

Sistema de Información del Personal

En respuesta al punto dos de la solicitud de acceso a la información hecha se informa: En el padrón del Ministerio de Salud Pública contamos con 360 profesionales, de los cuales 11 son psicólogos , desempeñando funciones según el siguiente listado :

_7 en el Instituto de Donación y Trasplante de Células Tejidos y Órganos.

_1 en el programa Discapacidad de la Dirección General de la Salud.

_1 en la División Servicios de Salud de la Dirección General de la Salud.

_1 en la Dirección Departamental de Salud de Lavalleja.

_1 Actualmente en comisión en ASSE - Equipo de Salud Mental del Centro de Salud Claveaux.



Montevideo, 19 de diciembre de 2023

Sra. Directora General de Salud,
Dra. Adriana Alfonso,

En referencia a la solicitud de acceso a la información 3/8016/2023 que pide:

1. *Primer lugar se solicita todas las resoluciones que tenga el Ministerio de Salud Pública respecto a políticas sobre preservativos, y que hayan sido dictadas en el mes de julio del 1991 y de diciembre del año 2000.*

Respuesta 1: Se adjunta la normativa proporcionada por el Área de salud Sexual y Reproductiva.

2. *Como segundo dato se pide conocer la cantidad de funcionarios profesionales del MSP, y dentro de estos, cuántos son psicólogos/as y cuál es su destino (de los psicólogos, ej: 2 en el departamento de políticas públicas, 3 en salud ocupacional).*

Respuesta 2: En la Actuación 5 del expediente figura la respuesta de la Div. Recursos Humanos-DIGESE.

3. *Como tercer punto, se solicita conocer cuántos laboratorios del MSP están inscriptos en el Registro Nacional de Laboratorios Ambientales del Ministerio de Ambiente, cuales son y la descripción y cantidad de profesionales de cada uno de estos laboratorios.*

Respuesta3: La División Servicios de Salud informa que no se cuenta con registro de "...laboratorios del MSP están inscriptos en el Registro Nacional de Laboratorios Ambientales del Ministerio de Ambiente.



4. *Como cuarto punto, se solicita conocer la cantidad de intervenciones quirúrgicas y/o hormonales realizadas en el marco de la ley 19684 en el año 2022, y que se desglosen los datos por departamento*

Respuesta 4. En el MSP no hay registro de la cantidad de intervenciones quirúrgicas y/o hormonales ya por sus características requiera notificación para seguimiento por parte de la autoridad Sanitaria

Unidad de Información

SI 176

*Ministerio de Salud Pública*MINISTERIO DE SALUD PÚBLICAMINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

Montevideo, 14 ENE. 2011.

VISTO: lo dispuesto en la Ley N° 18.426 de 10 de diciembre de 2008 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva;---

RESULTANDO: que para asegurar el cumplimiento efectivo de la Ley citada en materia de servicios de anticoncepción, es necesario definir las prestaciones incluidas en los mismos;-----

CONSIDERANDO: I) que el literal f) del Artículo 3 de la Ley N° 18.426, establece como objetivo específico de las políticas y Programas de salud sexual y reproductiva, garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;

II) que el Artículo 6 de dicha Ley, determina que esos servicios formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población;-----

III) que el Artículo 45 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, deriva a su reglamentación la definición taxativa de las prestaciones incluidas en los programas de salud, de observancia obligatoria para los prestadores públicos y privados que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud;-----

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en los Artículos 19 y 45 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007;--

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DECRETA:

Artículo 1º.- Los prestadores integrales públicos o privados del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán brindar a su población usuaria que lo requiera, bajo indicación médica y como mínimo, los siguientes métodos anticonceptivos:-----

Anticonceptivo oral hormonal combinado
monofásico.-----

Anticonceptivo oral combinado trifásico.-----

Anticonceptivo oral hormonal para uso durante la
lactancia.-----

Anticonceptivo oral hormonal de emergencia.-----

Artículo 2º.- En uso de las facultades que le confiere el
Artículo 7 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre
de 2007, el Ministerio de Salud Pública
incorporará los medicamentos referidos en el
Artículo precedente, al Formulario Terapéutico de
Medicamentos.-----

Artículo 3º.- Asimismo, a partir del 1º de enero de 2011, los
prestadores aludidos en el Artículo 1º del
presente Decreto, deberán brindar a sus usuarios
que lo requieran, condones masculinos bajo
indicación médica.-----

Artículo 4º.- Cada persona usuaria que requiera el empleo de
métodos anticonceptivos, tendrá derecho a recibir
del prestador una cuponera que contenga trece
vales por anticonceptivos orales hormonales
(monofásicos, trifásicos y lactancia), una
cuponera que contenga doce vales por quince
condones masculinos cada uno y otra que
contenga tres órdenes por anticonceptivos orales
de emergencia.-----

Artículo 5º.- Cada uno de los vales referidos en el Artículo 4
precedente, dará lugar al cobro por parte de las

Ministerio de Salud Pública

Instituciones de una tasa moderadora que no podrá exceder de \$22 (pesos veintidós) para el caso de los anticonceptivos orales y de \$ 8 (pesos ocho) para los condones masculinos, valor base que no incluye timbre ni impuesto. Dichos montos se actualizarán en la oportunidad en que el Poder Ejecutivo lo determine.-----

Artículo 6°.- Las cuponeras tendrán vigencia anual y los vales podrán ser utilizados individualmente no más allá del período de un año contado desde la fecha de expedición de la cuponera que los incluye. Durante su vigencia, el uso de vales de las cuponeras para acceder a los respectivos métodos anticonceptivos, no requerirá nueva consulta ni receta médica.-----

Artículo 7°.- Las cuponeras correspondientes a anticonceptivos orales hormonales serán entregadas en la consulta con médico ginecólogo; las correspondientes a condones masculinos y a anticonceptivos orales de emergencia, en la consulta con médico general de referencia o ginecólogo.-----

Artículo 8°.- Comuníquese, publíquese.-----

Decreto Interno N°

Decreto del Poder Ejecutivo N°

Ref. N°001-3-6712/2010

/aes

ME

JOSÉ MUJICA
Presidente de la República

CM/ 196

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA
MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y
MEDIO AMBIENTE
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 30 SET. 2010

VISTO: lo dispuesto en la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, de 1° de diciembre de 2008;-----

RESULTANDO: I) que la ley referida establece que el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población;-----

II) que es necesario reglamentar dicha Ley, a los efectos de determinar las características de los servicios de salud sexual y reproductiva que deberán implementar los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud;-----

CONSIDERANDO: I) que el Estado debe promover políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñar programas y

organizar los servicios que permitan desarrollar los objetivos generales y específicos de la Ley N° 18.426;-----

II) que de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, se entiende por salud sexual un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad que no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar e incluye un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia, en un marco de respeto y protección a los derechos sexuales de todas las personas en tanto derechos humanos;-----

III) que la misma Organización entiende por salud reproductiva una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida, lo que implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia, el derecho de mujeres y hombres a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz en forma segura;-----

IV) que los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva de acceso universal y garantizar la

Ministerio de Salud Pública

integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones correspondientes;-----

ATENCIÓN, a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por las Leyes N° 18.426 de 1° de diciembre de 2008; N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y N° 18.335 de 15 de agosto de 2008;-----

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Actuando en Consejo de Ministros

D E C R E T A:

Artículo 1°.- Los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva, que organizarán según lo dispone el presente Decreto y observando lo establecido en la Ley N° 18.426 de 1° de diciembre de 2008, su reglamentación y las guías clínicas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.-----

Artículo 2°.- Las prestaciones en materia de salud sexual tienen como propósito mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, además de ofrecer consejería y cuidados relativos a las enfermedades de transmisión sexual.-----
La atención de la salud reproductiva comprende el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a prevenir y asesorar sobre problemas relativos a la reproducción.-----

Artículo 3º:

Los servicios de salud sexual y reproductiva formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje:-----

- a) Universal, asegurando el acceso a todos los usuarios y usuarias de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.-----
- b) Amigable, a fin de disminuir las barreras de acceso, en particular respecto a grupos vulnerables y socialmente excluidos, y promover la consulta oportuna.-----
- c) Inclusivo, contemplando a mujeres, varones y trans como usuarios y no sólo acompañantes de las personas con quienes se relacionen sexualmente.-----
- d) Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.-----
- e) Integral, considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social durante todo su ciclo vital, así como su salud en general, la de sus familias y la de la comunidad.-----
- f) Multidisciplinario, mediante la integración de equipos que incluyan profesionales que actúen

Ministerio de Salud Pública

- en forma interdisciplinaria y técnicas adecuadas a las prestaciones a brindar.-----
- g) Ético, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas, creando condiciones para el ejercicio de la misma, brindando información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y el marco de los derechos humanos, que facilite la toma de decisiones personales libres, consientes e informadas durante todo el proceso de atención.-----
- h) Calificado, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual; observando indicadores básicos y evaluando periódicamente el grado de satisfacción para generar una mejora continua de la calidad.-----
- i) Confidencial, observando la normativa vigente en materia de confidencialidad y secreto profesional en todas las instancias y procedimientos de la atención.-----

Artículo 4º.- Las prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva se brindarán de acuerdo a la evidencia científica disponible, con encare de

disminución de riesgos y daños, incorporando la perspectiva de género, respetando la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas.

Artículo 5°.-

Las decisiones e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de los servicios respectivos, observando al efecto lo dispuesto por la Ley N° 18.335 de 15 de agosto de 2008, su reglamentación y demás normas aplicables.

Artículo 6°:

Los servicios de salud sexual y reproductiva incluirán, como mínimo:

- a) Difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en todas las etapas de la vida de las y los usuarios.
- b) Promoción de hábitos saludables de vida en las esferas sexual y reproductiva y de la consulta médica oportuna.
- c) Educación y orientación para el ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, y promoción de la maternidad-paternidad responsables.
- d) Acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, que incluyan los reversibles e irreversibles.

Ministerio de Salud Pública

- e) Información, educación y orientación sobre métodos eficaces para la prevención de infecciones de transmisión sexual.-----
- f) Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, que incluya a las personas involucradas en las relaciones sexuales.-----
- g) Prevención y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas.-----
- h) Información y apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción.-----
- i) Prevención de la morbilidad y mortalidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto.-----
- j) Captación precoz de mujeres embarazadas, control de embarazo, prevención de riesgos y promoción de salud con enfoque de derechos sexuales y reproductivos en su transcurso, así como durante el parto, puerperio y etapa neonatal.-----
- k) Creación de condiciones para la humanización del parto institucional.-----
- l) Promoción de la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y pos parto.-----

- m) Información sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y pos parto, con respeto a las opciones de las mujeres en caso de existir alternativas.-----
- n) Asesoramiento y adopción de medidas de protección de las mujeres frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, observando lo dispuesto en la Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 369/004 de 6 de agosto de 2004.-----
- o) Atención de la interrupción del embarazo en los casos en que la misma sea autorizada de conformidad con las normas vigentes.-----
- p) Promoción de climaterios saludables desde la educación para la salud.-----
- q) Promoción de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, con derivación oportuna cuando se detecten problemas al respecto.-----
- r) Prevención de la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley N° 17.514 de 2 de julio de 2002 y su reglamentación.-----

Ministerio de Salud Pública

- s) Prevención y reducción de daños por consumo de sustancias adictivas legales e ilegales, con derivación oportuna cuando se detecte.-----

Artículo 7°.- Para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva se priorizará el primer nivel de atención, sin perjuicio de asegurar los mecanismos de referencia y contra referencia con los demás niveles de atención.-----

Artículo 8°.- Los servicios de salud sexual y reproductiva contarán con instalaciones físicas que garanticen la privacidad y confidencialidad de la consulta y los procedimientos que corresponda realizar a los mismos.-----

Artículo 9°.- Sin perjuicio de su integralidad, los servicios de salud sexual y reproductiva serán prestados por los profesionales de la salud competentes en cada especialidad, de acuerdo a las guías clínicas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.-----
Además, cada prestador deberá contar con un equipo de referencia multidisciplinario, que tendrá la siguiente integración mínima: ginecólogo/a, obstetra/partera y psicólogo/a, pudiendo convocar a otros profesionales cuando lo demanden los problemas a abordar. El equipo de referencia podrá ser propio del prestador o por convenio con otros prestadores que actúen en el territorio. Por razones fundadas, vinculadas a la

cantidad de población a suaria y características de la localidad en que preste servicios el prestador, el Ministerio de Salud Pública podrá autorizar excepcionalmente una integración distinta del equipo de referencia.-----

El equipo de referencia deberá asegurar la integridad de los servicios, a cuyo efecto definirá criterios comunes para la actuación de los profesionales y técnicos involucrados en los servicios de salud sexual y reproductiva, y monitoreará su efectiva aplicación por parte de los mismos. El prestador deberá instrumentar los mecanismos de articulación permanente entre dicho personal de salud y el equipo de referencia.- Sin perjuicio de la atención que reciban de los especialistas, usuarias y usuarios podrán acudir en consulta al equipo de referencia, por derivación de los primeros o por su propia iniciativa.-----

Artículo 10º.- En el marco de lo dispuesto por la Ley N° 18.426, el Ministerio de Salud Pública definirá los contenidos y planificará actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales que integren los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la calidad de la atención.-----

Ministerio de Salud Pública

Artículo 11°.- El Ministerio de Salud Pública ejercerá el contralor general de la ejecución de los servicios que reglamenta el presente Decreto. La Junta Nacional de Salud, en ejercicio de sus cometidos de administración del Seguro Nacional de Salud, controlará que los prestadores que integran dicho seguro brinden las prestaciones respectivas de conformidad con la normativa vigente.-----

Artículo 12°.- Comuníquese. Publíquese.-----

Decreto Interno N° 182/2010

Decreto Poder Ejecutivo N° 293/010

Ref. N° 001-3-4717/2010

[Handwritten signatures and initials]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
 JOSÉ MUJICA
 Presidente de la República

04 OCT 2010

**Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud**

Departamento de Planificación Estratégica de Salud
Área de Salud Sexual y en Salud Reproductiva
Programa de Salud Integral de la Mujer

GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MANUAL DE ORIENTACIÓN ANTICONCEPTIVA
MÉTODOS TEMPORALES Y PERMANENTES

2013

GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

**MANUAL DE ORIENTACIÓN ANTICONCEPTIVA
MÉTODOS TEMPORALES Y PERMANENTES**

Ministra de Salud Pública

Dra. Susana Muniz

Subsecretario de Salud Pública

Dr. Leonel Briozzo

Directora General de la Salud

Dra. Marlene Sica

Sub Directora General de la Salud

Dra. Adriana Brescia

Directora Departamento de Programación Estratégica en Salud

Dra. Ana Noble

Responsable Área Salud Sexual y Salud Reproductiva

Dra. Leticia Rieppi

Responsable del Programa de Salud Integral de la Mujer

Dr. Rafael Aguirre

Este manual fue producto de un largo proceso de redacción, revisión, adaptación, validación que contó con el aporte y apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas – UNFPA y del equipo técnico de la ONG Reprolatina que facilitó el proceso de construcción del manual.

Esta publicación se realizó con el apoyo del Programa Global de Aseguramiento de Insumos de Salud Reproductiva de UNFPA.

Coordinador General de la Publicación

Dr. Rafael Aguirre. PSIM. DPES. DIGESA. MSP

Colaboradores

Dr. Juan Díaz. Reprolatina

Dra. Leticia Rieppi. Coordinadora Área SSYSR. DPES. DIGESA. MSP.

Dra. Magda Chinaglia. Reprolatina

Dra. Margarita Díaz. Reprolatina

Participaron en el equipo de revisión, adaptación y validación del mismo:

Dr. Carmelo Alonso. Sociedad de Ginecología del Interior - Uruguay

Dr. Maximiliano Scopise. Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. UDELAR

Dra. Virginia Ferrando. Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. UDELAR

Dra. Daiana Paulino. Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. UDELAR

Dra. Fernanda Gómez. Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. UDELAR

Dra. Ana Visconti. Programa ITS-SIDA. MSP. Uruguay

OP. Leticia Romeu. Escuela de Parteras. Facultad de Medicina. UDELAR

OP. Beatriz Giménez. Asociación Obstétrica del Uruguay

Dra. Adriana Zunino. Sociedad Ginecotocológica del Uruguay

Dra. Claudia Nosei. Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria. UDA APEX Cerro. Facultad de Medicina. UDELAR

Dra. Mónica Gorgoroso. Programa de Salud de la Mujer y Género. ASSE

Dra Alicia Aleman. Área de la Salud. BPS

Dra. Magda Chinaglia. Reprolatina. Brasil

Dra. Margarita Díaz. Reprolatina. Brasil

Sic. Valeria Ramos. Oficial de Programa. UNFPA. Uruguay

Dra Leticia Rieppi. Sociedad de Ginecología de la Infancia y Adolescencia.

Dra. Grazzia Rey. Clínica Ginecotocológica "B". Facultad de Medicina. UDELAR

Dr. Rafael Aguirre. Clínica Ginecotocológica "C" Facultad de Medicina. UDELAR

Dra. Suzanne Jacob Serruya. Asesora Regional de SSyR. CLAP/SMR - OPS/OMS

Edición:

OP. Leticia Rumeu

Agradecimientos:

Sic. Valeria Ramos. UNFPA Uruguay

Analía Segovia. Secretaría Área SSYSR. DPES. MSP

Ana Sanchez. Secretaría Área SSYSR. DPES. MSP

Personal de UNFPA Uruguay y CLAP/SMR - OPS/OMS.

Dra. Suzanne Jacob Serruya. Asesora Regional de SSyR. CLAP/SMR - OPS/OMSOMS

INDICE

Prólogo	9
Introducción	11
Orientación en anticoncepción	15
Eficacia de los métodos anticonceptivos	19
Evaluación del usuario/a previo a la administración de un anticonceptivo	22
Capítulo I - Métodos Anticonceptivos Hormonales	
1.1 Anticonceptivos Orales Combinados de dosis bajas	24
1.2 Anticonceptivos Orales solo de Progestágeno	36
1.2.1. Píldoras sólo de progestágeno de media dosis	43
1.3 Píldora Anticonceptiva de Emergencia	44
1.4 Inyectables Mensuales Combinados	49
1.5 Inyectables Solo de Progestágeno	56
1.6 Implantes Anticonceptivos Subdérmicos	63
1.7 Anillo Vaginal Combinado	71
1.8 Parches o Adhesivos Combinados	77
Capítulo II - Dispositivo intrauterino DIU	84
2.1. Dispositivo Intrauterino con Cobre	84
2.2. Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel (DIU - Hormonal)	97
Capítulo III - Métodos Anticonceptivos Permanentes (Quirúrgicos)	
3.1. MACP para la mujer. Esterilización Quirúrgica	102
3.2. Vasectomía	109
Capitulo IV - Métodos Anticonceptivos de Barrera	
4.1. Preservativo masculino de látex	116
4.2. Preservativo femenino	119
Capítulo V- Métodos Comportamentales no Medicamentosos	
5.1 Basados en percepción de la Fertilidad	125
5.2 Coito interrumpido.	133
5.3 Método de la Amenorrea por Lactancia	135
Tabla resumen CME – OMS	138
Anexos	150

PRÓLOGO

Es importante que los seres humanos podamos vivir la sexualidad, expresión vital, sin sentirse prisioneros de la reproducción. Es por ello que la anticoncepción es un derecho humano fundamental.

Uruguay ha transitado por grandes avances en salud sexual y reproductiva, en los últimos 10 años, avances que tuvieron concreciones en leyes, en reglamentaciones y en la implementación de servicios y prestaciones que hacen que los derechos sean cada vez más una realidad universal. Así mismo, se ha operado una reforma de la salud con un cambio en el modelo de atención orientado a la atención integral, multidisciplinaria y centrada en la prevención.

En agosto de 2013, el Consenso de Montevideo hacia la Conferencia 2014 de Cairo +20 (Agosto 2013), incluye como un punto entre los derechos sexuales y reproductivos el “Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia” (artículo 44)

11

Desde la promulgación de ley 18426 y su reglamentación, los métodos anticonceptivos son una prestación universal y obligatoria. Mediante diferentes normativas se buscó que esta prestación fuera una realidad, poniendo a disposición de la población anticonceptivos de calidad y accesibles, para que las personas, de manera consciente, libre, informada y responsable, decidan y utilicen el o los métodos que entiendan adecuados a su situación.

Este documento es un paso más en el camino hacia la calidad de los servicios de salud. El brindar información basada en la evidencia y el empoderamiento de las personas en la toma de decisiones anticonceptivas, es uno de los derechos fundamentales en salud sexual y reproductiva.

Este documento es el resultado de un trascendente proceso de análisis y evaluación de los diferentes métodos disponibles en el Uruguay, por parte de un grupo de profesionales de la salud. Se ha seleccionado y adaptado su contenido a la realidad nacional haciendo hincapié en los aspectos más relevantes de cada método

Este proceso de orientación basada en la evidencia y ético, se debe centrar en el usuario, el cuál debe tomar las decisiones estando bien informado, en forma libre y sabiendo

que el uso del método requiere un uso correcto. En la orientación, el equipo de salud juega un rol clave, siendo una intervención en salud de enorme impacto sanitario.

El Ministerio de Salud Pública redobla su apuesta a mejorar el acceso universal a todos los métodos anticonceptivos disponibles y de calidad para nuestra población.

Con la concreción de este derecho sexual como derecho humano, estaremos generando condiciones para construir una sociedad más feliz y responsable

Prof. Dr. Leonel Briozzo
Subsecretario Ministerio
de Salud Pública
Uruguay

INTRODUCCIÓN

Nuestro país, desde el año 2005, ha priorizado lograr avances en pos de la plena salud sexual y reproductiva de su población. Los compromisos asumidos en las Conferencias de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y de Beijing (1995) fueron llevados a la práctica modificando, para ello, desde el marco legal, a la realidad de los servicios. En los últimos años, la aprobación de la Ley N° 18426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (SSYSR) y la Ley 18987 sobre interrupción voluntaria del embarazo, han puesto a Uruguay en un sitio de avanzada respecto al marco legal que reconoce estos derechos. Desde el Poder Ejecutivo se han reglamentado estas leyes, establecido Servicios de SSYSR en todos los prestadores de salud del país, establecido nuevas prestaciones obligatorias de salud (anticoncepción, prevención del cáncer, interrupción de embarazo, como ejemplos) y creado guías técnicas para el abordaje de la SSYSR.

