	154

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

aborto	284
administración de los servicios	320-324

anticoncepción de emergencia	259
anticoncepción hormonal	83, 112
atención de seguimiento	319, 320
bibliografía	411
capacitación	322, 323
consejería e información	25, 317
definición	300
dispositivos intrauterinos	154
esterilización femenina y masculina	200
evaluación del riesgo	305, 306
falla del tratamiento	319, 320
importancia de las	300
infección por VIH	344, 357
infecciones del tracto reproductivo e, Capítulo 13	298-338
manejo clínico y pruebas de laboratorio	316
manejo sintomático	304-314
manejo sintomático y clínico	315
manejo sintomático y clínico y pruebas limitadas de laboratorio	315
métodos de barrera	172
notificación a la pareja	318, 319
pautas	323
prevención	302, 303
rol de los servicios de SSR	301, 302
selección de medicamentos anti-microbianos	305, 306
tamizaje de salud reproductiva	48, 50, 52
ver también Infecciones específicas	
Infecciones del tracto reproductivo (ITR)	
aborto	284
administración de los servicios	320-324
atención de seguimiento	319, 320
capacitación	322, 323
consejería e información	317, 318
definición	300
e infecciones de transmisión sexual, Capítulo 13	298-338
falla del tratamiento	319, 320
importancia de las	300
manejo clínico y pruebas de laboratorio	316
manejo sintomático	304-314
manejo sintomático y clínico	315
manejo sintomático y clínico y pruebas limitadas de laboratorio	315
notificación a la pareja	318, 319
pautas	323
prevención	302, 303

rol de los servicios de SSR	301, 302
selección de medicamentos anti-microbianos	305, 306
tamizaje de salud reproductiva	50
ver también Infecciones específicas	
Infecciones del tracto urinario (ITU)	
con uso del diafragma	183
Infecciones oportunistas	
infección por VIH y SIDA	342, 343, 357
Interacción con otros medicamentos	
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	111
anticonceptivos orales combinados	81, 82, 83, 84, 105
medicamentos antiparasitarios	83
medicamentos antirretrovirales	84
píldoras anticonceptivas de emergencia	258
píldoras de progestágeno solo	97, 105
Jadelle	
implantes subdérmicos	131, 135, 136, 139
ver también Implantes subdérmicos	
Jeringas	
infección por VIH y SIDA	342, 344
prevención y control de infecciones	375, 379, 385, 386, 400, 403-405
técnica para administrar el inyectable	116, 129, 130
Lactancia	
anticonceptivos inyectables combinados	120-123
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	109, 110
anticonceptivos orales combinados	78-81, 88
diagnóstico de embarazo	275
DIU	163
ITS/ITR	307, 311, 328, 332
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	231, 232, 241, 243, 245
métodos de barrera	173, 191
píldoras de progestágeno solo	98, 99
Laparoscopia	
aborto	282
DIU	164
esterilización femenina y masculina	219, 221-223, 225
prevención y control de infecciones	366, 389
Lavado de manos	
indicaciones	388
materiales necesarios	388

pasos para procedimientos no quirúrgicos	390
precauciones durante los procedimientos	388
técnica para el	389
Limpieza	
de áreas no quirúrgicas	395
de las áreas de actividad	394
de quirófanos	395, 396
definición	365
equipo para el área de recepción y limpieza	397
procedimientos para procesar equipo e instrumentos	368, 369, 372
ver también prevención de infecciones	
Llenando la historia clínica	
atención pre-aborto	283, 284
tamizaje de salud reproductiva	50, 51
Mamografía	
tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas	54, 59
Manejo del dolor	
aborto	282, 288, 293
Medicamento anti-microbiano	
manejo de las ITR/ITS	305, 322
Menopausia	
ciclo ovárico	41, 42
consejería e información	25
DIU	148, 157, 167
esterilización femenina	225
factores de riesgo	52, 53
tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas	48, 50, 60, 69-71
Método de Billings ver Método del moco cervical	
Método de la temperatura corporal basal (TCB)	
definición	235
factores que afectan	240
indicaciones	235
interpretación del gráfico de temperatura	238, 239
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	230
ver también Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	
Método de los días fijos (MDF)	
definición	247
indicaciones	248
instrucciones para la cliente	248, 249
ver también Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	

Método de Ogino-Knaus ver Método del calendario (ritmo)**Método del calendario (ritmo)**

definición, método del ritmo o de Ogino-Knaus	245
método de la temperatura corporal	236
método sinto-térmico	246, 247
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	230
ver también Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	