El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos nacidos y futuros y a disponer de la información y los métodos para ello, es un pilar dentro de los derechos reproductivos. Para ello, realizar dentro del abordaje integral de la salud sexual y reproductiva, un proceso de orientación anticonceptiva es esencial.

Dicho proceso debe estar centrado y protagonizado por cada mujer u hombre, o cada pareja, quienes asesorados por el equipo de salud toman decisiones respecto a su reproducción.

La orientación debe desarrollarse como un proceso de diálogo bidireccional, donde integrando los conocimientos y experiencias de los individuos o parejas con el saber técnico, se logra identificar y tomar las mejores decisiones en materia de anticoncepción. El equipo de salud debe acompañar y ayudar a las personas y parejas a identificar sus necesidades anticonceptivas y a tomar por sí mismos las mejores decisiones al respecto. Se debe utilizar un lenguaje comprensible y dar tiempo para que las personas expresen sus temores, dificultades, creencias y motivaciones en relación al uso de los diferentes métodos anticonceptivos. Los profesionales nunca deben imponer su opinión personal, creencias y prejuicios respecto a las decisiones a tomar, de forma que las personas tomen una decisión libre y consciente que favorezca el sostén de la misma.

La elección debe tomar en cuenta aspectos que hacen al ciclo vital (adolescencia, juventud, climaterio), su estilo de vida, sus valores, el patrón de actividad

sexual y la aceptabilidad del método para cada individuo o pareja. Se debe hacer hincapié en la seguridad, eficacia, comodidad y accesibilidad del método a elegir.

En dicho proceso, el conocer y aplicar los fundamentos de la medicina basada en la evidencia es fundamental. En materia de anticoncepción, tanto los individuos como el equipo de salud, suelen tener preconceptos e información no ajustada a la realidad. Es por ello que este manual busca acercar al equipo de salud, y todos aquellos que lo deseen, información científica validada sobre diferentes métodos anticonceptivos

El presente manual es una adaptación, para Uruguay, de Planificación Familiar - Manual Mundial para proveedores de la Organización Mundial de la Salud. El mismo brinda orientaciones prácticas, de manera directa y sencilla, sobre la mejor y más actual evidencia científica sobre el uso de métodos anticonceptivos. Su redacción es producto del trabajo conjunto de múltiples organizaciones, que bajo la guía y liderazgo de la OMS, han revisado y compilado la evidencia científica y arribando a un consenso respecto a recomendaciones profundas en materia de anticoncepción.

Desde el MSP se ha considerado que habiendo un manual tan completo, actualizado y producto del consenso mundial la tarea a realizar era adaptar el mismo a la realidad uruguaya. Es por ello que el presente manual busca brindar, de una forma más concreta, información sobre los métodos anticonceptivos disponibles en nuestro país.

Para ello se ha realizado una adaptación de su lenguaje, la reducción de su contenido y el agregado de información relevante para nuestro país. Para ello se ha contado con la participación en un proceso de revisión, adaptación y validación de referentes de la academia y las principales sociedades científicas de nuestro país. Desde ya debemos agradecer a este grupo, profundamente comprometido con la salud de nuestra población y que brindó su tiempo y valiosa opinión para obtener un manual adaptado a nuestra realidad

Los capítulos de este manual podrán ser consultados en forma individual, conteniendo cada uno de ellos la información de mayor relevancia para cada método anticonceptivo. Con el objetivo de realizar un manual completo, pero no demasiado extenso, solo se han incluido las categorías 3 y 4 de los criterios médicos de ele-

gibilidad, en el entendido que contienen las situaciones en donde el uso puede implicar un riesgo para la salud. Por las mismas razones de longitud, no se han incluido la totalidad de los documentos de referencia las cuales podrán ser consultados en las guías y manuales de la OMS disponibles en: www.who.int/reproductive-health/family_planning

El lenguaje de este manual (por razones de estilo) es no sexista, sin alguna discriminación de género.

El objetivo final es guiar, al equipo de salud, para que realice un proceso de orientación anticonceptiva de calidad y cien-

tíficamente válido, maximizando así los resultados del mismo. Creemos que presente manual constituye una herramienta imprescindible en pos de dicho objetivo.

Dr. Rafael Aguirre
*Responsable del Programa
de Salud integral de la Mujer
Área de Salud
Sexual y Salud Reproductiva
Departamento
de Planificación Estratégica de Salud
Ministerio de Salud Pública. Uruguay*

ORIENTACIÓN/ASESORAMIENTO EN ANTICONCEPCIÓN.

Uruguay, como signatario del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (ICPD) celebrada en El Cairo (1994), está comprometido a promover la “Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), respetando los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR) de todas las personas, hombres y mujeres, sin ninguna discriminación.”

El compromiso incluye ofrecer, en una perspectiva de derechos, servicios para todas y todos en todos los aspectos de la SSR, incluyendo servicios de planificación reproductiva. Los servicios de planificación reproductiva, más conocida como planificación familiar, se basan en el reconocimiento de que todas las personas tienen el derecho de decidir tener o no tener hijos y a decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos. Este compromiso conlleva la obligación de proveer toda la información y los recursos necesarios para que las personas puedan ejercer ese derecho, que incluye el derecho a la elección libre e informada de métodos.

¿Por qué es importante que los servicios promuevan la implementación efectiva del derecho a la Elección Libre e Informada?

La libre elección informada, además de un derecho, es uno de los componentes fundamentales de la calidad de la atención en planificación familiar y su implementación efectiva en los servicios resulta en beneficios derivados de la mejor calidad de la atención, a saber:

- Aumento de la proporción de personas que usan métodos apropiados para ellas.
- Aumento del número de usuarias satisfechas con el servicio y con el método que usan.
- Aumento del promedio de tiempo de uso de los métodos (tasa de continuación), con lo que aumenta el tiempo de protección que ofrecen los métodos.
- Aumento de la demanda de servicios de anticoncepción debido a la diseminación de la información positiva sobre los servicios vehiculada por usuarias y usuarios satisfechos.

¿Cómo implementar los servicios de forma que las y los usuarios, puedan efectivamente ejercer su derecho de Elección Libre e Informada?

Los servicios deben ofrecer las condiciones para que todas las personas puedan ejercer el derecho a la Libre Elección de métodos, ofreciendo información, educación y orientación sobre SSR y sobre los métodos disponibles para evitar el embarazo. Los servicios deben establecer, en un proceso dinámico, una interacción con las y los usuarios para que tengan la libertad de escoger libremente entre las opciones disponibles, aquella que mejor responda a sus preferencias y necesidades actuales y permita satisfacer sus intenciones reproductivas.

- 18 Idealmente los servicios deberían ofrecer amplia información sobre todos los métodos disponibles en los servicios, incluyendo materiales educativos apropiados para los y las usuarias potenciales y ofrecer sesiones educativas grupales donde los y las usuarias puedan aprender más sobre los métodos.

Independientemente de recursos disponibles y de la posibilidad de ofrecer amplia información y educación, para la implementación efectiva del derecho a la Libre Elección, los servicios deben garantizar el acceso a un proceso de orientación o asesoramiento para auxiliar a la usuaria en la toma de las decisiones sobre cual o cuales métodos utilizar.

Orientación o asesoramiento

Es una interacción de persona a persona, a través de la cual el/la profesional de salud **AYUDA** a la mujer, hombre o pareja a escoger el método anticonceptivo más adecuado de acuerdo con las características de la persona y del método.

Esta “**AYUDA**” significa que la persona que realiza la orientación respetará el derecho del o de la usuaria a escoger usar o no usar un método anticonceptivo y la libertad de escoger el método más apropiado o conveniente, de acuerdo a su proyecto de vida, características y preferencias. La persona que orienta debe también incorporar los criterios médicos de elegibilidad para definir los métodos que la usuaria no podría usar por razones de salud.

La característica fundamental que deben tener las personas que dan orientación es estar capacitadas para ayudar al o la usuaria a tomar una decisión, sin imponer sus opiniones o creencias personales relativas a los métodos y saber orientar también a las personas sobre la necesidad de protegerse también contra infecciones de transmisión sexual, informando sobre la conveniencia de realizar la doble protección (contra el embarazo no planeado y las infecciones de transmisión sexual). Es importante que el o la orientadora tenga habilidades de comunicación y sepa manejar los recursos de apoyo, tales como guías, rotafolios, modelos anatómicos, etc.

Es importante siempre insistir en que:

La persona que está conduciendo la orientación debe mantener una postura

ética de imparcialidad, evitar emitir juicios de valor y respetar la decisión de la persona sin influenciar la decisión basándose en opiniones personales o prejuicios.

Una orientación bien realizada promueve:

- La efectiva Elección Libre e Informada.
- Facilita la participación de la usuaria/o en el auto-cuidado y en la responsabilidad del uso.
- Mejora el modo de usar el método (instrucciones iniciales y en el seguimiento), disminuyendo fallas por uso inadecuado.
- Mejora la satisfacción con el método y la continuidad de uso.
- Mejora la satisfacción con el servicio.

Como debe ser la orientación:

- De preferencia, antes de la orientación, la o el usuario debería recibir información sobre todos los métodos disponibles, ya sea en charlas educativas, videos, material impreso, etc.
- El proceso de orientación es una interacción personal individual y el primer paso es establecer una relación cordial y de confianza. **(A pesar de ser una interacción individual, eventualmente la orientación puede incluir a la pareja de la mujer o del hombre que está buscando orientación)**

Los pasos siguientes deben incluir:

- Investigar si ya tiene algún o algunos métodos posibles en mente
- Verificar si conoce las diferentes opciones anticonceptivas disponibles.
- Preguntar, escuchar, aclarar dudas y creencias sobre el método escogido y otros métodos, en lenguaje simple.
 - Preguntar sobre orientación sexual, sexualidad, proyecto de vida, preguntar si desea postergar un nuevo embarazo o no desea embarazarse nunca más, problemas de salud y verificar los criterios médicos de elegibilidad para el método solicitado o de su preferencia.
 - Investigar la necesidad de la doble protección.
 - Facilitar el proceso de decisión reflexionando y analizando las características del método y de la vida de la persona (necesidades y metas).
 - Después de escogido el método y certificarse que no hay condiciones médicas que lo hagan no recomendable, verificar el modo de uso, los posibles efectos colaterales y como manejarlos.
 - Hablar de la libertad de cambio/discontinuidad del método.
 - Orientar sobre el seguimiento

Nota: En los casos en que el DIU sea el método escogido es importante explicar que en el momento de la inserción podría detectarse alguna condición médica que haga la inserción del DIU no recomendable. Esto es porque hay

El o la persona que realiza la orientación deberá respetar la decisión del o de la usuaria, excepto cuando el método escogido sea no recomendable de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad, situación en la que deberá ayudar a la persona a escoger otro método

algunas condiciones que solo pueden ser detectadas en el momento del examen ginecológico antes de la inserción.

Cuando orientar

La orientación sobre anticoncepción es un proceso continuo que se debe dar en un marco de atención integral de la salud sexual y reproductiva de los individuos y parejas. Los servicios integrales deben es-

tar disponibles para dar orientación a las usuarias, no solo en la primera consulta en que se escoge el método anticonceptivo. El servicio debe ofrecer orientación en todas las consultas, dando espacio a las usuarias para poder preguntar sobre todas las dudas que puedan tener, especialmente cuando las usuarias están considerando la posibilidad de interrumpir el uso de un método y parar de usar anticoncepción o cuando desean cambiar de método.

EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La orientación en anticoncepción debe incluir información correcta, actualizada e imparcial sobre la eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, porque la eficacia que se espera del método es, en general, uno de los factores importantes que influyen en la decisión de la o del usuario.

La eficacia de un método es su capacidad de prevenir o evitar un embarazo no planificado. Muchos de los métodos anticonceptivos requieren que las usuarias o usuarios los usen correctamente. Por ejemplo, el preservativo masculino hay que colocarlo sobre el pene erecto antes de cada relación, las píldoras deben ser tomadas de acuerdo a las instrucciones, las inyecciones deben ser aplicadas con la periodicidad establecida. Esto implica en que la eficacia de estos métodos dependerá de sus características intrínsecas y de la manera como se usan. El ejemplo más claro se puede observar con las píldoras anticonceptivas combinadas de baja dosis, que son muy eficaces (tasa de embarazo de menos de 1% en un año) cuando se usan de manera correcta y consistente, como ocurre en los estudios clínicos bien controlados y de alrededor de 8% en uso común, como muestran los estudios en la población general. Por

esa razón, en la orientación la usuaria o el usuario deben entender que la eficacia del método, o dicho de otra forma, la posibilidad de que acontezca un embarazo no planeado con el método dependerá de la manera como se lo utiliza.

Por otro lado, en los métodos reversibles de larga duración y en los métodos permanentes quirúrgicos, la eficacia será muy poco o no influenciada por la manera como se usan. Obviamente, la posibilidad de embarazarse que tiene una mujer después de ser sometida a una esterilización quirúrgica depende solo de la técnica utilizada y de la posibilidad, que ella no puede controlar, de que por lo menos una trompa se recanalice. Igualmente, en los métodos de larga duración, como los implantes, la eficacia teórica observada en estudios clínicos es prácticamente igual a la eficacia en uso común.

La tabla es la que se incluye en la última versión del Manual de Planificación Familiar de OMS: "Planificación Familiar: Un manual Mundial para proveedores" OMS 2011. Ella muestra la eficacia de los métodos según las revisiones más completas y actualizadas en uso correcto y consistente y en uso habitual en Estados Unidos y en países en desarrollo.

Fuente de los datos de la tabla

- a- Tasas de los Estados Unidos. Fuente: Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher R y col., editores. Contraceptive technology. 19th revised ed. 2007. Las tasas para los inyectables mensuales y capuchones cervicales son de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004;70(2): 89–96.
- b- Tasas para países en desarrollo. Fuente: Cleland J y Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. Obstetrics and Gynecology. 2004; 104(2): 314–320.
- c- La tasa para uso sistemático y correcto de MELA es un promedio ponderado de 4 estudios clínicos citados en Trussell (2007). La tasa para MELA como se usa comúnmente es de Kennedy KI y col. Consensus statement: Lactational amenorrhea method for family planning. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1996;54(1): 55–57.



TABLA DE EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

(Tasa de embarazo por 100 mujeres en el primer año de uso)

Traducido de Family Planning: A Global Handbook for providers (WHO, 2011)

MÉTODO	Tasa de embarazo en el primer año (Trussell) ^a		Tasa de embarazo en el primer año (Cleland et ali) ^b
	USO CORRECTO Y CONSISTENTE	USO HABITUAL	
Implantes	0,05	0,05	
Vasectomía	0,1	0,15	
DIU con levonorgestrel	0,2	0,2	
Esterilización femenina	0,5	0,5	
DIU con cobre	0,6	0,8	2
MELA (6 meses)	0,9 ^c	2	
Inyectable mensual	0,05	3	
Inyectable trimestral	0,3	3	2
Píldora combinada	0,3	8	7
Píldora de progestágeno	0,3	8	
Adhesivo combinado	0,3	8	
Anillo vaginal combinado	0,3	8	
Preservativo masculino	2	15	10
Método de la Ovulación	3		
Método de los dos días	4		
Método de los días fijos	5		
Diafragma con espermicida	6	16	
Preservativo femenino	5	21	
Otros métodos de percepción de la fertilidad		25	24
Coito interrumpido	4	27	21
Espermicida	18	29	
Capuchón cervical	26 ^m -9 ⁿ	32 ^m -16 ⁿ	
Ningún método	85	85	85

m:multíparas n:nulíparas

Significado de los colores del sombreado

	Muy eficaz (0 – 0,9)
	Eficaz (1 – 9)

	Moderadamente eficaz (10 – 25)
	Menos eficaz (26 – 32)

CAPÍTULO I MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

1.1 EVALUACIÓN DE LA USUARIA/O PREVIO A LA ADMINISTRACIÓN DE UN ANTICONCEPTIVO

La OMS¹ recomienda que antes de indicar cualquier método anticonceptivo se proceda a una correcta valoración del usuario. Para decidir cuáles son las pruebas y exámenes que se deber realizar se sugiere la siguiente clasificación:

CLASE A: Esenciales y mandatorios en todas las circunstancias para el uso seguro y efectivo del método anticonceptivo

CLASE B: Contribuyen sustancialmente al uso seguro y efectivo, pero su implementación puede ser considerada dentro del contexto de servicio y/o de la salud pública. El riesgo de no realizar un examen o prueba debe compararse con el beneficio de suministrar un método anticonceptivo

CLASE C: No contribuyen sustancialmente al uso seguro y efectivo del anticonceptivo. Independientemente de que no sean indispensables para garantizar la efectividad y seguridad del método, deberán ser realizados con regularidad desde una perspectiva integral de salud de la mujer.

Esta clasificación no incorpora algunos exámenes que pueden ser apropiados para una correcta evaluación del estado de salud del usuario, pero que no han sido incluidos por no vincularse con los criterios necesarios a establecer para considerar si un método anticonceptivo es apropiado y seguro.

1. Prácticas recomendadas para la utilización de anticonceptivos. Ginebra.OMS

Situación específica	ACO comb	AI comb.	ACO pro-gest	AI pro-gest	Preserva-tivo	DIU	Esteril. tubaria	vasecto-mia
Examen mamario	C	C	C	C	C	C	C	N/A
Examen pélvico y genital	C	C	C	C	C	A	C	A
PAP/evaluac. cervical	C	C	C	C	C	C	C	N/A
Rutinas de laboratorio	C	C	C	C	C	C	C	C
Hemoglobina	C	C	C	C	C	B	B	C
Valoración riesgo ITS/ historia/ examen físico	C	C	C	C	C*	A	C	C
Serología ITS	C	C	C	C	C*	B	C	C
Evaluación presión arterial	**	**	**	**	C	C	A	C***
<p>*. Se recomienda evitar el uso de preservativos con noxinol-9 si tienen alto riesgo de infección por VIH</p> <p>** . Es recomendable, si se dispone el control de presión arterial antes y después de usar estos métodos, pero no se debe impedir el uso de los mismos si no se dispone de control de la presión arterial</p> <p>***. Solo para procedimientos que se llevan a cabo con anestesia local</p>								

1. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA (AOC)

IMPORTANTE: Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, deben brindar, en forma obligatoria, los AOC a todas las usuarias que lo soliciten, contra el pago de una tasa moderadora establecida por el poder ejecutivo. Se debe entregar una cuponera que asegure recibir el suministro por un año (13 ciclos). Durante dicho período no se requiere nueva indicación médica o receta.

Así mismo:

Se debe promover el uso del doble método (doble protección), por lo cual podrán recibir en forma simultánea cuponeras para métodos hormonales (AOC, Píldora progestágeno, PAE) y para métodos de barrera (preservativo)

Los servicios deberán garantizar que las usuarias reciban los métodos de tres en tres meses. Ley 18.426

26

Definición

Son píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas sintéticas, un progestágeno y un estrógeno, que tienen efectos similares a las hormonas producidas durante el ciclo menstrual (progesterona y estrógeno). La primera píldora registrada en los EE.UU. contenía el estrógeno mestranol pero, actualmente, la gran mayoría de las píldoras en el mundo y en Uruguay contienen el estrógeno etinil-estradiol en combinación con levonorgestrel, gestodene, norgestimato o drospirinona. En Uruguay también hay píldoras combinadas con valerato de estradiol, que es un estrógeno natural, disponibles en las farmacias.

Mecanismo de acción

Tomadas de acuerdo a las instrucciones de uso, inhiben la ovulación en casi la to-

talidad de los ciclos. Las hormonas alcanzan un nivel sanguíneo que, sin impedir el crecimiento ovular, bloquean el pico de LH preovulatorio, lo que inhibe la ruptura folicular y liberación del óvulo. Además el moco cervical se mantiene viscoso y escaso durante todo el ciclo, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides al útero.

De acuerdo con su dosis de etinil estradiol, las píldoras combinadas monofásicas se clasifican en cuatro categorías:

- Dosis Media: 50 mcg de etinil-estradiol*
- Dosis Baja: 30-35 mcg de etinil-estradiol;
- Dosis Muy baja: 20 mcg de etinil-estradiol;
- Dosis Ultra baja: 15mcg de etinil-estradiol.

Tipos de píldoras anticonceptivas orales combinadas:

- Monofásicas: en donde las píldoras activas contienen la misma composición (dosis fijas), representan las píldoras de primera elección.

Presentaciones:

- Blísteres con 21 píldoras activas
- Blísteres con 28 píldoras (21 activas y 7 placebos)
- Blísteres con 28 píldoras (24 activas y 4 placebos)

- Bifásicas: en donde las píldoras activas, diferenciadas en dos colores, contienen las mismas hormonas en proporciones diferentes. Deben ser tomadas obligatoriamente en el orden indicado en el blíster.

Presentaciones

- Blísteres de 28 píldoras con 7 de placebo
- Trifásicas: en donde las píldoras activas, diferenciadas en tres colores, contienen las mismas hormonas en proporciones diferentes. Deben ser tomadas obligatoriamente en el orden indicado en el blíster.

Las píldoras con dosis media (50 mcg de etinil-estradiol) no son recomendadas por la OMS y han desaparecido del mercado en casi todos los países. En Uruguay no son ofrecidas por el MSP ni se encuentran disponibles en las farmacias. Las más utilizadas, que constituyen la primera opción, son las de baja dosis, con 30 mcg de etinil estradiol y 150 mcg de levonorgestrel. Esta formulación es la que presenta menor riesgo para la salud, especialmente de trombosis venosa profunda y, consecuentemente, de enfermedades tromboembólicas. **Las píldoras con gestodene, desogestrel o drospirinona tienen un riesgo de tromboembolia profunda tres veces mayor que las píldoras con levonorgestrel (Lidegaard, et al, 2011).*

*Además, a pesar de que **la frecuencia de eventos adversos con las píldoras con 20 mcg o menos podría, teóricamente ser menor, las evidencias actuales no demuestran ventajas significativas** y, por el contrario, las usuarias de dosis muy bajas tienen tasas de discontinuación de uso más altas por alteraciones de los sangrados.* (Cochrane Syst Review, 2011)

Muchos proveedores recomiendan las píldoras de dosis muy baja o ultra baja como especialmente apropiadas para adolescentes; sin embargo, no hay ninguna evidencia científica de que estas dosis tengan ventajas sobre la píldora de 30 mcg de etinil-estradiol y 150 mcg de levonorgestrel para su uso en esa población.

Eficacia

La efectividad de las píldoras depende de la manera como se usan. Cuando se usan de acuerdo a las instrucciones, *uso adecuado o correcto* sin olvidar la ingesta diaria de la píldora, la probabilidad de embarazarse es de una de cada 300 usuarias en el primer año (tasa de embarazo de 0,3 por 100 mujeres en el primer año).

Estudios realizados en la población general muestran que, en uso común, *habitual o rutinario*, 8 de cada 100 mujeres que toman la píldora se embaraza en el primer año. Esta gran diferencia de la efectividad entre el uso perfecto y el uso común se debe, fundamentalmente, a errores en la manera de usarlas (olvidos). El riesgo más alto es descansar 10 días o más entre dos blísteres (comenzar 3 días o más después de lo indicado), en vez de 7, como es la recomendación, u olvidarse de tres píldoras o más

La fertilidad retorna sin demoras, a su nivel normal, tras la interrupción del uso de la píldora combinada.

Una publicación reciente muestra que entre 79,4 a 96% de las usuarias que dejaron de tomar las píldoras para embarazarse, lo consiguen en el primer año, cifra similar a la fertilidad de mujeres que no han usado anticonceptivos o después de suspender el uso de métodos de barrera. (*Mansour et al., 2011*).

No hay aumento de riesgo de malformaciones congénitas o de embarazo múltiple en los embarazos subsecuentes al uso de AOC. (*Pardthaisong et al, 1988*).

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar los AOC?

Las listas que siguen se aplican igualmente para mujeres adultas y adolescentes.

Toda mujer que, después de la orientación, escoge usar AOC y no está embarazada puede usarlos, siempre que no tenga alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (CME). Si la mujer presenta cualquiera de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 4 no debe usar AOC, porque su uso representa un riesgo inaceptable para la salud. Solo podría usar el método si no hay otra opción disponible aceptable y embarazarse también represente un riesgo inaceptable para la salud.

Si la usuaria presenta alguna de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 3 en los CME de la OMS, los AOC no son el método de primera elección. Las mujeres con alguna condición en la categoría 3 deben ser advertidas de que el uso de los AOC representa un riesgo de salud, que haría recomendable que escoja otro método para el cual la condición de salud no sea categoría 3 o 4. Si la mujer insiste en usar el método, porque las otras opciones no son aceptables para ella, hay que advertirle que debe realizar controles médicos frecuentes.

En general, la presencia de dos condiciones categoría 3 equivale casi siempre a una

La composición hormonal diferente, en las pastillas bifásicas y trifásicas, trata de imitar el comportamiento fisiológico del ovario, de tal forma que al principio la dosis de progestógeno es menor que al final del ciclo. Esto es lo que hace necesario que la mujer respete el orden de administración de los comprimidos, lo que hace más difícil seguir el esquema y puede ser causa de errores en la forma de tomarlas.

*A pesar del pretendido efecto favorable de imitar los niveles hormonales del ciclo menstrual, estas píldoras no presentan ninguna ventaja sobre las monofásicas; no son más eficaces y no presentan tasas menores de efectos secundarios. **Los anti-conceptivos orales bifásicos y trifásicos no constan de la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud. Para más informaciones, acceder al link:** <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.*

categoría 4. Con dos condiciones 3, la decisión debe ser cuidadosamente evaluada.

Modo de uso

Ingesta de una píldora cada día hasta terminar el paquete.

Es conveniente, pero no obligatorio, tomar las píldoras más o menos a la misma hora. Para que sea más fácil recordar, sugiera métodos por ejemplo asociando la ingestión de la píldora con una actividad diaria (como lavarse los dientes antes de acostarse) o programar recordatorios (ej. teléfono celular).

Los servicios deberán implementar mecanismos administrativos para entregar

los suministros cada tres meses por vez y condones para el mismo tiempo.

El profesional podrá mediante la utilización de un blíster explicar el modo de uso, incluyendo las instrucciones sobre las píldoras placebo cuando corresponda.

Cuando comenzar

Si la usuaria está menstruando espontáneamente y comienza el uso en los primeros 5 días del ciclo, no necesita ningún método de respaldo. Si ya han pasado más de 5 días del comienzo de la menstruación, puede comenzar la píldora, pero necesita un método de respaldo durante los primeros 7 días de estar tomando la misma.

IMPORTANTE: Una usuaria puede iniciar el uso de AOC en cualquier momento que lo desee, siempre que exista una certeza razonable de que no está embarazada. Si no hay certeza, es recomendable usar un método de barrera o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta la próxima menstruación, cuando podrá comenzar el uso de AOC.

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 4 para Anticonceptivos Orales Combinados	
	Posparto menos de 6 semanas amamantando
	Posparto menos de 21 días no amamantando con riesgo de TVP (trombosis venosa profunda)*
	35 años o más y fumadora de 15 cigarrillos/día o más
	Múltiples factores de riesgo cardiovascular (asocia, al menos, 2 de: edad mayor de 35 años, hipertensión, obesidad, dislipemia, diabetes, tabaquismo)*
	Hipertensión arterial mayor o igual 160/100 mmHg
	Enfermedad vascular renal o cerebral
	Mutaciones trombogénicas
	Accidente vascular cerebral actual o historia
	Historia de o enfermedad cardíaca isquémica actual
	Enfermedad valvular complicada
	Lupus eritematoso sistémico (ACA + o desconocido)
	Migraña con aura a cualquier edad
	Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para continuación de uso)
	Cáncer de mama actual
	Adenoma hepatocelular
	Cirugía mayor con inmovilización (puede reiniciar 15 días después de recobrada la movilidad)
	Hepatitis viral aguda (para iniciar el uso)*
	Hepatoma maligno
	Historia de/ o TVP/embolia pulmonar actual con o sin tratamiento
	Diabetes mayor o igual de 20 años de evolución o con daño vascular *
	Cirrosis descompensada
	*categoría 3/ 4 se clasificó como 4

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 3 para Anticonceptivos Orales Combinados	
Posparto entre 6 semanas y seis meses amamantando	
Posparto menor a 21 días sin factores de riesgo para TVP no amamantando	
Posparto entre 21 y 42 días con factores de riesgo para TVP*	
35 años o más y fumadora de menos de 15 cigarrillos	
Antecedente de hipertensión arterial cuando no se puede evaluar la misma	
Hipertensión arterial menos de 160/100 mmHg	
Hipertensión arterial controlada	
Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para iniciar el uso)	
Migraña sin aura, menor a 35 años (para continuación del uso)	
Cáncer de mama tratado sin enfermedad actual	
Enfermedad de la vesícula actual o medicamento tratada	
Colestasis con uso previo de AOC	
Terapia antirretroviral con inhibidores de proteasa	
Hiperlipidemias conocidas*	
Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, primidona, carbamazepina, lamotrigina)	
Uso de rifampicinas	
	*categoría 2/3 se clasificó como 3

IMPORTANTE: Los AOC no son un método de primera elección para mujeres amamantando hasta que el lactante cumpla 6 meses (Categoría 3) porque pueden disminuir la cantidad y calidad de la leche (WHO, 2010).

IMPORTANTE: El MSP promueve el uso de la “doble protección”. Informe que los AOC no protegen contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la “doble protección” y estimule su uso. Las instituciones deben asegurarse que las usuarias que optan por AOC, reciban también condones, para “doble protección”.

Si la usuaria está en amenorrea también puede comenzar en cualquier momento si hay certeza razonable de que no está embarazada, pero debe usar un método de respaldo, por ejemplo condón o mantenerse en abstinencia por siete días.

Si la usuaria utiliza como método parche, anillo, DIU con cobre, DIU con levonorgestrel o implante y desea cambiarse para la píldora debe comenzar a tomarla inmediatamente y parar de usar el método que estaba usando. En el caso de DIU, puede comenzar a tomar la píldora y retirarse el DIU algunos días después si el día en que decidió cambiar no hay condiciones para retirarlo. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo. Si está dejando los inyectables, debe comenzar a tomar la píldora cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.

La usuaria puede iniciar el uso de AOC inmediatamente después (incluso el mismo día) de un aborto, espontáneo o provocado. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Nuevo paquete:

Presentación de 21 píldoras: después de tomar la última, deberá esperar 7 días para ingerir la primera píldora del nuevo paquete.

Presentación de 28 píldoras: después de tomar la última, deberá ingerir la primera píldora del nuevo paquete.

Aunque la usuaria no vaya a usar doble protección, se aconseja suministrar condones dada la posibilidad de necesitar un método de respaldo, por ejemplo, frente al olvido de tres o más píldoras. En estos casos, si no puede usar condones, debe mantenerse en abstinencia.

IMPORTANTE: El comienzo del nuevo paquete debe de ser en el momento correcto. La demora en comenzar conlleva riesgo de embarazo.

El uso prolongado de AOC no requiere discontinuar su ingesta de manera programada, “descanso”. Se puede mantener la toma durante años, sin necesidad alguna de realizar interrupciones en la ingesta.

Uso prolongado y continuo de Anticonceptivos Orales Combinados:

Además del modo de uso ya descrito, las píldoras combinadas de baja dosis pueden usarse de otras dos formas:

Uso prolongado: consiste en tomar píldoras hormonales durante 12 semanas seguidas y, un descanso de siete días, después del cual recomienza el uso de píldoras hormonales.

Uso continuo: consiste en tomar píldoras hormonales todos los días, sin interrupción. Si aparece un sangrado parecido a menstruación, descansar cuatro días y al quinto día recomenzar el uso hasta que tenga otro sangrado, cuando repetirá el procedimiento.

¿Por qué algunas mujeres escogen el uso prolongado o continuo?

Porque la mujer tiene cuatro o menos menstruaciones por año (puede tener períodos de más de un año sin menstruar).

Reduce la frecuencia de cefaleas, síndrome premenstrual, cambios de humor y genitorragia profusa o dolorosa que aparecería durante la semana en la que no recibe píldoras hormonales.

El sangrado irregular puede durar varios meses, especialmente en mujeres que nunca antes han usado anticonceptivos orales combinados.

Instrucciones para el uso prolongado: tienen que ser monofásicas y con la dosis de 30 mcg de etinil-estradiol (nunca usar paquetes con píldoras de placebo)

- 1) Debe tomar 84 píldoras con hormonas sin descansar.
- 2) Descanse siete días después de completar las 84 píldoras (12 semanas). No necesita método de respaldo en los días de descanso.
- 3) Comience el siguiente paquete después de los siete días de descanso.

Instrucciones para el uso continuo: también tienen que usarse píldoras monofásicas y con la dosis de 30 mcg de etinil-estradiol

Tomar una píldora hormonal cada día hasta que presente genitorragia, suspender la toma de píldoras durante cuatro días y luego recomenzar el uso diario de las mismas. Repita el procedimiento cada vez que presente genitorragia de características iguales a la menstruación.

IMPORTANTE: el único antibiótico que reduce la eficacia de los AOC es la rifamicina. Los antibióticos de amplio espectro no reducen la eficacia de los AOC ni producen aumento de irregularidades menstruales (WHO, 2010).

Manejo de problemas de uso de la píldora

Si empezó un paquete nuevo uno o dos días tarde u omitió una o dos píldoras:

Si toma pastillas de 30 mcg de estrógeno, indique ingerir una píldora hormonal lo antes posible y continuar la ingesta diaria hasta completar la caja. No necesita un método de respaldo.

Si toma pastillas de 20 mcg de estrógeno, indique ingerir una píldora hormonal lo antes posible y, continuar la ingesta del resto de las píldoras con normalidad además del uso de un método de respaldo los próximos siete días. Si mantuvo relaciones sexuales sin otra protección en los últimos cinco días, también debe ingerir las píldoras de emergencia.

Si comenzó un nuevo paquete tres o más días tarde u omitió tres o más píldoras en la primera o segunda semana (pastillas de 20 y 30 mcg), indique ingerir una píldora hormonal lo antes posible y, continuar la ingesta del resto de las píldoras con normalidad además de un método de respaldo los próximos siete días. Si mantuvo relaciones sexuales sin otra protección en los últimos cinco días, también debe ingerir las píldoras de emergencia. Las píldoras de placebo olvidadas pueden descartarse.

A pesar de que no es un problema de uso, los vómitos severos o diarrea podrían interferir con la eficacia. Para reducir la posibilidad de embarazos explique que: si vomita dentro de las dos horas de haber administrado la píldora, debe ingerir otra lo antes posible y, continuar el paquete con normalidad.

Si tiene vómitos o diarrea por dos días o más, debe seguir tomando la píldora y usar un método de respaldo hasta la próxima menstruación.

Beneficios conocidos para la salud

Reduce el riesgo de:

- Cáncer de endometrio
- Cáncer de ovario
- Enfermedad inflamatoria pélvica.

Disminuye la frecuencia e intensidad de:

- Dismenorrea
- Irregularidades del ciclo menstrual
- Dolor relacionado a la ovulación
- Vello excesivo en rostro o cuerpo

Puede funcionar como agente protector en:

- Quistes ováricos funcionales
- Anemia por deficiencia de hierro

como por ejemplo: vómitos y diarrea, ingesta de anticonvulsivantes o rifampicina. Asesore sobre como compensar píldoras omitidas de manera correcta. Se puede lograr un alivio modesto y breve con 400 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, u otro anti-inflamatorio no esteroideo (AINE), comenzando cuando empiece el sangrado irregular. Si ha estado tomando la píldora por más de seis meses y no mejora con los AINE, indique otra formulación de píldora que se encuentre disponible.

- Solicítele probar la nueva píldora por un mínimo de 3 meses.

Si el sangrado irregular continúa, o si aparece cuando ya se había normalizado, investigue si hay alguna patología subyacente no relacionada con el uso del método.

Amenorrea: Investigue sobre las características del sangrado (si no sangra nada o si eventualmente tiene algún sangrado escaso). Informe que algunas mujeres que utilizan las píldoras dejan de tener menstruación y que esto no es un problema, no es necesario sangrar todos los meses, la sangre no se acumula en su cuerpo.

Si la ingesta es correcta: una píldora cada día, explique que es improbable un embarazo. Puede continuar tomando las píldoras como antes.

Si no ha descansado entre los paquetes de 21 comprimidos o ha descartado las píldoras de placebo, manifiés-tele que no está embarazada. Puede seguir tomando los AOC

Si ha omitido las píldoras hormonales o ha empezado tarde un nuevo paquete: indique continuar utilizando el método e investigue la posibilidad de embarazo si ha omitido 3 o más píldoras o ha comenzado un nuevo paquete 3 o más días tarde.

- Cefaleas (excluyendo migraña) Indique secuencialmente: ibuprofeno (200- 400 mg cada 6 horas), paracetamol (500 mg cada 6 horas), ácido acetilsalicílico (500 mg cada 6 horas) u otro analgésico (AINE).

Algunas mujeres tienen cefaleas durante la semana que no reciben hormonas (los siete días que no toman píldoras hormonales). Considere el uso prolongado. Investigue cualquier cefalea que empeore o que aparezca con el uso de píldora.

- Náuseas o mareos: para las náuseas, sugiera tomar las píldoras al acostarse o con las comidas. Si los síntomas continúan, considere medicamentos disponibles localmente. Considere el uso prolongado si las náuseas aparecen después de empezar un nuevo paquete de píldoras.
- Dolor o sensibilidad mamaria: recomíéndele el uso de un sostén o corpiño firme, incluso para actividades intensas o para dormir. Indique: ibuprofeno (200- 400 mg cada 6 horas), paracetamol (500 mg cada 6 horas), ácido acetilsalicílico (500mg cada 6 horas) u otro analgésico. Considere medicamentos disponibles localmente.
- Cambios de peso: evalúe dieta, hábi-

Efectos colaterales (algunas usuarias pueden manifestar)

Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo sangrado menos intenso y de menos días, sangrado irregular o infrecuente, amenorrea.

- Cefaleas
- Mareos
- Náuseas
- Sensibilidad mamaria
- Cambios de peso (puede aumentar o disminuir, pero en general no cambia)
- Cambios de humor
- Acné (puede mejorar o empeorar pero, en general, mejora)
- Otros cambios físicos posibles: leve aumento de la presión arterial que no constituye hipertensión arterial. Cuando el incremento de la presión se debe al uso de la píldora combinada, la presión arterial vuelve a lo normal rápidamente al interrumpir su uso.

Riesgos conocidos para la salud

Muy raros:

- Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar
- Extremadamente raros:

- Accidente cerebro-vascular
- Infarto miocárdico

Orientación y manejo de los efectos colaterales

- Brinde asesoramiento acerca de los efectos colaterales, explique que no son signos de enfermedad, la mayoría de las mujeres no los presenta y, en general, desaparecen en los primeros meses de uso del método.
- Genitorragia irregular: informe que en los primeros meses, puede haber genitorragia en momentos inesperados (genitorragia irregular), explique que no es perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso. Indique: continuar la ingesta de píldoras hasta que haga una consulta. La presencia de éste sangrado, puede deberse a olvidos en la administración de alguna píldora o a ingesta de las mismas siempre en horas distintas. Si así sucede, además de riesgo de embarazo, puede originar o empeorar efectos colaterales. La ingesta de la píldora todos los días a la misma hora, ayuda a reducir el riesgo de olvido y podría contribuir a evitar el sangrado irregular. Investigue si hay otras razones que puedan explicar el sangrado irregular,

IMPORTANTE: La orientación sobre los cambios en las características del sangrado y otros efectos colaterales es fundamental para la satisfacción de las usuarias con el método.

- tos y aconseje de acuerdo a las necesidades.
- Cambios de humor o del deseo sexual: algunas mujeres presentan cambios de humor durante la semana que no reciben hormonas (los 7 días en que no toman píldoras hormonales). Considere el uso prolongado. Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, incluyendo cambios en su relación de pareja. Brinde apoyo, si corresponde. Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser derivadas para una correcta atención.
 - Acné: en general, el acné tiende a mejorar con el uso de las píldoras, pero puede empeorar en algunas mujeres. Si ha estado tomando píldoras por más de unos pocos meses y el acné persiste, indíquele que pruebe otra fórmula por un mínimo de tres meses. Considere referir al dermatólogo.

1.2. ANTICONCEPTIVOS ORALES SOLO DE PROGESTÁGENO

IMPORTANTE: Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, deben brindar, en forma obligatoria, los AOC a todas las usuarias que lo soliciten, contra el pago de una tasa moderadora establecida por el poder ejecutivo. Se debe entregar una cuponera que asegure recibir el suministro por un año (13 ciclos). Durante dicho período no se requiere nueva indicación médica o receta.

Así mismo:

Se debe promover el uso del doble método (doble protección), por lo cual podrán recibir en forma simultánea cuponeras para métodos hormonales (AOC, Píldora progestágeno, PAE) y para métodos de barrera (preservativo)

Los servicios deberán garantizar que las usuarias reciban los métodos de tres en tres meses. Ley 18.426

38

Definición

Son píldoras que contienen dosis muy bajas de una hormona sintética (un progestágeno) con efecto similar a la hormona producida durante el ciclo menstrual. No contienen estrógeno. También se conocen como “minipíldoras” y anticonceptivos orales que sólo contienen progestágeno. Son los anticonceptivos orales más apropiados para las mujeres que están amamantando, sin embargo, las mujeres que no están amamantando también pueden usarlos.

Mecanismo de Acción

Su efecto anticonceptivo funciona de dos maneras: las hormonas alcanzan un nivel sanguíneo que, sin impedir el crecimiento ovular, bloquean el pico de LH preovulato-

rio, lo que inhibe la ruptura folicular y liberación del óvulo. Además el moco cervical se mantiene viscoso y escaso durante todo el ciclo, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides al útero.

Eficacia

La eficacia de las píldoras solo de progestágeno depende de la manera como se usen: para las mujeres que menstrúan, el riesgo de embarazo aumenta si toma la píldora con intervalos mayores que 24 horas y, aún más, si olvida tomar algún día.

Para mujeres que amamantan, la probabilidad de embarazo es de aproximadamente 1 cada 100 mujeres que utilizan la píldora solo de progestágeno en el primer año. Cuando la mujer usa las píldoras de

manera *correcta o adecuada* (todos los días), se embarazan menos de 1 en cada 100 mujeres en el primer año (3 por 1.000 mujeres).

La píldora solo de progestágeno es menos efectiva para mujeres que no están amamantando. La probabilidad de embarazo es de aproximadamente 3 a 10 en cada 100 mujeres en el primer año. Cuando la mujer usa correctamente, o sea, si ella toma la píldora todos los días a la misma hora, se embarazan menos de 1 en cada 100 mujeres en el primer año (9 por 1.000 mujeres).

La fertilidad retorna sin demora tras la interrupción de la píldora solo de progestágeno.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar la píldora solo de progestágeno?

Las listas que siguen se aplican igualmente para mujeres adultas y adolescentes.

Toda mujer que, después de la orientación, escoge usar la píldora solo de progestágeno y no está embarazada puede usarla, siempre que no tenga alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (CME). Si la mujer presenta cualquiera de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 4 no debe usar la píldora solo de progestágeno, porque su uso representa un riesgo inaceptable para la salud. Solo si no hay otra opción disponible aceptable y el riesgo de embarazarse también es alto se puede aceptar su uso bajo control estricto.

CME- OMS

Condiciones clasificadas en categoría 4 para Anticonceptivos Orales Solo de Progestágeno

Cáncer de mama actual

Si la mujer presenta alguna de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 3 en los CME de la OMS, las píldoras solo de progestágeno no son el método de primera elección. Las mujeres con alguna condición en la categoría 3 deben ser advertidas de que el uso de las píldoras solo de pro-

gestágeno representa un riesgo de salud, que haría recomendable que escoja otro método para el cual la condición de salud no sea categoría 3 o 4. Si la mujer insiste en usar el método, porque las otras opciones no son aceptables para ella, hay que advertirle que debe realizar controles médicos frecuentes.

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 3 para Anticonceptivos Orales Solo de Progestágeno	
	Posparto menos de 6 semanas amamantando
	Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar actual
	Historia de o enfermedad cardíaca isquémica actual (para continuación su uso)
	Historia de o accidente vascular cerebral actual.
	Lupus eritematoso sistémico (con ACA + o desconocido)
	Migraña con aura a cualquier edad (para continuación su uso)
	Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, primidona, carbamazepina)
	Cáncer de mama tratado sin enfermedad actual
	Uso de rifampicina
	Cirrosis descompensada
	Terapia antirretroviral con inhibidores de proteasa
	Adenoma hepato-celular
	Hepatoma maligno

En general, la presencia de dos condiciones categoría 3 equivale casi siempre a una categoría 4. Con dos condiciones 3, la decisión debe ser cuidadosamente evaluada.