Método del moco cervical (Billings)

anticonceptivos inyectables combinados	120
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	107
anticonceptivos orales combinados	77
ciclo menstrual normal, ciclo cervical	43, 44
ciclo menstrual normal, concepción	44
consejería e información	241
DIU	149
fase post-ovulatoria	241
fase pre-ovulatoria	240
implantes subdérmicos	131, 132
instrucciones para las clientes	242
instrucciones para las clientes	242, 243, 244
método de Billings	240
método de la temperatura corporal	235
método de los días fijos	248
método modificado	244
método sinto-térmico	246, 247
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	230
píldoras de progestágeno solo	95
ver también Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	

Método del ritmo ver Método del Calendario**Método sinto-térmico**

consejería e información	246
definición	246
indicaciones	246
instrucciones para las clientes	246, 247
ver también Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	

Métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad

anticoncepción de emergencia	262
atención de seguimiento	235
bibliografía	409
condiciones que requieren consideración especial	232

consejería e información	233
definición	230
desventajas	231, 232
enseñanza del método	234
indicaciones generales	232
métodos, Capítulo 9	228
provisión de información	234
requerimientos	230
situaciones especiales	233
técnicas utilizadas	230
valoración del estado de salud	234
ventajas	231, 232
ver también Métodos específicos	
Microorganismos	
métodos de barrera	189
prevención y control de infecciones	364-367, 372, 373, 376, 387, 388, 394, 396, 398, 399, 401, 402
Mifepristona	
aborto	281, 285-287, 290, 291
Minilaparotomía	
esterilización femenina	218, 221, 222, 282, 365, 389
Mujeres mayores	
anticonceptivos inyectables combinados	119, 123
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	111
anticonceptivos orales combinados	82
píldoras de progestágeno solo	95
tamizaje de salud reproductiva	54
Necesidades de capacitación	
aborto	281, 285
agentes comunitarios de salud	85
anticoncepción de emergencia	258, 266
anticoncepción hormonal	104, 106, 130, 141, 142
derechos de los/as clientes	15
dispositivos intrauterinos	167, 168
esterilización femenina y masculina	207, 208, 212, 214, 219, 221, 226
infecciones de transmisión sexual	315, 320, 322, 323
métodos basados en el conocimiento de los	
signos de fertilidad	231, 232-234, 246
métodos de barrera	175, 190
necesaria para proveer consejería	26
necesaria para realizar el tamizaje de salud reproductiva	49
necesidades de los/as proveedores de servicios	17

prevención y control de infecciones	403
prevención y control de infecciones	402-405
propósito de las pautas	6
Necesidades de información	
aborto	281
anticoncepción de emergencia	258, 259, 264
anticonceptivos inyectables combinados	124
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	112
anticonceptivos orales	84
ciclo menstrual normal	98
condones	178
derechos de los/as clientes	13
diafragma	183
DIU	154
espermicidas	191
esterilización femenina y masculina	199, 200, 210, 218
implantes subdérmicos	134
infecciones de transmisión sexual	317, 318
infecciones del tracto reproductivo	317, 318
métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad	233, 235, 241, 245, 246
píldoras de progestágeno solo	134
proveedores del servicio	18
Necesidades de los/as proveedores	
acceso a suministros	18
apoyo	18-19
asesoramiento	18
capacitación	17
estímulo	19
expresar su opinión	20
información	18
infraestructura	18
respeto	19
retroalimentación	19, 20
Norplant	
implantes de patente	131, 135, 136, 140
Notificación	
manejo del VIH/SIDA, notificación a la pareja	318, 319, 345, 347, 348, 359
Notificación a la pareja	
manejo del VIH/SIDA	318, 319, 345, 347, 348, 359
Parche transdérmico	
descripción	143

Perforación

aborto, riesgos	280, 288
aborto, seguimiento	293, 295
DIU, complicaciones	163, 164
DIU, cuando retirarlo	167
DIU, hilos extraviados	166
DIU, momento de la inserción	157
DIU, riesgo de perforación	151
esterilización femenina, perforación post-parto	217

Perforación uterina ver Perforación**Píldora de la mañana siguiente ver Anticoncepción de emergencia****Píldoras anticonceptivas de emergencia**

anticoncepción con regularidad después de usar	261
atención de seguimiento	261
consejería e información	258
criterios médicos de elegibilidad	257
efectos colaterales	257
eficacia	256
evaluación del estado de salud	260
falla del método	261
instrucciones para la cliente	260
interacción con otros medicamentos	
provisión de	258
regímenes de	255, 256