Modo de uso

Ingesta de una píldora cada día, hasta terminar el paquete.

Es conveniente tomar la píldora todos los días a la misma hora, su efectividad depende de ello. Sugiera métodos para facilitar recordar tomar la píldora, por ejemplo asociando la ingesta de la misma con una

actividad diaria (como lavarse los dientes antes de acostarse) o programar un recordatorio en el teléfono celular.

Explique que todos los comprimidos del blíster son píldoras activas y en igual concentración todas contienen sólo progestágeno.

Los servicios deberán implementar mecanismos administrativos para entregar los suministros cada tres meses por vez y condones para el mismo tiempo.

El profesional podrá mediante la utilización de un blíster explicar el modo de uso.

IMPORTANTE: Una mujer puede iniciar el uso de píldora solo de progestágeno en cualquier momento que lo desee, siempre que exista una certeza razonable de que no está embarazada. Si no hay certeza, es recomendable usar un método de barrera o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta la próxima menstruación, cuando se podrá comenzar el uso de píldora solo de progestágeno.

El uso de preservativos (doble método) reduce el riesgo de adquirir una ITS. Recuerde que algunas ITS (como VIH – Sida) se transmiten a través de la lactancia

Explique que la eficacia de la píldora solo de progestágeno disminuye al dejar de amamantar y oriente sobre otras opciones disponibles. Al suspender la lactancia, la usuaria podrá seguir tomando las píldoras si lo desea. En caso contrario se le debe recomendar otro método.

Sumínístrele condones porque algunas veces la mujer podrá necesitar usar un método de respaldo, por ejemplo si olvida tomar las píldoras. En esos casos, si no puede usar condones, debe mantenerse en abstinencia.

Cuándo comenzar

Si la usuaria está en lactancia exclusiva y no menstrúa puede comenzar en cualquier momento entre 4-6 semanas y 6 meses posparto. No necesita ningún método de respaldo. Si está con más de 6 meses pos-

parto puede comenzar con las píldoras en cualquier momento si hay certeza razonable de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo para los primeros 2 días en que tome la píldora.

Si la usuaria no está amamantando con menos de 4 semanas después del parto puede comenzar con las píldoras en cualquier momento. No necesita un método de respaldo.

Si la usuaria está menstruando espontáneamente y comienza el uso en los primeros 5 días del ciclo, no necesita ningún método de respaldo. Si ya han pasado más de 5 días del comienzo de la menstruación, puede comenzar la píldora. Necesita un método de respaldo por los primeros 2 días de ingesta.

Si la mujer está en amenorrea también puede comenzar en cualquier momento si hay certeza razonable de que no está embarazada. Debe usar un método de respaldo o mantenerse en abstinencia por 2 días.

IMPORTANTE: El MSP, promueve el uso de la "doble protección". Las píldoras solo de progestágeno no protegen contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la "doble protección" y estimule su uso. Informe sobre el riesgo de transmisión de ITS a través de la lactancia

IMPORTANTE: El comienzo del nuevo paquete debe de ser en el momento correcto. La demora en comenzarlo conlleva riesgo de embarazo.

Si la usuaria utiliza como método píldora combinada, parche, anillo, DIU con cobre, DIU con levonorgestrel o implante y desea cambiarse para la píldora solo de progestágeno debe comenzar a tomarla inmediatamente. Si estaba usando un DIU, con cobre u hormonal, la remoción del DIU puede hacerse algunos días después si en el momento no hay condiciones para retirar el DIU. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo. Si está dejando los inyectables, debe comenzar a tomar la píldora cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.

Nuevo paquete:

Al terminar un paquete, la usuaria deberá tomar la primera píldora del próximo paquete al día siguiente.

Manejo de los problemas de uso de la píldora solo de progestágeno

Si ingirió con un retraso de 3 o más horas, o si omitió una o más píldoras:

- Si está menstruando (incluso usuarias amamantando): debe ingerir una píldora lo antes posible y seguir tomando las siguientes a diario, una por día. Necesita un método de respaldo los 2 días siguientes. Si tuvo relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días, deberá además utilizar píldoras anticonceptivas de emergencia.

- Si está amamantando y en amenorrea: debe ingerir una píldora lo antes posible y seguir tomando las siguientes a diario, una por día. Si tiene menos de 6 meses posparto, no necesita método de respaldo.

A pesar de que no es un problema de uso, los vómitos severos o diarrea podrían interferir con la eficacia. Para reducir la posibilidad de embarazo:

- Si vomita dentro de las dos horas de haber ingerido la píldora, debe tomar otra lo antes posible y, luego seguir con las píldoras como siempre.
- Si tiene vómitos o diarrea por dos días o más, debe continuar con el uso de la píldora y aplicar instrucciones igual a olvidar una o más píldoras

Efectos beneficiosos para la salud

- Protección contra embarazo no deseado

Efectos colaterales (algunas usuarias pueden manifestar)

- Cambios en los patrones de genitorragia, incluyendo sangrado frecuente, irregular, infrecuente o prolongado y amenorrea.
- Cefaleas
- Mareos
- Cambios de humor
- Sensibilidad mamaria
- Dolor abdominal

- Náuseas
- Quistes ováricos funcionales: para mujeres que no están amamantando.

Riesgos para la salud

No hay descripción de riesgos para la salud con el uso de anticonceptivos orales solo de progestágeno.

Orientación y manejo de los efectos colaterales

- Brinde asesoramiento acerca de los efectos colaterales, explique que no son signos de enfermedad, la mayoría de las mujeres no los presenta y, en general, desaparecen en los primeros meses de uso del método. Explique que en caso de presentar alguno de ellos, debe continuar el uso del método hasta realizar una consulta.
- Amenorrea: las usuarias que están amamantando no menstrúan por varios meses después del parto. Las píldoras sólo de progestágeno prolongan este período de tiempo. Si no está amamantando explique que algunas mujeres que utilizan las píldoras sólo de progestágeno dejan de tener menstruación y esto no es un problema, no es necesario sangrar todos los meses, la sangre no se acumula en el cuerpo. Investigue si ha tomado una

píldora cada día. Si es así, explíquele que es improbable que esté embarazada. Puede continuar usando las píldoras como método anticonceptivo.

- Genitorragia infrecuente: explique, muchas mujeres que utilizan las píldoras sólo de progestágeno presentan genitorragia irregular, estén amamantando o no. No es perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso. Investigue si hay otras razones que puedan explicar el sangrado irregular, como por ejemplo, vómitos o diarrea, o ingesta de anticonvulsivantes o rifampicina. Enséñele a compensar las píldoras omitidas de manera correcta, inclusive después de vomitar o de una diarrea. Se puede lograr un alivio modesto y breve con 400 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas por 5 días, u otro antiinflamatorio no esteroideo (AINE), comenzando cuando empiece el sangrado irregular. Si ha estado tomando la píldora por más de seis meses y no mejora con los AINE, indique otra formulación de píldora sólo de progestágeno que se encuentre disponible. Pídale que pruebe la nueva píldora por un mínimo de 3 meses. Si el sangrado irregular continúa, o si

IMPORTANTE: La orientación sobre los cambios en las características del sangrado y otros efectos colaterales es fundamental para la satisfacción de las usuarias con el método.

aparece cuando ya se había normalizado, investigue si hay alguna patología subyacente no relacionada con el uso del método.

- Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo usual o de más de 8 días de duración): explique que algunas mujeres que utilizan las píldoras sólo de progestágeno presentan sangrados intensos o prolongados. Comúnmente no es perjudicial y disminuye o desaparece después de unos pocos meses.

Se puede lograr un alivio modesto y breve con AINE, empezando cuando comience el sangrado intenso. Pruebe con los mismos tratamientos que para sangrados irregulares.

Para ayudar a prevenir la anemia, indique la ingesta de comprimidos de hierro y dígame que es importante ingerir alimentos que contengan hierro (tales como carne y ave, especialmente carne vacuna e hígado de pollo, pescado, hortalizas de hoja verde, y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).

Si el sangrado profuso o prolongado continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, investigue posibles patologías subyacentes no vinculadas al uso del método.

- Cefaleas comunes (que no sean migraña): sugiera ibuprofeno (200-400 mg),

paracetamol (325-1000 mg), ácido acetil salicílico (500 mg) u otro analgésico. Las cefaleas que empeoran o que aparezca con el uso de las píldoras solo de progestágeno deben ser evaluadas.

- Cambios de humor o deseo sexual: pregunte sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, incluyendo cambios en su relación de pareja. Brinde apoyo si corresponde.

Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser derivadas para una correcta atención.

- Dolor o sensibilidad mamaria: recomiende el uso de un sostén o corpiño firme, incluso para actividades intensas o para dormir.

Sugiera ibuprofeno (200-400 mg cada 6 horas), paracetamol (500 mg cada 6 horas), ácido acetil salicílico (500mg cada 6 horas) u otro analgésico. Considere medicamentos disponibles localmente.

- Mareos: considere medicamentos disponibles localmente.

Definición

Son píldoras que contienen un progestágeno igual que la progesterona natural presente en la mujer, el desogestrel, en la dosis de 75 mcg.

1.2.1. PÍLDORAS SÓLO DE PROGESTÁGENO DE MEDIA DOSIS

Mecanismo de acción

No contienen estrógeno. Los paquetes contienen 28 pastillas activas con la misma composición y dosis. Funciona de dos maneras:

- Inhibiendo la ovulación
- Engrosando el moco cervical

Eficacia

La tasa de falla con uso correcto, incluyendo mujeres que amamantan y las que no amamantan, es de 0,14 por 100 mujeres/año. Cuando se excluyen las mujeres que amamantan, los estudios muestran una tasa de falla de 0,17 por 100 mujeres/año.

Modo de uso

El modo de uso y el manejo de problemas siguen las mismas instrucciones que para las píldoras sólo de progestágeno de baja dosis.

Beneficios conocidos para la salud

Pueden ser utilizadas por mujeres que amamantan después de las 4-6 semanas del parto. No hay perjuicio en la calidad y cantidad de la leche.

No presentan los efectos colaterales del estrógeno.

No parece tener efecto significativo en el metabolismo lípidos ni de carbohidratos.

Efectos colaterales

Los efectos colaterales más comunes se relacionan a cambios del flujo menstrual; al fin de un año, casi 50% de las mujeres presentan amenorrea o sangrado infrecuente.

Otros efectos colaterales menos frecuentes son: cefalea, acné, sensibilidad mamaria, náuseas, vaginitis y dismenorrea.

Riesgos para la salud

No hay descripción de riesgos para la salud con el uso de anticonceptivos orales solo de progestágeno.

IMPORTANTE: la usuaria debe tomar las píldoras cada 24 horas, pero un retraso de hasta 12 horas no parece afectar la eficacia.

1.3. PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE)

Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, deben brindar, en forma obligatoria, los PAE a todas las usuarias que lo soliciten, contra el pago de una tasa moderadora establecida por el poder ejecutivo. Se debe entregar una cuponera que asegure recibir el suministro de 3 blísteres. El MSP promueve el uso de la doble protección y los servicios deberán entregar también cuponeras para condones también por un año. Los servicios deberán garantizar que las mujeres reciban los métodos de tres en tres meses.

Ley 18426

Definición

Son píldoras que contienen un progestágeno (levonorgestrel) o una combinación de un estrógeno y un progestágeno, que se pueden tomar para evitar el embarazo después de una relación sexual desprotegida. La anticoncepción de emergencia es el único método que es efectivo tomado después de la relación sexual, evitando el embarazo. El dispositivo intrauterino (DIU) también es altamente efectivo como anticoncepción de emergencia y es usado en algunos países con ese fin, pero esta modalidad del uso del DIU no está aprobada en Uruguay.

Por esa razón, en este capítulo nos referiremos exclusivamente a la anticoncepción de emergencia hormonal por vía oral, las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE).

Mecanismo de Acción

Las píldoras anticonceptivas de emergencia actúan evitando o retrasando la

ovulación, impidiendo se produzca la fecundación. Si ésta ya ocurrió, no tienen ningún efecto sobre la evolución del huevo fecundado, dado que no actúan sobre la nidación o implantación del embrión en el endometrio y tampoco tienen efecto después que se ha producido la nidación. No es un método abortivo. (FIGO, CLAE, 2008).

Actualmente las PAE más utilizadas son las que contienen solo levonorgestrel. Existen dos formulaciones de ese producto, que tienen la misma dosis total.

Presentaciones:

Blíster con dos píldoras de 750 mcg de levonorgestrel cada una.

Blíster con una píldora de 1500 mcg de levonorgestrel.

De preferencia se debe usar la segunda formulación por ser más cómoda y porque elimina el riesgo de no tomar la segunda

Método de Yuzpe: El método de *Yuzpe* es un tipo de anticoncepción de emergencia que utiliza píldoras anticonceptivas combinadas de baja dosis hasta 5 días después de la relación sexual desprotegida, con la siguiente posología:

- Píldoras combinadas de baja dosis (30 mcg de etinil-estradiol + 150 mcg de levonorgestrel) 4 píldoras hasta 5 días después del coito y 4 píldoras 12 horas después.
- La eficacia es menor que la del producto dedicado: de cada 100 mujeres que la utilicen, probablemente 2 se embarazarán.
- La frecuencia de efectos colaterales, principalmente náuseas y vómitos, es mayor que con el producto de levonorgestrel.
- No hay estudios mostrando el efecto si se toman las 8 píldoras de una vez.
- Si vomita una dosis antes de 2 horas de ingerida hay que repetirla por boca o colocar en la vagina.

dosis o tomarla después de 12 horas de la primera. Si la usuaria tiene el producto con dos píldoras, se recomienda se las tome de una vez.

La información de este capítulo se refiere al producto sólo con levonorgestrel porque hay más información actualizada sobre él y porque es el método internacionalmente recomendado, por tener una eficacia más alta y menos efectos secundarios.

Eficacia

La eficacia de las PAE de levonorgestrel es mayor que la del método de Yuzpe

Si 100 mujeres tuvieran relaciones sexuales una vez durante la segunda o tercera semana del ciclo menstrual sin usar anticoncepción, probablemente 8 queden embarazadas.

Si esas 100 mujeres utilizaran píldoras anticonceptivas de emergencia solo de progestágeno, probablemente 1 quede embarazada.

La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel evita más o menos 85% de los embarazos que se producirían con una relación única desprotegida. (Trussel J, 2009)

La fertilidad retorna sin demora tras la interrupción de las píldoras de emergencia.

Es importante destacar que las píldoras de emergencia solamente reducen el riesgo de embarazo por relaciones ocurridas dentro de los cinco días antes de tomar las píldoras.

La eficacia es mayor cuanto más precoz es la toma luego de la relación sexual no protegida. No protegen a la mujer del

embarazo por actos sexuales realizados después que sean tomadas—ni siquiera del día siguiente. Para mantenerse protegida del embarazo, la mujer debe comenzar de inmediato a utilizar otro método anticonceptivo.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar la píldora de emergencia?

Toda mujer puede utilizar píldoras anti-conceptivas de emergencia segura y eficazmente, incluyendo aquellas que no pueden utilizar métodos anticonceptivos con hormonas de manera continua. Debido a la brevedad de su uso, no existen patologías médicas que puedan hacer que las píldoras de emergencia no sean seguras para toda mujer.

Modo de uso

Explique a la usuaria que las PAE son más efectivas cuanto antes se tomen

Actualmente se recomienda tomar 1,5 mg de una vez (las dos píldoras juntas en el caso de productos con píldoras de 0,75 mg).

Describa los efectos colaterales más comunes, y explíquese qué hacer en cada caso:

- Náuseas: no se recomienda la utilización de antieméticos de rutina. Las mujeres que han tenido náuseas con un uso anterior de píldoras de emergencia o con la primera dosis del régimen de 2 dosis pueden tomar medicación antiemética disponible localmente entre media y una hora antes de tomar las píldoras.
- Vómitos: si la usuaria vomita dentro de las 2 horas después de tomar las píldoras, deberá tomar otra dosis. Si los vómitos continúan, podrá repetir la dosis colocando la pastilla profundamente en la vagina. Si los vómitos se presentan después de las 2 horas de la ingesta de la píldora, no necesita tomar ninguna píldora adicional.

En caso de utilizar PAE al olvidar la toma de 3 comprimidos de AOC, se debe recomendar que continúe la toma de los AOC normalmente y usar un método de respaldo por 7 días (preservativo).

Asesore a la usuaria a comenzar un método continuo, valore también la necesidad de protegerse contra las ITS, incluyendo el VIH. Las píldoras de emergencia no protegen del embarazo en relaciones sexuales futuras, ni siquiera del siguiente día. Si la usuaria no

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

desea comenzar un método anticonceptivo ahora, dele condones o anticonceptivos orales y solicítele que los use si cambia de opinión. Invite a la usuaria a regresar en cualquier momento que lo desee, si quiere otro método o tiene preguntas o problemas.

La menstruación siguiente después del uso de las píldoras de emergencia podrá venir más o menos en la fecha esperada o con atraso o adelanto de 10 días o más. Si el atraso es de más de 15 días o hay síntomas o signos de embarazo, recomiende una prueba de embarazo.

No existe un número máximo de pastillas de PAE a utilizar al mes. Su uso *frecuente* plantea la necesidad del uso de un *método continuo*.

Cuándo comenzar

En cualquier momento dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual sin protección. Cuanto antes se tomen las píldoras de emergencia después del sexo sin protección, más eficaces son.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia son apropiadas en muchas situaciones, toda vez que la mujer esté preocupada por la posibilidad de quedar embarazada. Por ejemplo, después de:

- Violación sexual
- Se utilizó incorrectamente el condón
- Se utilizó incorrectamente un método de percepción de la fertilidad
- El hombre no se retiró antes de eyacular.
- La mujer omitió 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas, o comenzó un nuevo paquete con 3 o más días de demora.
- El DIU no está en el lugar apropiado (expulsión parcial o total o perforación con paso al abdomen).
- La usuaria tiene 4 semanas o más de demora en la inyección solo de progestágeno, o más de 7 días de demora en la inyección mensual.

Si la usuaria utiliza como método anticonceptivos orales combinados, píldoras de progestina sola, parche combinado, anillo vaginal combinado, puede comenzar al día siguiente de tomar las píldoras de emergencia. No necesita esperar su próxima menstruación. Deberá usar un anticoncepción de respaldo los primeros 7 días de usar el método.

En caso de inyectables solo de progestágeno o inyectables mensuales puede

IMPORTANTE: El MSP promueve el uso de la “doble protección”. Informe que los PAE no protegen contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la “doble protección” y estimule su uso. Las instituciones deben asegurarse que las usuarias que optan por PAE, reciban también condones, para “doble protección”.

comenzar el mismo día de tomar las píldoras de emergencia. No necesita esperar la próxima menstruación para recibir la inyección. Deberá usar un método de respaldo los 7 días siguientes a la inyección.

Si la usuaria utiliza implantes, debe insertarlo luego de restablecida la menstruación. Deberá usar un método de respaldo, comenzando el día después que finalice las píldoras de emergencia hasta la inserción del implante.

En caso de dispositivo intrauterino (DIU de cobre u hormonal), puede colocarse el DIU el mismo día en que toma las píldoras de emergencia. No necesita usar un método de respaldo.

En combinación con métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: método de los días fijos: con el comienzo de su próxima menstruación. Métodos basados en los síntomas: una vez restablecidas las secreciones normales. Debe de utilizar un método de respaldo hasta que pueda comenzar con el método de su elección.

Efectos colaterales (algunas usuarias pueden manifestar):

- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo leve sangrado irregular durante 1-2 días después de tomar las píldoras, menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado.
- En la semana después de tomar las píldoras de emergencia, algunas mujeres pueden presentar: náuseas, dolor abdominal, fatiga, cefaleas, sensibilidad mamaria, mareos y vómitos.

Orientación y manejo de los efectos colaterales

- Genitorragia irregular leve: la genitorragia irregular debido a las píldoras de emergencia terminará sin tratamiento. Asegúrele a la mujer que esto no es un signo de enfermedad ni de embarazo.
- Cambios en la periodicidad de la siguiente menstruación o sospecha de embarazo. La menstruación puede comenzar antes o después de lo esperado. Si después de tomar las píldoras de emergencia, la menstruación siguiente comienza con más de una semana de atraso respecto a lo esperado, haga una prueba de embarazo.

1.4. INYECTABLES MENSUALES COMBINADOS (IMC)

Definición

Los inyectables mensuales, también conocidos como inyectables combinados, contienen dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno (estradiol), iguales a las hormonas producidas en el ciclo menstrual. El estradiol que contienen los inyectables es menos potente que el etinil-estradiol de las píldoras combinadas y es metabolizado más rápidamente. Esto significa que el tipo y la magnitud de los efectos asociados al uso de los inyectables mensuales pueden ser diferentes de los de la píldora combinada, parche y anillo vaginal. Algunos estudios muestran que los inyectables mensuales tienen menos efecto sobre la presión arterial, hemostasia, coagulación, metabolismo de lípidos y función hepática que la píldora combinada. Además la vía intramuscular evita el primer paso hepático de las hormonas, lo que puede reducir los efectos del estradiol en el hígado (WHO, 2010).

La información de este capítulo se aplica solo a dos *presentaciones*:

- acetato de medroxiprogesterona (AMP) con cipionato de estradiol
- enantato de noretisterona con valerato de estradiol.

Estas son las únicas formulaciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Mecanismo de acción

Su efecto anticonceptivo se debe a la inhibición de la ovulación. Las hormonas de los inyectables alcanzan un nivel sanguíneo que, sin impedir el crecimiento ovular, bloquean el pico de LH pre-ovulatorio, lo que inhibe la ruptura folicular y liberación del óvulo. Además el moco cervical se mantiene viscoso y escaso durante todo el ciclo, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides al útero.

Eficacia

En uso *habitual o rutinario*, la probabilidad de embarazo es de 3 cada 100 mujeres en un año. O sea, de cada 100 mujeres usando el método, 97 completarán un año de uso sin embarazarse. La gran mayoría de los embarazos ocurren por uso inadecuado, ya sea por atraso en la aplicación de la inyección u olvido de aplicar una dosis.

Cuando la usuaria recibe las inyecciones en la fecha correcta, uso *correcto o adecuado*, la posibilidad de embarazarse es muy baja (5 embarazos por cada 10.000 mujeres en el primer año).

Al suspender el uso de inyectables mensuales, la fertilidad se recupera inmediatamente (Mansour et al, 2011). Después de interrumpir los inyectables mensuales, la usuaria puede embarazarse en el primer mes posterior a la suspensión del método, a veces sin que ocurra ninguna menstruación. Si desea seguir evitando el

embarazo, tiene que iniciar otro método lo antes posible. Idealmente, la mujer debería comenzar el uso del nuevo método el mismo día en que le correspondía aplicarse una nueva inyección.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar los inyectables mensuales?

Las listas que siguen se aplican igualmente para mujeres adultas y adolescentes.

Toda usuaria que, después de la orientación, escoge usar inyectables mensuales y tenga certeza razonable de que no está embarazada puede usarlos, siempre que, no tenga alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (CME). Si la usuaria presenta cualquiera de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 4, no debe usar inyectables mensuales, porque su uso representa un riesgo inaceptable para la salud. Solo cuando no hay otra opción disponible, aceptable para la mujer y, el embarazo también representa un riesgo severo para la salud, se puede aceptar su uso bajo control estricto.

Si la usuaria presenta alguna de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 3 en los CME de la OMS, los inyectables mensuales no son el método de primera elección. Las usuarias con alguna condición en la categoría 3 deben ser advertidas de que el uso de los inyectables mensuales repre-

senta un riesgo de salud, que haría recomendable que escoja otro método para el cual la condición de salud no sea categoría 3 o 4. Si la mujer insiste en usar el método, porque las otras opciones no son aceptables para ella, hay que advertirle que debe realizar controles médicos frecuentes.

En general, la presencia de dos condiciones categoría 3 equivale casi siempre a una categoría 4. Con dos condiciones 3, la decisión debe ser cuidadosamente evaluada.

Modo de uso

Los inyectables mensuales se deben administrar profundamente en el brazo o en el glúteo y no masajear después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben ser indicarse cada 30 días con una tolerancia de ± 7 días.

Explique a la usuaria que las inyecciones subsecuentes deben ser administradas cada 30 días y que puede venir hasta 7 días antes o 7 días después y aún así recibir inyección, independientemente de la fecha de la menstruación.

Informe que debe volver aunque hayan pasado más de 7 días de la fecha. Si tiene un atraso mayor de 7 días, debe abstenerse de tener relaciones sexuales vaginales o utilizar un método de respaldo hasta 7 días después de recibir la inyección. Puede usar las píldoras anticonceptivas de emergencia si tiene más de 7 días de atraso y ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días.

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 4 para Inyectable Mensual Combinado	
Posparto menos de 6 semanas amamantando	
Posparto menos de 21 días no amamantando con riesgo de TVP (trombosis venosa profunda) /Embolia pulmonar *	
Múltiples factores de riesgo cardiovascular (asocia, al menos, 2 de: edad mayor de 35 años, hipertensión, obesidad, dislipemia, diabetes, tabaquismo)*	
Hipertensión arterial mayor o igual 160/100 mmHg	
Enfermedad vascular renal o cerebral	
Mutaciones trombogénicas	
Antecedente de accidente cerebro vascular	
Enfermedad cardíaca isquémica	
Enfermedad valvular complicada	
Lupus eritematoso sistémico (ACA + o desconocido)	
Migraña con aura a cualquier edad	
Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para continuación de uso)	
Cáncer de mama actual	
Cirugía mayor con inmovilización (puede reiniciar 15 días después de recobrada la movilidad)	
Hepatoma maligno*	
Historia de/ o TVP/embolia pulmonar actual con o sin tratamiento	
Diabetes mayor o igual de 20 años de evolución o con daño vascular *	
	categoría 3 /4 se clasificó como 4

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 3 para Inyectable Mensual Combinado	
	Posparto entre 6 semanas y seis meses amamantando
	Posparto menor a 21 días sin factores de riesgo para TVP no amamantando
	Posparto entre 21 y 42 días con factores de riesgo para TVP*
	35 años o más y fumadora de menos de 15 cigarrillos
	Antecedente de hipertensión arterial cuando no se puede evaluar la misma
	Hipertensión arterial menos de 160/100 mmHg
	Hipertensión arterial controlada
	Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para iniciar el uso)
	Migraña sin aura, menor a 35 años (para continuación del uso)
	Cáncer de mama tratado sin enfermedad actual
	Enfermedad de la vesícula actual o medicamento tratada
	Cirrosis descompensada
	Terapia antirretroviral con inhibidores de proteasa
	Hiperlipidemias conocidas*
	Hepatitis viral aguda (para iniciar el uso)
	Adenoma hepático
	Uso de lamotrigina
	*categoría 2 / 3 se clasificó como 3

IMPORTANTE: Una usuaria puede iniciar el uso de Inyectables mensuales combinados, en cualquier momento que lo desee, siempre que exista una certeza razonable de que no está embarazada. Si no hay certeza, es recomendable usar un método de barrera o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta la próxima menstruación, cuando podrá comenzar el uso de IMC.

IMPORTANTE: El MSP promueve el uso de la “doble protección”, explique que los IMC no protegen contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la “doble protección” y estimule su uso.

Cuándo comenzar

Si la usuaria está menstruando espontáneamente y recibe la inyección en los primeros 7 días del ciclo, no necesita ningún método de respaldo. Si ya han pasado más de 7 días del comienzo de la menstruación, puede comenzar los inyectables mensuales, pero necesita un método de respaldo durante los primeros 7 días después de la administración del método.

Si la usuaria está en amenorrea también puede comenzar en cualquier momento si hay certeza razonable de que no esté embarazada pero debe usar un método de respaldo, por ejemplo condón, o mantenerse en abstinencia por siete días. Si la amenorrea es por uso de inyectables trimestrales puede administrarse la inyección en la fecha que le correspondería la nueva inyección o sea, hasta 4 meses después de la última dosis de la inyección trimestral.

Si la usuaria utiliza como método anticonceptivo parche, anillo vaginal, DIU con cobre, DIU con levonorgestrel o implante y desea cambiarse para los inyectables mensuales debe de forma inmediata a la administración del inyectable, dejar de usar el método antes elegido. En caso de DIU o implantes, puede administrarse la inyección y retirarse el DIU o los implantes algunos días o semanas después. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo.

La usuaria puede comenzar los inyectables mensuales inmediatamente después de un aborto espontáneo o provocado (incluso el mismo día).

Efectos beneficios y riesgos para la salud

Son limitados los estudios a largo plazo sobre los inyectables mensuales, pero los investigadores prevén que los beneficios y riesgos para la salud son similares a los de los AOC.

IMPORTANTE: La inyección mensual no es un método de primera elección durante la lactancia y hasta los 6 meses del lactante (Categoría 3), dado que, existe la posibilidad de que disminuya la cantidad y calidad de la leche (WHO, 2010).

Efectos Colaterales (algunas usuarias pueden manifestar)

Cambios en los patrones de genitorragia, incluyendo genitorragia más leve y de menos días, irregular o infrecuente, prolongado o amenorrea.

- Aumento de peso
- Cefaleas
- Mareos
- Sensibilidad mamaria.

Orientación y manejo de los efectos colaterales

- Explique que los efectos colaterales no son signos de enfermedad, la mayoría de mujeres no los presentan y, en general, desaparecen después de la tercera o cuarta inyección.
- Genitorragia irregular: Informe que no es infrecuente que las mujeres que utilizan los inyectables mensuales presenten genitorragia irregular. No es perjudicial para la salud y, en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso. Para un alivio modesto a corto plazo, puede probar con 400 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otros AINE, tomándolos desde que comience el sangrado irregular. Los AINE brindan

cierto alivio al sangrado irregular para implantes, inyectables de progestina sola y DIU y también pueden ayudar para los inyectables mensuales.

Si la genitorragia irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente: investigue si hay alguna patología subyacente no relacionada con el uso del método.

- Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días). Explique que algunas mujeres que usan inyectables mensuales presentan sangrado profuso o prolongado. Habitualmente no es perjudicial para la salud y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.

Puede probar con 400 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otros AINE, comenzando cuando inicie el sangrado profuso para un alivio modesto a corto plazo.

Para contribuir a prevenir la anemia, indique la ingesta de comprimidos de hierro y dígame que es importante ingerir alimentos que contengan hierro (tales como carne y ave, especialmente carne vacuna e hígado de pollo, pescado, hortalizas de hoja verde, y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).

Si el sangrado profuso o prolongado continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente,

IMPORTANTE: La orientación sobre las alteraciones de las características del sangrado y otros efectos colaterales es fundamental para la satisfacción de las usuarias con el método.

investigue si hay alguna patología subyacente no relacionada con el uso del método y valore la continuidad del método

- Amenorrea: explique que hay algunas usuarias de inyectables mensuales que dejan de tener menstruación, y que esto no es nocivo.
- Aumento de peso: evalúe la dieta y hábitos (sedentarismo). Oriente.
- Cefaleas no migrañosas: Sugiera ibuprofeno (200-400 mg cada 6 horas), paracetamol (500 mg cada 6 horas), ácido acetilsalicílico (500 mg cada 6 horas) u otro analgésico. Las cefaleas que empeoran o que aparecen más a menudo durante el uso de los inyectables deben ser evaluadas.
- Sensibilidad mamaria: recomiéndele el uso de un sostén o corpiño firme, incluso para actividades intensas o para dormir. Sugiera ibuprofeno (200-400 mg cada 6 horas), paracetamol (500 mg cada 6 horas), ácido acetilsalicílico (500 mg cada 6 horas) u otro analgésico. Considere medicamentos disponibles localmente.

1.5. INYECTABLES SOLO DE PROGESTÁGENO

Definición

Los inyectables solo de progestágeno contienen, un progestágeno (150 mg de acetato de medroxiprogesterona (AMPD) o 200 mg de enantato de noretisterona (EN-NET)) capaz de producir un efecto similar a la hormona natural progesterona. Se administra mediante inyección intramuscular.

Mecanismo de acción

La hormona se libera lentamente en el flujo sanguíneo, alcanzando un nivel que, sin impedir completamente el crecimiento ovular, bloquea el pico de LH pre-ovulatorio, lo que inhibe la ruptura folicular y liberación del óvulo. Además el nivel sanguíneo de la hormona, se mantiene constante, provocando en el moco cervical un aumento en la viscosidad y una disminución de la cantidad durante todo el ciclo, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides al útero.

La formulación más utilizada en el mundo y en Latinoamérica, es el AMPD, que se usa cada 3 meses, por lo cual es conocido como inyección trimestral. El AMPD está registrado en Uruguay, pero no está disponible en el sistema de salud.

Eficacia

Con uso del *método adecuado o correcto*, en donde se asegura la administración de las inyecciones en las fechas indicadas, la probabilidad de embarazo es de menos de 1% en estudios realizados, durante el primer año de uso, en grupos de mujeres que

utilizan inyectables solo de progestágeno (3 de cada 1000 mujeres). Con uso del *método habitual o rutinario*, en donde la administración de los inyectables no haya respetado las fechas con exactitud, la probabilidad de embarazo es del 3 %, en estudios realizados, durante el primer año de uso, en grupo de mujeres que utilizan inyectables solo de progestágeno (3 de cada 100 mujeres).

Las usuarias que dejan de utilizar la AMPD se demoran, en promedio, aproximadamente 4 meses más en embarazarse que las que utilizaron otros métodos hormonales. Esto significa que se embarazan, en promedio, 10 meses después de su última inyección. La mujer no debería preocuparse si no se ha embarazado incluso 12 meses después de dejar de usarlas. Es importante advertir que, posterior a la última inyección, podría embarazarse antes de haber tenido alguna menstruación. Por esta razón se recomienda a aquellas mujeres que desean continuar evitando el embarazo, que comiencen el uso de otro método en la fecha que le correspondería aplicarse nuevamente el método, sin esperar tener una menstruación posterior a la última inyección.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar los inyectables solo de progestágeno?

Las listas que siguen se aplican igualmente para mujeres adultas y adolescentes.

Toda mujer que, después de la orientación, escoge usar inyectables solo de progestá-

geno y hay certeza razonable de que no está embarazada puede usarlos, desde que no tenga alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (CME). Si la mujer presenta alguna de las condiciones listadas en el cuadro que sigue,

clasificada como categoría 4, no debe usar inyectables solo de progestágeno, porque su uso representa un riesgo inaceptable para la salud. Solo si no hubiese otra opción disponible que sea aceptable y embarazarse también represente un riesgo inaceptable para la salud, se podría aceptar su uso bajo control estricto.

CME- OMS

Condiciones clasificadas en categoría 4 para Inyectables solo de Progestágeno

Cáncer de mama actual

Si la usuaria presenta alguna de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 3 en los CME de la OMS, los inyectables solo de progestágeno no son el método de primera elección. Las mujeres con alguna condición en la categoría 3 deben ser advertidas de que el uso de los inyectables solo de progestágeno representa un riesgo de salud que haría recomendable que escoja otro método para el cual la condición de salud no sea categoría 3 o 4. Si la mujer insiste en usar el método, porque las otras opciones no son aceptables para ella, hay que advertirle que debe realizar controles médicos frecuentes. En general, la presencia de dos condi-

ciones categoría 3 equivale casi siempre a una categoría 4. Con dos condiciones 3, la decisión debe ser cuidadosamente evaluada.

Modo de uso:

La inyección solo de progestágeno se debe administrar profundamente en el brazo o en el glúteo y no masajear después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben ser administradas cada 3 meses con una tolerancia de \pm 4 semanas.

Explique a la usuaria que las inyecciones subsecuentes deben ser colocadas cada 3 meses y que puede concurrir hasta 4

IMPORTANTE: Una mujer puede iniciar el uso de inyectables solo de progestágeno en cualquier momento que lo desee, siempre que exista una certeza razonable de que no está embarazada. Si no hay certeza, es recomendable usar un método de barrera o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta la próxima menstruación, cuando se podrá comenzar el uso del Inyectable solo de progestágeno.

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 3 para Inyectables solo de Progestágeno	
Posparto menos de 6 semanas amamantando	
Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar actual	
Historia de o enfermedad cardíaca isquémica actual	
Historia de o accidente vascular cerebral actual.	
Lupus eritematoso sistémico (con ACA + o desconocido)	
Lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia severa (para iniciar el uso)	
Migraña con aura a cualquier edad (para continuación el uso)	
Múltiples factores de riesgo cardiovascular (con asociación al menos de 2: edad mayor de 35 años, hipertensión, obesidad, dislipemia, diabetes, tabaquismo)	
Hipertensión arterial mayor o igual 160/100	
Enfermedad vascular renal o cerebral	
Cáncer de mama tratado sin enfermedad actual	
Sangrado vaginal sin diagnóstico	
Cirrosis descompensada	
Diabetes mayor o igual de 20 años de evolución o con daño vascular	
Adenoma hepato-celular	
Hepatoma maligno	

semanas antes o 4 semanas después y aún así recibir la inyección.

Informe, que debe volver aunque hayan pasado más de 4 semanas de la fecha en que debería haberse aplicado la inyección. Si tiene una ausencia mayor a 4 semanas del período menstrual, debe abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar un método de respaldo hasta 7 días después de

recibir la inyección. Explíquelo que puede usar las píldoras anticonceptivas de emergencia si tiene más de 4 semanas de retraso menstrual y ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días.

Cuándo comenzar:

Si la usuaria está menstruando espontáneamente y recibe la inyección en los pri-

meros 7 días del ciclo, no necesita ningún método de respaldo. Si ya han pasado más de 7 días del comienzo de la menstruación, puede comenzar los inyectables solo de progestágeno, pero necesita un método de respaldo durante los primeros 7 días después de colocarse la inyección.

Si la usuaria está en amenorrea también puede comenzar en cualquier momento si hay certeza razonable de que no esté embarazada pero debe usar un método de respaldo, por ejemplo condón, o mantenerse en abstinencia por siete días. Si la amenorrea es por uso de inyectables mensuales puede administrarse la inyección en la fecha que le correspondería la nueva inyección o sea, hasta 30 días de la última dosis de la inyección mensual (± 7 días).

Si la usuaria utiliza como método parche, anillo, DIU con cobre, DIU con levonorgestrel o implante y desea cambiarse para los inyectables solo de progestágeno puede aplicarse la inyección inmediatamente y dejar de usar el método que estaba usando. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo. Si no hay condiciones de retirar el DIU o los implantes, puede igual administrarse la inyección y retirar el otro método días o semanas después.

Efectos beneficiosos conocidos para la salud

- Reducen el riesgo de: cáncer endometrial y miomas uterinos.
- Puede reducir el riesgo de: Enfermedad inflamatoria pélvica, anemia por deficiencia de hierro, reduce la frecuencia de crisis de anemia falciforme y la sintomatología en endometriosis.

Efectos colaterales y riesgos (algunas usuarias pueden manifestar)

- Cambios en los patrones de genitorragia: en los 3 primeros meses, irregular o prolongada. Al año amenorrea, genitorragia infrecuente o irregular. En usuarias del método por más de 2 años, se evidencia una probabilidad de 68% de estar en amenorrea (London, 1993).
- Aumento de peso: las mujeres que utilizan AMPD aumentan en promedio de 1-2 kg al año (en especial en los primeros dos años de uso). Parte del incremento de peso puede ser el aumento que se ve habitualmente en las personas al aumentar la edad. Algunas mujeres, en particular las adolescentes con sobrepeso, pueden aumentar más de 1-2 kg al año. El aumento de peso no es una constante, algunas usuarias de inyectables solo de

IMPORTANTE: El MSP, promueve la “doble protección”. Explique que los inyectables solo de progestágeno no protegen contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/Sida, asesore sobre la importancia de la “doble protección” y estimule su uso.

Nueva formulación de AMPD: Se ha desarrollado una formulación de AMPD específicamente para inyección subcutánea. La dosis de hormonas de la nueva formulación subcutánea (AMPD-SC) es 30% menor a la de la AMPD formulada para inyección en el músculo, 104 mg en lugar de 150 mg. De esta manera, puede provocar menos efectos colaterales, como aumento de peso. La eficacia anticonceptiva es similar. Al igual que las usuarias de AMPD, las usuarias de AMPD-SC reciben una inyección cada 3 meses.

La AMPD-SC estará disponible en jeringas precargadas, incluyendo el sistema Uniject de uso único. Estas jeringas precargadas tendrán agujas cortas especiales, pensadas para el uso subcutáneo, y permiten que la mujer se administre la inyección. La AMPD-SC fue aprobada por la United States Food and Drug Administration en diciembre de 2004, desde entonces, también ha sido aprobada en el Reino Unido.

progestágeno pierden peso o no experimentan ningún cambio significativo.

- Cefaleas
- Mareos
- Distensión y molestia abdominal
- Cambios de humor
- Otro posible cambio físico: Pérdida de densidad ósea. El uso de AMPD reduce la densidad ósea. Sin embargo, las investigaciones no han encontrado que las usuarias de AMPD de ninguna edad sean más proclives a tener más fracturas óseas. Entre mujeres adultas que dejaron de usar AMPD como anticonceptivo la densidad ósea es similar a la de las mujeres que nunca la usaron después de 2 o 3 años. Entre las adolescentes no resulta claro si la pérdida de densidad ósea les impide alcanzar su pico potencial de masa ósea. (WHO, 2007).
- Disminución de la libido: no hay evidencia de que haya algún cambio en el de-

seo sexual atribuible al uso de AMPD. (Wanyonyi, Stones and Sequeira, 2011).

Orientación y manejo de los efectos colaterales:

- Brinde asesoramiento acerca de los efectos colaterales, explique que no son signos de enfermedad, la mayoría de las mujeres no los presenta y, en general, desaparecen en los primeros meses de usar los inyectables solo de progestágeno.
- Amenorrea: explique que la mayoría de las mujeres que utilizan inyectables solo de progestágeno dejan de tener menstruación y, que esto no es nocivo. La fertilidad no se ve alterada. La sangre no se acumula en su cuerpo (algunas mujeres no solo aceptan no menstruar, sino que consideran la amenorrea como un factor positivo en su evaluación del método).

IMPORTANTE: La orientación sobre las alteraciones de las características del sangrado y otros efectos colaterales es fundamental para la satisfacción de las usuarias con el método.

- Genitorragia irregular: informe que no es infrecuente que las mujeres que utilizan los inyectables solo de progestágeno presenten genitorragia irregular. No es perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso. A corto plazo, para aliviar molestias, puede probar con 400 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días o 500mg de ácido mefenámico 2 veces al día, tomándolos desde que comience el sangrado irregular.

Si la genitorragia irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o se sospecha de alguna patología, investigue causas subyacentes no relacionadas con el uso del método.
- Genitorragia profusa o prolongada (el doble de lo habitual o más de 8 días): informe que algunas mujeres que usan inyectables solo de progestágeno presentan genitorragia profusa o prolongada. Habitualmente no es dañina y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.

Se puede reducir la genitorragia, utilizando (de a uno por vez):

 - Anticonceptivos orales combinados (AOC), tomando una píldora diaria por 21 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso.
 - 50 mcg de etinil-estradiol diarios por 21 días, comenzando cuando empiece la misma.

Si la genitorragia pasa a ser una amenaza a la salud, o si la usuaria lo desea, ayúdela a elegir otro método. Para ayudar a evitar la anemia, sugiera la ingesta de comprimidos de hierro y dígale que es importante ingerir alimentos que lo contengan (tales como carnes y aves, especialmente carne vacuna e hígado de pollo, pescado, hortalizas de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).

Si la genitorragia profusa o prolongada continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o se sospecha de alguna patología, investigue causas subyacentes no relacionadas con el uso del método.
- Aumento de peso: revise la dieta y hábito. Oriente.
- Cefaleas comunes (no migrañosas), sugiera: ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1000 mg), ácido acetil salicílico (500 mg) u otro analgésico.

Las cefaleas que empeoran o que aparezcan con el uso de los inyectables deben ser evaluadas.

IMPORTANTE: ante genitorragia por AMPD no está indicado realizar legrado hemostático

- Mareos: considere medicamentos disponibles localmente.
- Distensión y molestia abdominal: considere medicamentos disponibles localmente.
- Cambios de humor o deseo sexual: pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, incluyendo cambios en su relación de pareja. Brinde asesoramiento si corresponde. Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser derivadas para una correcta atención.

AMPD y osteoporosis:

Conclusiones de una consulta técnica de la OMS sobre AMPD y osteoporosis, realizada 20 y 21 de junio de 2005 publicada en 2007 (disponible en el sitio web de la OMS).