Píldoras anticonceptivas de progestágeno solo

anticoncepción de emergencia	255, 258
atención de seguimiento	102
consejería e información	98
criterios médicos de elegibilidad	96, 97
definición	95
efectos colaterales	102, 103
evaluación del estado de salud	99
indicaciones	96
instrucciones para la cliente	99
interacción con otros medicamentos	102
lactancia y	98
mecanismo de acción	95
píldoras olvidadas	101
provisión	106
situaciones especiales	97, 98
tomando la píldora	101
uso en el post-parto	97
ver también Anticonceptivos Orales	

Píldoras olvidadas

anticonceptivos orales combinados	90, 91
píldoras de progestágenos solo	101

Preparación de solución de cloro

al 0.5% usando lejía o blanqueador líquido	371
utilizando lejía en polvo	370

Prevención de infecciones

almacenamiento de equipo estéril o desinfectado	387
ambientes	393-402
antibióticos profilácticos	402
definiciones	364, 365
descontaminación	368, 368, 369, 370, 371
desinfección de alto nivel (DAN)	372, 373, 374, 375
esterilización	376-381
esterilización femenina y masculina	202, 203, 207
gerencia para una eficaz	402-406
indicaciones para la antisepsia	365
infección por VIH y SIDA	355
inserción de DIU	160
limpieza	372
precauciones durante los procedimientos	388-393
preparación, almacenamiento y suministro de antisépticos	366, 367
procesamiento de objetos específicos	381-386
selección de antisépticos	365, 366
ver también Antisepsia; Limpieza; Descontaminación; Desinfección	

Privacidad

aborto	280, 283
anticoncepción de emergencia	258
derechos de los/as clientes	15
diafragma	182, 186
DIU	149
infección por VIH y SIDA	348
proveedores del servicio	85
requisito de un programa de tamizaje exitoso	49

Progestágenos

anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	110
anticonceptivos orales combinados	77, 87
píldoras de progestágeno solo	95, 98
ver también Anticonceptivos Inyectables de Progestágeno Solo (IPS)	

Progesterona

anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	107
ciclo menstrual normal	40-44
método de la temperatura corporal	235

Referencias

aborto	280, 281, 294
Administración de anticonceptivos orales	104
derechos de los/as clientes	16
esterilización femenina	205-207, 209, 217, 223
infección por VIH y SIDA	343, 345, 347, 358, 360
necesidades de los/as proveedores de servicios	19
provisión a través de SBC	85
requisito de un programa de tamizaje exitoso	50
servicios de ITR/ITS	302, 318, 320, 323, 324
tamizaje de cáncer cervical	61, 69
tamizaje de salud reproductiva	59

Riesgo de osteoporosis

tamizajes de salud reproductiva para mujeres sanas	70, 71
--	--------

Sangrado abundante

aborto seguro, preparación cervical	288
anticoncepción de emergencia, instrucciones para la cliente	260
anticonceptivos inyectables con progestágeno solo, efectos colaterales	118, 119
complicaciones con el uso del DIU	163, 164
DIU, criterios médicos de elegibilidad	153
embarazo en mujeres que usan DIU	166
implantes subdérmicos, criterios médicos de elegibilidad	134
implantes subdérmicos, efectos colaterales	141

Sangrado intermenstrual inesperado

anticonceptivos inyectables de progestágeno solo, consejería e información	112
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo, efectos colaterales	118
anticonceptivos orales combinados, efectos colaterales	94
anticonceptivos orales combinados, píldoras olvidadas	90
implantes subdérmicos, efectos colaterales	141
píldoras de progestágeno solo, consejería e información	98
píldoras de progestágeno solo, efectos colaterales	103
píldoras de progestágeno solo, píldoras olvidadas	101
síntomas pélvicos indicadores de un examen bimanual	58
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo, efectos colaterales	118

Sangrado vaginal anormal

anticoncepción hormonal	81,82
anticonceptivos inyectables combinados	123
anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	111
dispositivo intrauterino	154, 161

lista de verificación para SBC	144
píldoras de progestágeno solo	97
tamizaje de salud reproductiva	51
ver también Sangrado intermenstrual inesperado	
Sección cesárea	
esterilización femenina, consejería e información	199
infección por VIH y SIDA, toma de decisiones reproductivas	351
Servicios basados en la comunidad (SBC)	
administración de servicios anticonceptivos orales	103
anticonceptivos orales combinados	84, 85, 92, 93
atención de seguimiento	93, 102
DIU, lugares de entrega de servicios	267
evaluación del estado de salud	85
lista de verificación de información para tamizaje	103
lista de verificación para repartir anticonceptivos orales	144
sistemas de referencia	104
variedad de píldoras	104
Servicios clínicos	
administración de servicios anticonceptivos	103
anticonceptivos orales combinados, evaluación del estado de salud	85, 106
expedientes de las clientes	105
necesidades de los/as proveedores	18
SIDA	
anticoncepción hormonal, condiciones que requieren consideración especial	81, 83
bibliografía	411
condones	175
consejería en anticoncepción	31
definición	342
diafragma	182
DIU, criterios médicos de elegibilidad	151, 152
DIU, situaciones especiales	154, 355
espermicidas	191
esterilización femenina, criterios médicos de elegibilidad	217
esterilización masculina, criterios médicos de elegibilidad	209
infección por VIH y SIDA	340
integración de la consejería en ITS y VIH/SIDA	35, 296
manejo del VIH/SIDA	346, 358
parche transdérmico, no protege contra el	143
prevención	343
prevención y control de infecciones	364
protección contra el riesgo de los/las proveedores de servicios	18