La salud ósea es influenciada por muchos factores, incluyendo, entre otros, embarazos, lactación y uso de anticonceptivos hormonales. El uso de AMPD se ha asociado en varios estudios a una disminución de la densidad ósea en mujeres que ya alcanzaron el pico de masa ósea e interfieren en la mineralización ósea en mujeres que aún no han llegado al pico de mineralización. Al suspender el uso, la densidad ósea se recupera, excepto en las mujeres después de la menopausia. No hay evidencias de que el uso de AMPD en la adolescencia pueda interferir en alcanzar un nivel normal de mineralización ósea después de dejar de usarla.

Recomendaciones:

En lo que se refiere a metabolismo óseo:

- AMPD puede usarse sin restricciones, por tiempo indeterminado en mujeres entre 18 y 45 años de edad.
- En adolescentes, de la menarquía a los 18 años, y mujeres de más de 45 años, las ventajas de usarla generalmente sobrepasan los riesgos potenciales. Por eso se mantuvo la categoría 2 en los criterios médicos de elegibilidad para estos grupos de edad. La duración del uso en estos grupos de edad debe ser evaluada caso a caso.
- No hay restricciones al uso de otros métodos hormonales, combinados o solo de progestágeno, por causa del metabolismo óseo.

Las recomendaciones de este grupo de consulta se reflejan en los criterios médicos de elegibilidad, OMS, versión 2010.

1.6. IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS

Definición

Son pequeños cilindros o cápsulas de plástico, cada uno del tamaño de un fósforo, que liberan una progestina, el levonogestrel o etonogestrel, formas sintéticas de la progesterona natural producida por el organismo de la mujer. No contienen estrógeno, por lo que se pueden utilizar durante la lactancia y en usuarias a quienes no se les recomienda métodos con estrógeno.

Mecanismo de acción

La hormona se libera lentamente en el flujo sanguíneo alcanzando un nivel que, sin impedir el crecimiento ovular, bloquea el pico de LH preovulatorio, lo que inhibe la ruptura folicular y liberación del óvulo. Además el moco cervical se mantiene viscoso y escaso durante todo el ciclo, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides al útero.

Hay varios tipos de implantes:

- Jadelle®: 2 cilindros, eficaz durante 5 años
- Implanon®: 1 cilindro, eficaz durante 3 años (hay estudios en curso para evaluar la duración hasta 4 años)
- Norplant®: 6 cápsulas, la etiqueta indica 5 años de uso. (hay estudios de gran tamaño que han encontrado que su eficacia dura 7 años).
- Sinoplant®: 2 cilindros, eficaz durante 5 años

La información de este capítulo se aplica específicamente a Jadelle: cada implante contiene 75 mg de levonogestrel.

Eficacia

Se trata de uno de los métodos más eficaces y de mayor duración: la probabilidad de embarazo es de menos de 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan los implantes el primer año (5 por 10.000 mujeres). Esto significa que 9.995 de cada 10.000 mujeres que utilizan implantes no quedarán embarazadas.

Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y continúa mientras que la mujer está utilizando implantes. Sin embargo, Jadelle comienza a perder eficacia antes en las mujeres de más peso: para mujeres que pesan 80 kg o más, Jadelle pierde eficacia después de 4 años de uso. En los estudios, la tasa de embarazos fue de 6 por 100 en el quinto año de uso. Estas mujeres deberían recambiar sus implantes luego de 4 años.

No hay demora para recuperación de la fertilidad después de retirar los implantes.

Criterios médicos de elegibilidad ¿Quién puede usar los implantes?

Las listas que siguen se aplican igualmente para mujeres adultas y adolescentes.

Toda mujer que, después de la orientación, escoge usar implantes y hay certeza

razonable de que no está embarazada puede usarlos, siempre que no tenga alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (CME). Si la mujer presenta la condición listada en el

cuadro que sigue, clasificada como categoría 4, no debe usar implantes, porque su uso representa un riesgo inaceptable para la salud. Solo si no hay otra opción disponible y embarazarse también represente un riesgo inaceptable para la salud se puede usar bajo control estricto.

CME- OMS

Condiciones clasificadas en categoría 4 para Implantes Anticonceptivos Subdérmicos

Cáncer de mama actual

Si la usuaria presenta alguna de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 3 en los CME de la OMS, los implantes no son el método de primera elección. Las usuarias con alguna condición en la categoría 3 deben ser advertidas de que el uso de los implantes representa un riesgo para la salud, que haría recomendable que escoja otro método para el cual la condición de salud no sea categoría 3 o 4. Si la mujer insiste en usar el método, porque las otras opciones no son aceptables para ella, hay que advertirle que debe realizar controles médicos frecuentes.

En general, la presencia de dos condiciones categoría 3 equivale casi siempre

a una categoría 4. Con dos condiciones 3, la decisión debe ser cuidadosamente evaluada.

Modo de uso

Para aprender a insertar y extraer los implantes se necesita entrenamiento y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no incluye instrucciones detalladas. La inserción de los implantes habitualmente lleva unos pocos minutos pero algunas veces puede llevar más, dependiendo de la habilidad del proveedor. Las complicaciones son raras y también dependen de la destreza del proveedor.

IMPORTANTE: Una mujer puede iniciar el uso de implantes en cualquier momento que lo desee, siempre que exista una certeza razonable de que no está embarazada. Si no hay certeza, es recomendable usar un método de barrera o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta la próxima menstruación, cuando se podrá comenzar el uso de implantes.

CME- OMS
Condiciones clasificadas en categoría 3 para Implantes antoconcectivos subdérmicos.
Posparto menos de 6 semanas amamantando
Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar actual
Historia de o enfermedad cardíaca isquémica actual (para continuación su uso)
Historia de o accidente vascular cerebral actual (para continuar su uso)
Lupus eritematoso sistémico (con ACA + o desconocido)
Migraña con aura a cualquier edad (para continuación el uso)
Cáncer de mama tratado sin enfermedad actual
Genitorragia sin diagnóstico
Cirrosis descompensada
Adenoma hepato-celular
Hepatoma maligno

Inserción de los Implantes

1. El procedimiento debe de ser realizado en adecuadas condiciones de asepsia.
2. Se puede administrar un anestésico local bajo la piel del área de inserción (brazo) para evitar el dolor mientras se realiza el procedimiento.
3. Luego de la administración del anestésico local, se realiza una pequeña incisión en la piel en el interior de la parte superior del brazo.
4. Se insertan dos implantes justo debajo de la piel. La usuaria puede sentir sensación de presión o tracción.

5. Después de insertar los implantes, se cierra la incisión con un vendaje adhesivo. No hay necesidad de realizar suturas. Se cubre la incisión y se envuelve el brazo con una gasa.

Remoción de los Implantes

1. El procedimiento debe de realizarse en adecuadas condiciones de asepsia.
2. Se puede administrar un anestésico local bajo la piel del área de remoción (brazo) para evitar el dolor mientras se realiza el procedimiento.
3. El proveedor hace una pequeña incisión en la piel del interior, de la parte

IMPLANON: Implante que contiene 68 mg de etonogestel cristalino, en un cilindro de plástico de 4 cm de largo y 2 mm de diámetro. La tasa de liberación “in vitro” de este implante es de aproximadamente 60-70 mcg/día de etonogestrel en las semanas 5 y 6, disminuyendo para aproximadamente 35-45 mcg/día al fin del primer año, 30-40 mcg/día al fin del segundo año y 25-30 mcg/día al fin del tercer año.

Implanon se inserta con un aplicador hecho especialmente para tales efectos similar a una jeringa. No necesita incisión de la piel.

superior del brazo, cerca del sitio de inserción.

4. Para retirar el implante se puede utilizar un instrumento (pinza). La usuaria puede tener una sensación de tracción, dolor leve, o ardor durante el procedimiento y en los días posteriores.
5. La incisión se cierra con un vendaje adhesivo. No hay necesidad de realizar suturas. Se puede colocar un vendaje elástico por encima del vendaje adhesivo, aplicando una presión suave durante 2 o 3 días para disminuir la hinchazón.
6. Si una usuaria solicita implantes nuevos, éstos serán colocados por encima o por debajo del sitio de inserción de los previos o en el otro brazo.

Cuándo comenzar

Si la usuaria está amamantando y no menstrúa puede comenzar en cualquier momento entre 4 - 6 semanas y 6 meses postparto. No necesita ningún método de respaldo. Si tiene más de 6 meses postparto puede insertarse en cualquier

momento el implante, si hay certeza razonable de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo para los primeros 7 días post inserción.

Si la usuaria no está amamantando, y cursa menos de 4 semanas post parto puede insertarse los implantes en cualquier momento. No necesita un método de respaldo.

Si la usuaria está menstruando espontáneamente y comienza el uso en los primeros 7 días del ciclo, no necesita ningún método de respaldo. Si ya han pasado más de 7 días del comienzo de la menstruación, puede insertarse los implantes, pero necesita un método de respaldo por los primeros 7 días de la inserción.

Si la usuaria está en amenorrea también puede comenzar en cualquier momento si hay certeza razonable de que no está embarazada, pero debe usar un método de respaldo, por ejemplo condón, o mantenerse en abstinencia por 7 días.

Si la usuaria utiliza como método anticonceptivo píldora combinada, píldora solo de progestágeno, parche, anillo, DIU con

IMPORTANTE: Los proveedores no deben rechazar o demorarse cuando una mujer solicite que se le extraigan los implantes, por la razón que sea, ya sea personal o médica. El personal debe comprender y recordar que no se la debe presionar o forzar a seguir usando los implantes, si la usuaria no lo desea.

cobre o DIU con levonorgestrel y desea cambiarse para el implante debe comenzar inmediatamente. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo. Si está dejando los inyectables, debe insertarse los implantes cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección.

Orientación a las usuarias:

- Explique que el área de inserción debe permanecer seca durante 4 días. Puede quitarse la venda elástica o la gasa después de 2 días y el vendaje adhesivo después de 5 días.
- Luego de terminado el efecto anestésico, le dolerá el brazo unos pocos días. Puede también tener hinchazón y equimosis en el sitio de inserción. Esto es común y desaparece sin tratamiento.
- Dígame que vuelva a la consulta antes de que los implantes comiencen a perder eficacia (para extracción o sustitución).
- Explíqueme que puede volver en cualquier momento y también si tiene do-

lor, calor, secreción purulenta, o rubor en el sitio de inserción que empeora o que no desaparece, o que visualice que el cilindro se está saliendo. También debe volver si ha aumentado mucho de peso. Esto puede reducir el tiempo de eficacia máximo de sus implantes.

Efectos beneficiosos conocidos para la salud

- Reducen el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Puede reducir el riesgo de anemia por deficiencia de hierro.

Efectos colaterales y riesgo (algunas usuarias pueden manifestar)

- Cambios en los patrones de genitorragia, en los primeros meses, sangrado más escaso y de menor duración, irregular o que dura más de 8 días, infrecuente o amenorrea. Al año, sangrado más escaso y de menor duración, infrecuente o irregular.

IMPORTANTE: El MSP promueve la “doble protección”. Explique que los implantes no protegen contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, asesore sobre la importancia de la “doble protección” y estimule su uso.

- Cefaleas
- Dolor abdominal
- Acné (puede mejorar o empeorar)
- Cambios de peso
- Sensibilidad mamaria
- Mareos
- Cambios de humor
- Aumento del tamaño de los folículos ováricos (quistes foliculares)
- Infrecuente:
- Infección en el sitio de inserción: la mayoría de las infecciones se presentan dentro de los primeros 2 meses de la inserción.
- Remoción difícil: es raro, si se insertó correctamente y el proveedor tiene práctica para retirarlo.

70

Raro:

- Expulsión del implante: ocurren en los primeros 4 meses después de la inserción.

Orientación y manejo de los efectos colaterales

- Brinde asesoramiento acerca de los efectos colaterales, explique que no son signos de enfermedad, la mayoría de las mujeres no los presenta y, en general, desaparecen en los primeros meses de usar los implantes
- Genitorragia irregular: explique que no es infrecuente que las usuarias de implantes presenten genitorragia irregular. No es perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece después

de unos pocos meses de uso. Para un alivio modesto a corto plazo, puede probar con 400 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u o 500 mg de ácido mefenámico 2 veces al día, tomándolos siempre que comience el sangrado irregular.

Si el sangrado irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, investigue si hay alguna patología subyacente no relacionada con el uso del método.

- Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días). Explique que algunas usuarias de implantes presentan sangrado profuso o prolongado. Habitualmente no es dañino y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.

Se puede obtener un alivio modesto y breve probando (de a uno por vez):

-Anticonceptivos orales combinados (AOC), tomando una píldora diaria por 21 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso.

-50 µg de etinil-estradiol diarios por 21 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso.

Si el sangrado pasa a ser una amenaza para la salud, o si la mujer lo desea, ayúdela a elegir otro método. Mientras tanto, puede tomar etinil-estradiol o píldora combinada como se indica arriba, para ayudar a reducir la genitorragia.

Para prevenir la anemia, indique la ingesta de comprimidos de hierro y dí-

IMPORTANTE: La orientación sobre las alteraciones de las características del sangrado y otros efectos colaterales es fundamental para la satisfacción de las usuarias con el método.

gale que es importante ingerir alimentos que contengan hierro (tales como carnes, especialmente carne vacuna e hígado de pollo, pescado, hortalizas de hoja verde, y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).

Si el sangrado profuso o prolongado continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, investigue patologías subyacentes no relacionadas con el uso del método.

- Amenorrea: informe que la mayoría de las mujeres que utilizan implantes dejan de tener menstruación, y que esto no es nocivo.
- Cefaleas comunes (no migrañosas): sugiera ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1000mg), ácido acetilsalicílico (500mg), u otro analgésico. Las cefaleas que empeoran o que aparezcan con el uso de los implantes deben ser evaluadas.
- Dolor abdominal leve: sugiera ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1000 mg), ácido acetilsalicílico (500 mg) u otro analgésico. Considere medicamentos disponibles localmente.
- Alteraciones de peso: revise la dieta y hábito. Oriente.
- Acné: si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido a acné,

puede considerar pasarse a anticonceptivos orales combinados. El acné de muchas mujeres mejora con el uso de anticonceptivos orales combinados. Considere medicamentos disponibles localmente.

- Sensibilidad mamaria: recomiende el uso de un sostén o corpiño firme, incluso para actividades intensas o para dormir. Sugiera ibuprofeno (200-400 mg cada 6 horas), paracetamol (500 mg cada 6 horas), ácido acetilsalicílico (500 mg cada 6 horas), u otro analgésico. Considere medicamentos disponibles localmente.
- Cambios de humor o cambios del deseo sexual: investigue sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, incluyendo cambios en su relación de pareja. Brinde apoyo si corresponde. Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser derivadas para una correcta atención.
- Náuseas o mareos: considere medicamentos disponibles localmente.
- Dolor después de la inserción o extracción: para el dolor después de la inserción, evalúe si el vendaje o la gasa en el brazo no estén demasiado ajustados. Coloque un nuevo vendaje en el brazo y aconséjele que evite apretar

el sitio unos pocos días. Indique si corresponde, ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), ácido acetilsalicílico (500mg), u otro analgésico.

- Infección en el sitio de inserción (rubor, calor, dolor, secreción purulenta)
 - No retire los implantes.
 - Limpie el área infectada con agua y jabón o antiséptico.
 - Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
 - Pida a la usuaria que vuelva después de terminar los antibióticos, si la infección no ha desaparecido. En dicho caso retire los implantes o derive a la paciente para su extracción.
 - A menudo la expulsión total o parcial sigue a la infección. Solicite a la usuaria que vuelva si nota que se está saliendo el implante.

- Abscesos:
 - Limpie el área con antiséptico.
 - Abra (incisión) y drene el absceso.
 - Evalúe si requiere retirar los implantes.
 - Trate la herida.
 - Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
 - Solicite a la usuaria que vuelva después de completar los antibióticos si presenta calor, rubor, dolor, o drenaje de la herida. Si hay infección cuando vuelve, retire los implantes o derive a la usuaria para su extracción.
- Expulsión (cuando uno o más implantes comienzan a salirse del brazo)
 - Raro: habitualmente ocurre dentro de los primeros meses de inserción o en coincidencia con un proceso infección local.
 - Si no hay infección, reemplace el cilindro expulsado a través de una nueva incisión cerca de los otros cilindros o derive a la usuaria para su reemplazo.

1.7. ANILLO VAGINAL COMBINADO

Definición

Es un anillo de plástico flexible y transparente, que se coloca en la vagina. El diámetro externo del anillo es de 54 mm y el diámetro de sección 4 mm. Cada anillo contiene 2,7 mg de etinil-estradiol (EE) y 11,7 mg de etonogestel (ENG) que son liberados de forma continua, a una tasa de 15 mcg de EE y 120 mcg de ENG al día, durante las tres semanas que permanece en la vagina.

Mecanismo de acción

Su efecto anticonceptivo se debe a la inhibición de la ovulación. Las hormonas sintéticas alcanzan un nivel sanguíneo que, sin impedir el crecimiento ovular, bloquean el pico de LH pre-ovulatorio, lo que inhibe la ruptura folicular y liberación del óvulo. Además el moco cervical se mantiene viscoso y escaso durante todo el ciclo, lo que dificulta la entrada de los espermatozoides al útero.

Eficacia

La eficacia depende de la usuaria. El mayor riesgo de embarazo es que la mujer se atrase en colocar un nuevo anillo, o sea, descansar más de siete días.

El anillo vaginal combinado es nuevo y se dispone de investigación limitada sobre su eficacia. Hasta la fecha la probabilidad de embarazo es de 3 por 1.000 mujeres en el primer año en *uso adecuado o*

correcto y de 8 por 100 mujeres en *uso habitual o rutinario*, aunque las tasas de eficacia en los ensayos clínicos sugieran que el anillo puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados.

No hay retraso de la recuperación de la fertilidad después de dejar de usar el anillo vaginal.

Criterios Médicos de Elegibilidad

¿Quién puede usar el anillo vaginal combinado?

Las listas que siguen se aplican igualmente para mujeres adultas y adolescentes.

Aunque no existe evidencia completa, se ha concluido por parte del grupo técnico de la OMS, que la evidencia disponible para los AOC es aplicable para el anillo vaginal, en consecuencia comparten los mismos criterios médicos de elegibilidad.

Toda usuaria que, después de la orientación, escoge usar el anillo y hay certeza razonable de que no está embarazada puede usarlo, desde que no tenga alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (CME). Si la mujer presenta cualquiera de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 4 no debe usar el anillo, porque su uso representa un riesgo inaceptable para la salud. Solo si no hay otra opción disponible aceptable y el

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 4 para Anillo Vaginal Combinado	
	Posparto menos de 6 semanas amamantando
	Posparto menos de 21 días no amamantando con riesgo de TVP (trombosis venosa profunda)*
	35 años o más y fumadora de 15 cigarrillos o más
	Múltiples factores de riesgo cardiovascular (asocia, al menos, 2 de: edad mayor de 35 años, hipertensión, obesidad, dislipemia, diabetes, tabaquismo)*
	Hipertensión arterial mayor o igual 160/100 mmHg
	Enfermedad vascular renal o cerebral
	Mutaciones trombogénicas
	Accidente vascular cerebral actual o historia
	Historia de o enfermedad cardíaca isquémica actual
	Enfermedad valvular complicada
	Lupus eritematoso sistémico (ACA + o desconocido)
	Migraña con aura a cualquier edad
	Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para continuación de uso)
	Cáncer de mama actual
	Adenoma hepatocelular
	Cirugía mayor con inmovilización (puede reiniciar 15 días después de recobrada la movilidad)
	Hepatitis viral aguda (para iniciar el uso)*
	Hepatoma maligno
	Historia de, o TVP/embolia pulmonar actual con o sin tratamiento
	Diabetes mayor o igual de 20 años de evolución o con daño vascular *
	Cirrosis descompensada
	*categoría 3/ 4 se clasificó como 4

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 3 para Anillo Vaginal Combinado	
Posparto entre 6 semanas y seis meses amamantando	
Posparto menor a 21 días sin factores de riesgo para TVP no amamantando	
Posparto entre 21 y 42 días con factores de riesgo para TVP*	
35 años o más y fumadora de menos de 15 cigarrillos	
Antecedente de hipertensión arterial cuando no se puede evaluar la misma	
Hipertensión arterial menos de 160/100 mmHg	
Hipertensión arterial controlada	
Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para iniciar el uso)	
Migraña sin aura, 35 años (para continuación del uso)	
Cáncer de mama tratado sin enfermedad actual	
Enfermedad de la vesícula actual o medicamento tratada	
Colestasis con uso previo de AOC	
Terapia antirretroviral con inhibidores de proteasa	
Hiperlipidemias conocidas*	
Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, primidona, carbamazepina, lamotrigina)	
Uso de rifampicinas	
	*categoría 2/3 se clasificó como 3

riesgo de embarazarse también es alto se puede aceptar su uso bajo control médico estricto.

Si la usuaria presenta alguna de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 3 en los CME de la OMS, el anillo vaginal no es el método de primera elección. Las mujeres con algu-

na condición en la categoría 3 deben ser advertidas de que el uso del anillo representa un riesgo de salud, que sería recomendable que escoja otro método para el cual la condición de salud no sea categoría 3 o 4. Si la mujer insiste en usar el método, porque las otras opciones no son aceptables para ella, hay que advertirle que debe realizar controles médicos frecuentes.

IMPORTANTE: recordar que los anillos vaginales combinados no son un método de primera elección para mujeres amamantando hasta que el lactante cumpla 6 meses (Categoría 3) porque pueden disminuir la cantidad y calidad de la leche (WHO, 2010).

En general, la presencia de dos condiciones categoría 3 equivale casi siempre a una categoría 4. Con dos condiciones 3, la decisión debe ser cuidadosamente evaluada.

Modo de Uso

Asesore sobre cómo insertar el anillo: en la posición que le quede más cómoda, la usuaria debe apretar los lados opuestos del anillo, colocándolo completamente dentro de la vagina, profundamente.

El anillo debe mantenerse colocado todo el tiempo, durante 3 semanas.

Al final de la tercera semana el anillo debe ser retirado. Para hacerlo, debe engancharlo con su dedo índice, o apretarlo entre su índice y el dedo medio y tirar hacia fuera. En la cuarta semana la usuaria no debe usar el anillo, al término de la misma se debe colocar uno nuevo (nunca pasar más de 7 días sin anillo).

Si la usuaria lo desea, puede retirar el anillo para mantener relaciones sexuales. Es importante advertir, que nunca se debe permanecer más de 3 horas en un día, sin el anillo. Si desea enjuagarlo, lo puede hacer con agua limpia y fría.

Si el anillo se sale, debe enjuagarse en agua limpia y fría, para luego colocarlo nuevamente.

Como manejar el atraso del reemplazo o la extracción tardía del anillo.

Si el anillo fue retirado por más de 3 horas durante las semanas 1 o 2: explique que lo indicado es volver a colocar el anillo lo antes posible. La usuaria debe considerar un método de respaldo los 7 días siguientes.

Si el anillo fue retirado por más de 3 horas durante la semana 3:

Opción 1: Interrumpir el ciclo actual y eliminar el anillo. La usuaria debe insertar un nuevo anillo inmediatamente y mantenerlo colocado durante 3 semanas comenzando un nuevo ciclo y usar un método de respaldo durante los 7 días siguientes.

Opción 2: si el anillo fue utilizado de manera continua y correcta durante los últimos 7 días la mujer debe pasar los próximos 7 días sin anillo. Luego de éstos, debe insertar un nuevo anillo y mantenerlo colocado durante 3 semanas. La usuaria debe utilizar un método de respaldo durante los primeros 7 días con el anillo nuevo.

Si se esperó más de 7 días antes de insertar un nuevo anillo o se mantuvo el anillo colocado más de 4 semanas: lo indicado es insertar un nuevo anillo lo antes posible y utilizar un método de respaldo los primeros 7 días del uso del mismo. En

IMPORTANTE: Una mujer puede iniciar el uso del anillo vaginal combinado en cualquier momento que lo desee, siempre que exista una certeza razonable de que no está embarazada. Si no hay certeza, es recomendable usar un método de barrera o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta la próxima menstruación, cuando se podrá comenzar el uso del método elegido.

el caso de insertar un nuevo anillo con 3 o más días de atraso (se dejó el anillo fuera durante 10 días o más seguidos) y mantuvo relaciones sexuales no protegidas dentro de los últimos 5 días, debe tomar anticonceptivos orales de emergencia.

Cuándo comenzar

Si la usuaria está menstruando espontáneamente y comienza el uso en los primeros 5 días del ciclo, no necesita ningún método de respaldo. Si ya han pasado más de 5 días del comienzo de la menstruación, puede usar el anillo, pero necesita un método de respaldo por los primeros 7 días de uso.

Si la usuaria está en amenorrea también puede comenzar en cualquier momento si hay certeza razonable de que no está embarazada pero debe usar un método de respaldo, por ejemplo condón o mantenerse en abstinencia por siete días.

Si la usuaria utiliza como método píldora, parche, DIU con cobre, DIU con levonorgestrel o implante y desea cambiarse para

el anillo debe colocarlo inmediatamente y suspender el uso del método que estaba usando. Si estaba usando un DIU, con cobre u hormonal, la remoción del DIU puede hacerse algunos días después si en el momento no hay condiciones para retirar el DIU. No necesita esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo. Si está dejando los inyectables, debe ponerse el anillo cuando le correspondería recibir una nueva inyección. No necesita un método de respaldo.

Puede iniciarse el uso del anillo inmediatamente después de un aborto no infectado o después de tratada la infección.

Beneficios y riesgos para la salud

Los estudios a largo plazo sobre el anillo vaginal son limitados, pero se espera que sus beneficios y riesgos para la salud sean como los de anticonceptivos orales combinados. La vía de absorción transvaginal, por evitar el primer paso hepático de las hormonas, podría atenuar los proble-

IMPORTANTE: El MSP promueve la “doble protección”. Explique que el anillo vaginal combinado no protege contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/Sida, asesore sobre la importancia de la “doble protección” y estimule su uso.

IMPORTANTE: La orientación sobre las alteraciones de las características del sangrado y otros efectos colaterales es fundamental para la satisfacción de las usuarias con el método.

mas relacionados con las interacciones farmacológicas en mujeres con trastornos hepáticos, pero no hay estudios específicos que detallen ese efecto.

Hay limitada evidencia que el uso del anillo vaginal no afecta la evolución de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado. (Dieben T. et al, 2002)

Efectos colaterales (algunas usuarias pueden manifestar)

- Cambios en la menstruación: genitorragia menos intensa, menos días de la misma, irregular, prolongada o amenorrea.
- Cefaleas
- Irritación, rubor, o inflamación de la vagina
- Flujo vaginal blanco.

Orientación y manejo de los efectos colaterales

- Brinde asesoramiento acerca de los efectos colaterales, explique que no son signos de enfermedad y que en la gran mayoría de las mujeres no se presentan.

- Genitorragia irregular: Informe que muchas mujeres que utilizan el anillo vaginal combinado presentan genitorragia irregular. No es perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso. Para reducir la misma:

Se puede lograr un alivio modesto y breve con 400 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, u otro AINE, comenzando cuando empiece el sangrado irregular.

Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, investigue si hay alguna patología subyacente no relacionada con el uso del método.

- Genitorragia escasa: consulte sobre la característica de la misma: escasa, irregular o nula. Informe que algunas mujeres que utilizan el anillo vaginal combinado dejan de tener menstruación y que esto no es un problema.

IMPORTANTE: Las infecciones genitales deben ser tratadas como es usual, sin necesidad de retirar el anillo. El uso de óvulos es compatible con el uso del anillo.

1.8. PARCHES O ADHESIVOS COMBINADOS

Definición

Es un parche de plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, embalado individualmente en sobres sellados de aluminio. El área que libera las hormonas tiene 20 cm² y se puede aplicar en la región glútea, el torso, el abdomen o el antebrazo para liberar las hormonas por vía transdérmica. No se debe colocar sobre o muy cerca de la mama.

Cada parche contiene 0,60 mg de etinil-estradiol (EE) y 6,0 mg de norelgestromina (NGMN) que son liberados de manera continua directamente a través de la piel al torrente sanguíneo. La vía transdérmica evita el primer paso de absorción de las drogas por el hígado, lo que podría atenuar los problemas relacionados con las interacciones farmacológicas o el uso del parche en mujeres con trastornos hepáticos. Hasta la fecha, ningún estudio ha comprobado ese efecto.

Mecanismo de acción

Su acción anticonceptiva se debe a la inhibición de la ovulación. Las hormonas sintéticas alcanzan un nivel sanguíneo que, sin impedir el crecimiento ovular, bloquean el pico de LH preovulatorio, lo que inhibe la ruptura folicular y liberación del óvulo. Además el moco cervical se mantiene viscoso y escaso durante todo el ciclo, lo que dificulta la entrada de los espermatozoides al útero.

Eficacia

La eficacia depende fundamentalmente del modo en que se utiliza. El mayor riesgo de embarazo es cuando la mujer cambia los parches tres días o más después del día indicado.

El parche es un método relativamente nuevo y se dispone de investigación limitada sobre su eficacia. Hasta la fecha la probabilidad de embarazo es de 3 por 1.000 mujeres en el primer año en *uso adecuado o correcto* y de 8 por 100 mujeres en *uso habitual o rutinario*. Los datos de eficacia en estudios clínicos sugieren que los parches podrían ser más eficaces que los anticonceptivos orales combinados en uso rutinario.

Evidencia limitada sugiere que la efectividad del parche puede ser menor en las mujeres que pesan 90 kg o más. (Audet MC et al., 2001; Smallwood GH, et al., 2001)

No hay retraso en la recuperación de la fertilidad después de dejar de usar el parche.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar los parches?

Las listas que siguen se aplican igualmente para mujeres adultas y adolescentes.

Aunque no existe evidencia completa, se ha concluido por parte del grupo técnico de la OMS, que la evidencia disponible

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 4 para Parches Combinados	
	Posparto menos de 6 semanas amamantando
	Posparto menos de 21 días no amamantando con riesgo de TVP (trombosis venosa profunda)*
	35 años o más y fumadora de 15 cigarrillos/día o más
	Múltiples factores de riesgo cardiovascular (asocia, al menos, 2 de: edad mayor de 35 años, hipertensión, obesidad, dislipemia, diabetes, tabaquismo)*
	Hipertensión arterial mayor o igual 160/100 mmHg
	Enfermedad vascular renal o cerebral
	Mutaciones trombogénicas
	Accidente vascular cerebral actual o historia
	Historia de o enfermedad cardíaca isquémica actual
	Enfermedad valvular complicada
	Lupus eritematoso sistémico (ACA + o desconocido)
	Migraña con aura a cualquier edad
	Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para continuación de uso)
	Cáncer de mama actual
	Adenoma hepatocelular
	Cirugía mayor con inmovilización (puede reiniciar 15 días después de recobrada la movilidad)
	Hepatitis viral aguda (para iniciar el uso)*
	Hepatoma maligno
	Historia de/ o TVP/embolia pulmonar actual con o sin tratamiento
	Diabetes mayor o igual de 20 años de evolución o con daño vascular *
	Cirrosis descompensada
	*categoría 3/ 4 se clasificó como 4

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 3 para Parches Combinados	
Posparto entre 6 semanas y seis meses amamantando	
Posparto menor a 21 días sin factores de riesgo para TVP no amamantando	
Posparto entre 21 y 42 días con factores de riesgo para TVP*	
35 años o más y fumadora de menos de 15 cigarrillos	
Antecedente de hipertensión arterial cuando no se puede evaluar la misma	
Hipertensión arterial menos de 160/100 mmHg	
Hipertensión arterial controlada	
Migraña sin aura mayor o igual a 35 años (para iniciar el uso)	
Migraña sin aura, menor a 35 años (para continuación del uso)	
Cáncer de mama tratado sin enfermedad actual	
Enfermedad de la vesícula actual o medicamento tratada	
Colestasis con uso previo de AOC	
Terapia antirretroviral con inhibidores de proteasa	
Hiperlipidemias conocidas*	
Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, primidona, carbamazepina, lamotrigina)	
Uso de rifampicinas	
	*categoría 2/3 se clasificó como 3

para los AOC es aplicable para los Parches Combinados, en consecuencia comparten los mismos criterios médicos de elegibilidad.

Toda mujer que, después de la orientación, escoge usar el parche y hay certeza razonable de que no está embarazada puede usarlo, siempre que no tenga

alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (CME). Si la mujer presenta cualquiera de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 4 no debe usar el parche, porque su uso representa un riesgo inaceptable para la salud. Solo

IMPORTANTE: Los Parches Combinados no son un método de primera elección para mujeres amamantando hasta que el lactante cumpla 6 meses (Categoría 3) porque pueden disminuir la cantidad y calidad de la leche (WHO, 2010).

si no hay otra opción disponible aceptable y el riesgo de embarazarse también es alto se puede aceptar su uso bajo control estricto.

Si la usuaria presenta alguna de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 3 en los CME de la OMS, los parches no son el método de primera elección. Las mujeres con alguna condición en la categoría 3 deben ser advertidas de que el uso de los parches representa un riesgo de salud, que haría recomendable que escoja otro método para el cual la condición de salud no sea categoría 3 o 4. Si la mujer insiste en usar el método, porque las otras opciones no son aceptables para ella, hay que advertirle que debe realizar controles médicos frecuentes.

En general, la presencia de dos condiciones categoría 3 equivale casi siempre a una categoría 4. Con dos condiciones 3, la decisión debe ser cuidadosamente evaluada.

Modo de uso

Explíquese que no debe tocar la superficie pegajosa del parche al retirarlo del empaque.

Indíquese que se lo puede aplicar en la parte superior externa del brazo, espalda, abdomen o nalgas, el lugar debe de estar limpio y seco, no puede aplicarse en las mamas. Se deben evitar zonas de pliegues

Debe apretar contra su piel la parte pegajosa que tiene el parche durante 10 segundos. Deslizar el dedo a lo largo del borde para asegurarse que se pegue. El parche quedará en ese lugar inclusive durante el trabajo, ejercicio, natación y baño.

El parche se cambia una vez por semana durante 3 semanas seguidas. Debe aplicarse el nuevo parche el mismo día de la semana y verificar su correcta adhesión antes de retirar el anterior. En la cuarta semana la mujer no debe usar un parche y después de la misma, comienza con el uso de uno nuevo (nunca pasar más de 7 días sin parche).

IMPORTANTE: Una mujer puede iniciar el uso de parche combinado en cualquier momento que lo desee, siempre que exista una certeza razonable de que no está embarazada. Si no hay certeza, es recomendable usar un método de barrera o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta la próxima menstruación, cuando se podrá comenzar el uso de parche.

IMPORTANTE: El MSP promueve el uso de la “doble protección”. Informe que los Parches Combinados no protegen contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la “**doble protección**” y estimule su uso. Las instituciones deben asegurarse que las usuarias que optan por Parche Combinado, reciban también condones, para “doble protección”.

Si se desprende parcialmente intente adherirlo nuevamente. Si no lo logra, debe descartarlo y colocar uno nuevo de forma inmediata.

Cuándo comenzar

Si la usuaria está menstruando espontáneamente y comienza el uso en los primeros 5 días del ciclo, no necesita ningún método de respaldo. Si ya han pasado más de 5 días del comienzo de la menstruación, puede usar el parche, pero necesita un método de respaldo por los primeros 7 días de uso.

Si la usuaria está en amenorrea también puede comenzar en cualquier momento si hay certeza razonable de que no está embarazada pero debe usar un método de respaldo, por ejemplo condón, o mantenerse en abstinencia por siete días.

Si la usuaria utiliza como método anticonceptivo, anillo, DIU con cobre, DIU con levonorgestrel o implante y desea cambiarse para el parche debe colocarlo inmediatamente y dejar de usar el método previamente elegido. Si usaba un DIU, puede comenzar a utilizar el parche y sacarse el DIU algunos días después si en ese momento no hay condiciones para retirarlo. No necesita esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo.

Si está dejando de usar los inyectables, debe ponerse el parche cuando le correspondería recibir una nueva inyección. No precisa método de respaldo.

El parche se puede comenzar a usar después de un aborto, espontáneo o provocado (incluso el mismo día).

Manejo de atraso en la extracción o reemplazo del Parche

Si la usuaria se olvidó de aplicar un nuevo parche al inicio de un ciclo (durante la primera semana): explique que debe aplicar un nuevo parche lo antes posible y que registre este día de la semana como el nuevo día de cambio. Deberá usar un método de respaldo los primeros 7 días. Además, si se aplicó el nuevo parche con 3 o más días de atraso (no usó parche durante 10 días o más seguidos) y ha tenido relaciones sexuales no protegidas los últimos 5 días, sugiera también el uso de la píldora de emergencia.

Si la usuaria se olvidó de cambiar el parche en el medio del ciclo (durante la semana 2 o 3):

- Si se atrasa 1 o 2 días (hasta 48 horas): debe aplicar un nuevo parche lo antes posible y que mantenga el mismo día de cambio. No necesita un método de respaldo.

- Si se atrasa más de 2 días (más de 48 horas): debe interrumpir el ciclo actual y comenzar un nuevo ciclo de 4 semanas aplicando un nuevo parche inmediatamente y debe usar un método de respaldo los primeros 7 días. La usuaria debe registrar este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche.

Si la usuaria se olvidó de retirar el parche al final del ciclo (semana 4): debe retirar el parche y comenzar el próximo ciclo el día habitual del cambio. No necesita un método de respaldo.

Beneficios y riesgos a la salud

Los estudios a largo plazo sobre el parche son limitados, pero se espera que sus beneficios y riesgos a la salud sean similares a los de los anticonceptivos orales combinados.

Efectos Colaterales (algunas usuarias manifiestan)

- Irritación cutánea o erupción en el sitio de aplicación del parche.
- Cambios en la menstruación: sangrado menos intenso y durante menos días, irregular, prolongado u amenorrea.
- Cefaleas.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Sensibilidad abdominal
- Dolor abdominal
- Síntomas respiratorios altos

Orientación y manejo de los efectos colaterales

- Explíquelo que los efectos colaterales no son signos de enfermedad y la mayoría de las mujeres no los presentan.
- Genitorragia irregular: explique que algunas mujeres que utilizan el parche presentan sangrado irregular. No es perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.
Para reducir el sangrado irregular
Se puede lograr un alivio modesto y breve con 400 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, u otro AINE, comenzando cuando empiece el sangrado irregular. Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, investigue si hay alguna patología subyacente no relacionada con el uso del método.
- Amenorrea: Investigue si no sangra nada o si eventualmente tiene algún sangrado escaso. Informe que algunas mujeres que utilizan el parche dejan de tener menstruación y que esto no es un problema. No es necesario sangrar todos los meses.
- Irritación cutánea local: en algunos casos produce irritación local, se debe retirar el mismo y aplicar otro parche en otro lugar
- Cefaleas comunes (no migraña): de forma secuencial indique:
-ibuprofeno (200 – 400 mg cada 6 horas), paracetamol (500 mg cada 6

IMPORTANTE: La orientación sobre las alteraciones de las características del sangrado y otros efectos colaterales es fundamental para la satisfacción de las usuarias con el método.

horas), ácido acetilsalicílico (500 mg cada 6 horas) u otro analgésico.

-Investigue cualquier cefalea que empeore o que aparezca con el uso del parche.

- Dolor o sensibilidad mamaria: recomiéndele el uso de un sostén o corpiño

firme, incluso para actividades intensas o para dormir. Sugiera ibuprofeno (400 mg cada 6 horas), paracetamol (500 mg cada 6 horas), ácido acetilsalicílico (500 mg cada 6 horas) u otro analgésico. Considere medicamentos disponibles localmente.

CAPÍTULO II. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

IMPORTANTE: La inserción de DIU es una prestación obligatoria para los prestadores del SNIS. Su inserción sólo dará lugar, si corresponde, al pago del ticket por la consulta médica (no por su inserción) Ley 18.426

Así mismo:

Se debe promover el uso del doble método (doble protección), por lo cual podrán recibir también cuponeras para métodos de barrera (preservativo).

Definición

El Dispositivo Intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo de larga duración, reversible y de alta eficacia. Los primeros DIU eran de plástico o de metales inertes.

Actualmente, todos están constituidos de una matriz de plástico más un componente activo, sea metálico o liberador de hormonas, por lo cual toman la denominación de DIUs activos o medicados.

2.1. DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON COBRE (DIU)

Existen varios DIUs con cobre en el mercado mundial incluyendo, entre otros, la T-Cu 200 y la Nova T 200, el Multiload 250 y 375, pero actualmente el de mayor demanda es la **T-Cu-380A**. Este último es el más utilizado en Uruguay.

Este DIU, tiene la forma de una letra T mayúscula, hecho de un polietileno fino y flexible, impregnado de sulfato de bario para hacerlo opaco a rayos X. Mide 36 mm en sentido vertical y 32 mm en sentido horizontal. En su porción vertical tiene un alambre fino enrollado y en cada brazo horizontal un manguito de cobre. En total la superficie que libera el cobre es de 380 mm². En el extremo libre de la porción vertical tiene un pequeño bulbo perforado donde está anudado un mo-

nofilamento de polietileno de color blanco que deja una cola doble de 10,5 cm que, facilita identificar su posición y su extracción.

Debe ser insertado dentro de la cavidad uterina, por personal de salud debidamente capacitado, a través de un tubo plástico que pasa a través del canal cervical. El dispositivo, el tubo para inserción y el émbolo vienen en un sobre de plástico sellado y esterilizado.

El dispositivo debe ser montado en el tubo aplicador inmediatamente antes de la inserción, con técnica aséptica que evite su contaminación. Siempre hay que asegurarse que el producto esté dentro de su plazo de validez y el embalaje sellado esté intacto.

IMPORTANTE: El plazo de validez se refiere al plazo de validez de la esterilidad. Si hubiera necesidad de usar un DIU después del plazo de validez podría esterilizarse, sin abrir el embalaje. Considerando el valor muy bajo del DIU, este procedimiento no es recomendado.”

Mecanismo de acción

El DIU con cobre es anticonceptivo porque produce una reacción inflamatoria del endometrio, alterando profundamente la composición química y la cantidad de células en la cavidad uterina. Esta alteración de los fluidos en el canal genital de la mujer, incluyendo la cavidad de la trompa, es tóxica para los espermatozoides y para el óvulo, impidiendo la fertilización y la formación de embriones viables. La creencia, bastante difundida de que el mecanismo de acción del DIU es la destrucción de embriones antes de que se implanten no tiene ninguna sustentación científica. Los DIUs no son abortivos porque actúan impidiendo la fertilización del óvulo. La Orga-

nización Mundial de la Salud ha publicado declaraciones ratificando que el DIU con cobre actúa impidiendo la fecundación.

Quien quiera información detallada recomendamos leer el artículo citado, una de las revisiones más completas sobre el tema: Ortiz ME & Croxatto B, 2007.

Eficacia

Es un método de larga duración y muy eficaz: menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU en el primer año (6 a 8 por 1.000 mujeres). Esto significa que 992 a 994 de cada 1.000 mujeres que usan DIU no quedarán embarazadas en el primer año de uso.

Estudios clínicos bien controlados han mostrado que el riesgo de embarazarse con un DIU con cobre después de los 35 años es prácticamente nulo. En uno de ellos, realizado en la Universidad de Campiñas, no hubo ningún embarazo en 336 mujeres que siguieron usando el mismo DIU con cobre por un período de uno a seis años, después de completar diez años de uso y que tenían más de 35 años al completar los 10 años de uso. Actualmente en muchos servicios, con base en ese estudio y a la experiencia clínica, la recomendación es no cambiar el DIU si el período de 10 años de uso se completa cuando la mujer tiene 35 años o más.

Para mayor información, recomendamos el siguiente estudio, publicado en 2005, cuyo título, traducido al español es: La T con cobre 380 A: un método anticonceptivo reversible y permanente en mujeres con más de 35 años. (Bahamondes et al, 2005)

Después del primer año hay un riesgo muy bajo de embarazo. La tasa acumulada de embarazo a 10 años es de 2 embarazos por cada 100 mujeres.

Duración de la eficacia: Los estudios han mostrado que la TCU-380 A mantiene su eficacia por 12 años. Sin embargo, **la duración de uso oficialmente aprobada por el USFDA es de 10 años como consta en los folletos del fabricante. No se justifica su cambio antes de completar 10 años si la mujer desea continuar usando DIU.**

No hay demora del retorno de la fertilidad tras la remoción del DIU en mujeres que se lo retiran para embarazarse. La tasa de embarazo en el primer año después de la retirada de un DIU es igual que la observada después de la suspensión del uso de cualquier otro anticonceptivo reversible (el único anticonceptivo que produce una cierta demora de la recuperación de la fertilidad es el inyectable de progestágeno de uso trimestral).