retos de salud reproductiva no resueltos	2
servicios que pueden ofrecer las clínicas de SSR	343
sistema de referencias	360
vínculo entre educación, información y consejería	29
Sífilis	
anticoncepción hormonal	86
características clínicas, diagnóstico y tratamiento	329, 330
diagnóstico del chancroide	331
manejo de ITS	304, 315, 316
notificación a la pareja	319
tamizaje de salud reproductiva	58
tipos de ITS	300
tratamiento sintomático de úlcera genital	309
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida ver SIDA	
Tamizaje de pap	
aborto	285
citología cervical	61
si no está disponible	68
tamizaje de cáncer cervical	60
Tamizaje de salud reproductiva	
condiciones de salud en las que se enfoca el	46
elegibilidad	47
examen físico	53-58
examen pélvico	56-58
importancia	46
investigaciones adicionales relacionadas con el	58-60
llenando la historia clínica	50, 51
menopausia	69-71
para mujeres sanas, Capítulo 4	46-69
proveedores del servicio	49
requisito de un programa de tamizaje exitoso	49, 50
tamizaje de cáncer cervical	52, 60-69
tamizaje de cáncer de mama	52, 54-56
tamizaje de cáncer endometrial	52
tamizaje de cáncer ovárico	53
ver también Tamizaje de salud reproductiva	
Tamizaje pre-operatorio	
esterilización femenina y masculina	198, 199
Técnica para la inyección	
anticoncepción hormonal	127
prevención y control de infecciones	392
Terapia antirretroviral	
anticoncepción hormonal, criterios médicos	

de elegibilidad	80, 97, 110, 122, 134
DIU, criterios médicos de elegibilidad	152
infección por VIH y SIDA	343
infección por VIH y SIDA, DIU	355
infección por VIH y SIDA, prevención de la transmisión madre a hijo	351
infección por VIH y SIDA, tratamiento	356
notificación a la pareja/asesoramiento	348
parto por sección cesárea, terapia ARV profiláctica	351
profilaxis de post exposición	357
Terapia de reemplazo de hormonal (TRH)	
densitometría ósea	59
factores de riesgo	52
riesgo de osteoporosis	70
Terminación del embarazo ver Aborto	
Tricomoniasis	
características clínicas, diagnóstico y tratamiento	335, 336
tratamiento sintomático del flujo vaginal	311
Tuberculosis	
anticoncepción de emergencia, criterios médicos de elegibilidad	263
DIU, criterios médicos de elegibilidad	151
esterilización femenina, criterios médicos de elegibilidad	217
indicio del VIH	357
infecciones oportunistas	357
Úlcera genital	
tratamiento sintomático de	309, 310
Vaginosis bacteriana	
ITR/ITS, características clínicas, diagnóstico y tratamiento	337
ITR/ITS, definiciones	300
ITR/ITS, tratamiento sintomático del flujo vaginal	311
tamizaje de salud reproductiva para mujeres sanas, examen físico	58
Vasectomía ver Esterilización masculina	
Venas varicosas	
condiciones que requieren consideración especial	81
uso de anticonceptivos hormonales	83,98
Violación	
anticoncepción de emergencia, indicaciones generales	281
anticoncepción de emergencia, situaciones especiales	264
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ver Infección por VIH	
almacenamiento de equipo estéril o desinfectado	387
anticoncepción de emergencia	258, 260, 267
PAE, consejería e información	258



**International Planned
Parenthood Federation**

4 Newhams Row,
Londres SE1 3UZ
Reino Unido.

Tel +44 (0)207 939 8200
Fax +44 (0)207 939 8300
Correo medtech@ippf.org
www.ippf.org

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) es una red global de 151 Miembros Asociados trabajando en 183 países, y reconocida como la mayor organización no gubernamental en el campo de derechos y salud reproductiva y sexual.