Desempeño clínico

La tasa de continuación del DIU con cobre es de las más altas entre los métodos anticonceptivos reversibles. Estudios clínicos y encuestas de población muestran que un 80 a 85 % de las mujeres que eligieron el DIU con cobre todavía lo están usando después de un año y, más del 50 % lo continúan usando a los cinco años. Esta adherencia de uso es mucho más alta que con otros métodos reversibles. Por ejemplo, con la píldora, la mayoría

de los estudios muestran que no más del 50% la usan por más de un año. Las principales causas médicas o complicaciones que llevan a la retirada del DIU con cobre son el aumento en el sangrado menstrual y el dolor hipogastrio, responsables de la retirada del DIU en un 6 a 8 % en el primer año.

Otra causa médica de discontinuación de uso es la expulsión del DIU, que acontece en menos de 5 % de los casos. La frecuencia de expulsión es mayor en los tres primeros meses de uso, especialmente en la primera menstruación después de la inserción. Es por eso que se recomienda volver a control después de la primera menstruación para asegurarse que el DIU no fue expulsado. Las infecciones genitales son responsables por la retirada del DIU en 1 a 2 % en el primer año y el resto de las retiradas son por causas clasificadas como personales, incluyendo el deseo de embarazarse.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar el DIU con cobre?

Toda mujer que, después de la orientación, escoge usar el DIU con cobre y no está embarazada puede usarlo, siempre que no tenga alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (CME). Si la mujer presenta cualquiera de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 4 no debe usar DIU, porque su uso representa un riesgo inaceptable para la

CME- OMS
Condiciones clasificadas en categoría 4 para DIU con cobre (Criterios médicos de elegibilidad de OMS).
Enfermedad trofoblástica gestacional maligna o niveles aumentados persistentes de bHCG post parto o post aborto
Sepsis puerperal actual
Tuberculosis pélvica
Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea. Puede ser insertado después del tratamiento de la infección.
Enfermedad inflamatoria pélvica actual
Cavidad uterina distorsionada
Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina
Cáncer de endometrio
Cáncer cervical en espera de tratamiento
Metrorragia anormal de etiología desconocida
Inmediatamente después de un aborto séptico
Embarazo

salud. Solo podría usar el método si no hay otra opción disponible aceptable y embarazarse también represente un riesgo inaceptable para la salud.

Las listas a continuación aplican igualmente para mujeres adultas y adolescentes.

Si la usuaria presenta alguna de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 3 en los CME de la OMS, el DIU con cobre no es el método de primera elección. Las mujeres con

alguna condición en la categoría 3 deben ser advertidas de que el uso del DIU con cobre representa un riesgo de salud, que haría recomendable que escoja otro método para el cual la condición de salud no sea categoría 3 o 4. Si la mujer insiste en usar el método, porque las otras opciones no son aceptables para ella, hay que advertirle que debe realizar controles médicos frecuentes.

En general, una mujer con cualquiera de las afecciones arriba enumeradas no debería utilizar un DIU. Sin embargo, en

CME- OMS
Condiciones clasificadas en categoría 3 para DIU con cobre
> 48 horas y < 4 semanas post parto
Trombocitopenía severa
SIDA (en caso de estar clínicamente bien y tratada es categoría 2)
Cáncer de ovario
Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles bajos o indetectables de bHCG

circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado podrá evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer y decidir en conjunto con la usuaria, si puede utilizar DIU, asegurándose que tendrá acceso irrestricto a seguimiento.

En general, la presencia de dos condiciones categoría 3 equivale casi siempre a una categoría 4. Con dos condiciones 3, la decisión debe ser cuidadosamente evaluada.

Modo de uso

Técnica de inserción del DIU

El uso de una técnica de inserción adecuada, es fundamental para el buen desempeño clínico del método, disminuyendo el riesgo de infección, expulsión y perforación uterina. El profesional que inserta el DIU debe estar específicamente capacitado para realizar el procedimiento y utilizar la técnica de inserción recomendada.

Para la correcta inserción debe respetarse estrictamente la prevención de infec-

ciones, para ello es imprescindible en el proceso de inserción:

- Utilizar siempre instrumentos estériles o sometidos a desinfección de alto nivel
- Utilizar siempre un DIU pre-esterilizado nuevo, en su embalaje original que debe estar intacto
- Confirmar el plazo de validez que está impreso en el embalaje. Recordar que aunque se aplique el DIU algunos días antes del vencimiento, la duración de su efectividad será la misma: por lo menos 10 años.

Consideraciones previas

- La usuaria que, después de la orientación decide usar el DIU y no tiene condiciones médicas que hagan el método no recomendable (categoría 3 o 4 de los criterios médicos de elegibilidad) puede recibir el DIU, luego de firmar un consentimiento informado, que es requisito obligatorio en Uruguay (ver anexo).
- Explicar el procedimiento, para que la usuaria entienda todos los pasos de la

IMPORTANTE: Una usuaria puede iniciar el uso de DIU en cualquier momento que lo desee desde que exista una certeza razonable de que no está embarazada. Si no hay certeza de que no está embarazada es recomendable usar un método de barrera o abstenerse de tener relaciones sexuales vaginales hasta la próxima menstruación, cuando se podrá colocar el DIU.

inserción. Debe explicarse que, eventualmente, al realizar el examen ginecológico antes de la inserción o durante el procedimiento, se podría detectar una condición que contraindique su uso y, en ese caso, la inserción no será realizada.

- Explicar los posibles efectos colaterales y eventuales complicaciones

Inserción

- Con la paciente colocada cómodamente en posición de litotomía, practique un examen bi-manual para establecer el tamaño y la posición del útero.
- Inserte con cuidado un espéculo para visualizar el cuello uterino y descartar contraindicaciones genitales para el uso de DIU.
- Limpie a fondo el cuello uterino y la vagina con una solución antiséptica adecuada.
- Tome el labio anterior del cuello uterino con una pinza o tenáculo (idealmente

Pozzi) y aplique una tracción suave para alinear el canal cervical con la cavidad uterina. Si el útero está en retroversión, puede ser más adecuado tomar el labio posterior del cuello uterino. Tenga en cuenta que la pinza debe permanecer colocada durante todo el procedimiento de inserción para mantener una tracción suave sobre el cuello uterino.

- Inserte con cuidado una el histerómetro, verifique la permeabilidad del cuello uterino, luego prosiga a medir la profundidad de la cavidad uterina, confirmar su dirección y excluir la presencia de anomalías uterinas. Si encuentra estenosis cervical, use la dilatación, no la fuerza, para vencer la resistencia.
- El útero deberá explorarse a una profundidad de 6 a 10 cm. La inserción del DIU en la cavidad uterina inferior a 6 cm, puede aumentar la incidencia de expulsión, sangrado, dolor, perforación y, posiblemente embarazo.

IMPORTANTE: Ocasionalmente el cobre del filamento o de los manguitos puede perder el brillo y estar de un color más oscuro. Si no está vencido el plazo de validez y el embalaje está intacto, el DIU puede ser usado. El cambio de color no afecta la efectividad o el tiempo de duración de la misma.

- Preparar el DIU dentro del tubo de inserción, maniobrando con cuidado de no alterar la esterilidad del mismo.
- Proseguir a la colocación del DIU, en la cavidad uterina, teniendo en cuenta la profundidad de la misma previamente valorada con el histerómetro.
- Retirar la pinza de cuello, realizar hemostasis en el cuello uterino de ser necesario, retirar espejuelo.

Cuándo comenzar

Si la usuaria está menstruando espontáneamente y comienza el uso en los primeros 5 días del ciclo, no necesita ningún método de respaldo. Si ya han pasado más de 5 días del comienzo de la menstruación, puede recibir el DIU, pero necesita un método de respaldo por los primeros 7 días después de la inserción.

Si la usuaria está en amenorrea también puede colocarse el DIU en cualquier momento si hay certeza razonable de que no está embarazada pero debe usar un método de respaldo, por ejemplo condón o mantenerse en abstinencia por siete días.

Si la usuaria está usando como método anticonceptivo píldoras, parche, anillo, DIU con levonorgestrel o implante y desea cambiarse para el DIU con cobre debe colocarse el DIU inmediatamente y abandonar el

método que había elegido previamente. En el caso de parches, anillo vaginal o implantes, se puede insertar el DIU y suspender el uso del otro método una semana a diez días después. No precisa esperar la próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo. Si está dejando los inyectables, debe colocarse el DIU cuando le correspondería recibir la inyección. No precisa método de respaldo.

La usuaria puede iniciar el uso de DIU inmediatamente después de un parto, en los primeros dos días de puerperio o después de 30 días del parto. El DIU también puede ser colocado durante la operación cesárea. También puede ser colocado inmediatamente después de un aborto, espontáneo o provocado, desde que no sea un aborto séptico. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Seguimiento o control de las usuarias de DIU

Se recomienda una consulta de seguimiento después de la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas después de la colocación del DIU. Es importante porque las expulsiones, parciales o totales, ocurren generalmente en las primeras semanas.

Sin embargo no debe negarse el DIU a ninguna mujer porque le sea difícil o imposible concurrir a una consulta de control.

Para más detalles sobre la técnica de inserción recomendamos ver el video de Reprolatina, sobre inserción del DIU con cobre (<http://www.youtube.com/watch?v=fhgrgYnaa6s>)

IMPORTANTE: El MSP promueve el uso de la doble protección. Informe que el DIU no protege contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la “doble protección” y estimule su uso. Las instituciones deben asegurarse que las mujeres reciban también condones para el uso de doble protección

Después de ese primer control, la usuaria debe volver cuando tenga algún problema que pueda tener relación con el DIU. El servicio debe garantizar que las usuarias de DIU serán atendidas cuando busquen atención.

Además, se debe de instruidas sobre los síntoma o signo clínico de alarma y fomentar la consulta precoz.

Remoción del Dispositivo Intrauterino

Si la usuaria encuentra algunos efectos colaterales difíciles de tolerar, primero asesore sobre los problemas que tiene. Vea si prefiere intentar manejar esos problemas o si prefiere retirarse el DIU de inmediato.

En general es sencillo retirar el DIU. Puede hacerse en cualquier momento del mes. La remoción puede ser más sencilla

durante la menstruación, cuando el cuello está más blando. En casos de perforación uterina, o si la remoción no resulta sencilla, derive la usuaria a un centro referente, con experiencia, capaz de utilizar una técnica de remoción apropiada.

Efectos beneficiosos de su uso

Método de alta eficacia y larga duración. Evita el cambio frecuente lo que minimiza los efectos colaterales y posibles complicaciones que son más frecuentes en las primeras semanas o meses después de la inserción.

Inmediatamente reversible. La tasa de gravidez después de la retirada del DIU es la misma que la observada después de uso de métodos hormonales o de barrera.

Puede ser usado a cualquier edad y ser retirado después de la menopausia.

IMPORTANTE: La Salud Sexual y Reproductiva, es parte de la atención básica de salud. Es recomendable que las usuarias de DIU, como todas las mujeres, consulten por lo menos una vez por año en el servicio de salud para acciones de detección precoz y prevención de enfermedades. En estas consultas se hará el control clínico, exámenes para detección precoz de cáncer, vacunas y otras acciones de promoción de la salud (control ginecológico anual como parte del control integral de salud).

IMPORTANTE: Si la usuaria solicita retirar el DIU, independiente de las razones por las cuales lo haga, sean éstas médicas o personales, el proveedor no debe negar ni postergar la remoción del mismo. Todo el equipo debe comprender y aceptar que la usuaria no debe ser presionada a seguir utilizando un método anticonceptivo que no sea de su elección.

Efectos colaterales (frecuencia entre un 5 y un 15%)

Los efectos secundarios o colaterales más comunes durante el uso del DIU con cobre son:

- Alteraciones del ciclo menstrual, comunes en los primeros tres meses de uso que generalmente disminuyen bastante después de ese plazo.
- Sangrado menstrual prolongado y abundante.
- Sangrado como manchas (spotting) entre las menstruaciones.
- Dolores cólicos ocasionales o dismenorrea.

Efectos colaterales menos comunes, que se presentan en menos de un 5% de las usuarias:

- Dolor más o menos intenso durante el procedimiento de inserción que, a veces, se acompaña de sensación de fatiga o desmayo. El dolor puede durar tres a cinco días.
- Expulsión total o parcial que puede pasar inadvertida y coloca a la usuaria en riesgo de embarazarse.
- Sangrado menstrual muy abundante o sangrado entre las menstruaciones

que puede llevar a anemia. Era un síntoma común con los DIUs inertes, poco frecuente con DIUs con cobre y muy raro con DIU con hormonas.

Riesgos conocidos para la salud

- Perforación de la pared del útero durante la inserción. Es muy poco frecuente cuando el personal está capacitado (menos de una perforación por cada 1000 inserciones). Habitualmente se produce con el histerómetro. Si se detecta la perforación antes de insertar el DIU, el procedimiento se interrumpe. Si la perforación se detecta después de insertado el DIU debe ser removido inmediatamente. En los casos excepcionales en que la perforación no se detecta en el momento de la inserción y se diagnostica después, hay que retirar el DIU por la intervención menos agresiva posible dependiendo de la ubicación del DIU. Cuando está en la cavidad abdominal se recomienda la retirada por laparoscopia, si está disponible.
- Las usuarias de DIU que tienen una ITS tienen más riesgo de tener una enfermedad inflamatoria pélvica. Mujeres que no tienen ITS tienen un ries-

El efecto secundario más frecuente del DIU con cobre es el aumento del flujo menstrual, que puede o no ser una queja referida por la usuaria.

go ligeramente mayor de tener una enfermedad inflamatoria pélvica, comparado con las usuarias de métodos hormonales o de barrera. Este riesgo se concentra en las primeras semanas después de la inserción, especialmente en el primer mes, mostrando que el riesgo depende de la inserción, por falla en mantener la asepsia durante el procedimiento o por no haber diagnosticado una cervicitis preexistente (Farley et al, 1992).

Orientación y manejo de los efectos colaterales

Los problemas informados por la usuaria durante el uso del DIU, sean o no sean provocados por éste, afectan la satisfacción para con el método, a veces, son el motivo aducido por la usuaria para solicitar retirar el dispositivo. Siempre hay que prestar atención a las inquietudes planteadas, discutir las y orientar sobre cómo resolverlas. Eventualmente el problema puede requerir tratamiento.

Después de la orientación y de responder todas las preguntas, la mujer po-

drá decidir si continúa usando el método o solicita la extracción. El proveedor de salud debe respetar la decisión de la usuaria y no tratar de convencerla a no retirarse el DIU si ella así lo desea. Debe también ofrecerse otros métodos si desea continuar haciendo uso de anticoncepción e iniciar inmediatamente su uso. No es necesario un período de descanso antes de comenzar otro método.

- Genitorragia prolongada o profusa (el doble de lo habitual o más de 8 días), informe que muchas mujeres que utilizan DIU presentan genitorragia profusa o prolongada. No hace mal y en general se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso. Se puede lograr un discreto alivio con algún AINE, excepto ácido acetilsalicílico (puede aumentar el sangrado). Si es necesario, indique comprimidos de hierro y subraye la importancia de ingerir alimentos ricos en él. Si la genitorragia profusa o prolongada continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal o mucho tiempo después de colocado el DIU,

IMPORTANTE: La orientación sobre las alteraciones de las características del sangrado y otros efectos colaterales es fundamental para la satisfacción de las usuarias con el método.

asegúrese que no haya alguna patología subyacente no vinculada al uso del método. Si hay alguna causa no relacionada al DIU debe ser tratada.

Si la usuaria solicita retirar el DIU después de las explicaciones y/o tratamiento, ese pedido debe ser aceptado y se le debe ofrecer otro método si ella desea continuar evitando un embarazo.

- Genitorragia irregular que suele acontecer en momentos inesperados: Explíquese que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso. Se puede alcanzar un alivio modesto y breve con AINE, excepto ácido acetilsalicílico (puede aumentar el sangrado). Si la genitorragia irregular continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal, o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si usted sospecha que pueda haber otra causa que puede explicar la genitorragia, no relacionada al uso del método, refiérala a un servicio de ginecología para investigar el cuadro clínico.
- Dolor cólico o dolor abdominal continuo: puede esperarse ciertos dolores cólicos eventuales o dismenorrea los primeros días después de la inserción y en los primeros meses de uso. En general la intensidad y frecuencia de las molestias disminuye o desaparecen en los primeros seis meses. Pueden tratarse con ibuprofeno u otro AINE.

Si los cólicos continúan y/o aparecen fuera de la menstruación: evalúe buscando patologías subyacentes y trate o derive a la usuaria. Si no se encuentra ninguna patología subyacente y los cólicos son severos, considere la posibilidad de retirar el DIU.

- Dolor severo a nivel del hipogastrio: si la usuaria manifiesta dolor en el hipogastrio moderado o severo es fundamental hacer el diagnóstico etiológico y hay que descartar la posibilidad de una enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico y/o perforación uterina. Una vez confirmado el diagnóstico debe instituirse el tratamiento.

Enfermedad inflamatoria pélvica: debe tratarse la infección sin retirar el DIU.

Si la mujer solicita su remoción aun después de explicado que eso no es necesario, la solicitud debe ser atendida pero después de por lo menos dos días de tratamiento con antibióticos. Ante la mala evolución del tratamiento o la gravedad se puede evaluar su extracción. Proporcione control integral para las infecciones de transmisión sexual, incluyendo orientación sobre el uso de preservativo.

Embarazo ectópico: tratamiento habitualmente quirúrgico. El DIU debe ser removido. El embarazo ectópico es menos frecuente en la usuaria de DIU, pero ante un embarazo en una usuaria portadora de DIU, la posibilidad que sea ectópico es mayor.

Perforación uterina: si el DIU está en la cavidad abdominal debe ser retirado

IMPORTANTE: La remoción del DIU no mejora la evolución de la enfermedad inflamatoria pélvica pero, si la usuaria lo solicita, el pedido debe ser aceptado y debe brindarse además, orientación sobre el método anticonceptivo a utilizar posterior a la extracción de DIU, si ella así lo desea.

por laparoscopia o cirugía si la laparoscopia no está disponible. Si la perforación es parcial puede retirarse por histeroscopia.

Si no se confirma diagnóstico etiológico debe tratarse el dolor con analgésicos y discutir con la usuaria si se retira el DIU o se hace tratamiento con el dispositivo in situ.

- La pareja percibe los hilos del DIU durante las relaciones sexuales: explique que esto sucede a veces cuando se han cortado los hilos demasiado cortos. Si la pareja encuentra que le molestan, describa las opciones posibles: Se pueden cortar los hilos aún más, de modo que no asomen por el canal cervical. La pareja no los percibirá más, pero la usuaria no podrá controlar el DIU tocando con sus dedos para confirmar la presencia de los hilos. Si la usuaria desea tener la posibilidad de revisar los hilos, puede retirarse el DIU y colocarse uno nuevo. (para evitar molestias, los hilos deberían cortarse de modo que unos 3 centímetros sobresalgan del cérvix.)
- No están los hilos (sugiriendo un posible embarazo, perforación uterina, o expulsión):
 - Pregúntele a la usuaria:
 - Si vio salir el DIU y cuándo

- Cuándo notó los hilos por última vez
- Cuándo tuvo su última menstruación
- Si tiene síntomas de embarazo
- Si ha utilizado un método de respaldo desde que percibió que le faltaban los hilos.

Mantenga la calma, sea amable, comience siempre con procedimientos menores, poco agresivos y seguros.

Utilizando las pinzas, busque los hilos en los pliegues del canal cervical (cerca de la mitad de los hilos que no se ven pueden encontrarse en el canal cervical. Si no se pueden ubicar los hilos en el canal cervical, es que han subido al útero o que el DIU ha sido expulsado en forma inadvertida. Se debe hacer una ecografía para confirmar si el DIU está in situ. El hecho de que el DIU tiene sulfato de Bario sirve para detectar su posición cuando la ecografía no detecta el DIU dentro del útero, los rayos X pueden ser decisivos para definir el diagnóstico entre expulsión total o perforación con el DIU en la cavidad abdominal.

Derive a la paciente para su evaluación. Dele un método de respaldo para utilizar mientras tanto, por la posibilidad de que el DIU haya sido expulsado.

IMPORTANTE: Tiene que ser un DIU nuevo, nunca reinserte el mismo dispositivo que ha sido expulsado. Si la paciente no desea continuar utilizando un DIU, ayúdela a elegir otro método anticonceptivo.

- DIU con parte de su estructura visible al examen con espéculo (expulsión parcial): si el DIU está en la vagina o parte de él está fuera del útero debe ser retirado. Analice con la paciente si ella quiere otro DIU o un método diferente. Si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada.
- Percepción por parte de la usuaria de la expulsión del DIU: si la usuaria relata que el DIU se ha salido por completo, (en algunas oportunidades la usuaria puede traerlo). Analice si ella quiere otro DIU o un método diferente. Si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada.
Si se sospecha de una expulsión completa pero la paciente no percibió salida del DIU, haga una ecografía ginecológica o una eventual radiografía de abdomen para determinar si el DIU fue expulsado, si está en la pared del útero o en la cavidad abdominal. Recomiende el uso de un método de respaldo hasta que se confirme el diagnóstico.
- Sospecha de embarazo: confirme el diagnóstico por examen clínico con o sin exámenes de laboratorio y/o ecografía. Si confirma embarazo asegúrese que sea intra-cavitario.

Explique que la permanencia del DIU en el útero durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto espontáneo, inclusive infectado, parto prematuro y rotura prematura de membranas con infección ovular.

Retire el DIU si los hilos están al alcance para reducir los riesgos descritos. Si no se puede retirar tirando de los hilos no haga nada más, deje el DIU en el lugar y refiera a la usuaria a un servicio de control prenatal especializado y recomiende que inicie el control inmediatamente.

Si la usuaria no desea continuar el embarazo, asesórela de acuerdo a la normativa nacional actual, referente a la interrupción voluntaria del embarazo. (Ley N° 18.987).

- Sangrado vaginal inexplicado (que sugiere una patología médica no vinculada con el método):

Derive a la paciente o evalúela en base a los antecedentes y el examen pélvico. Diagnostique y trate si corresponde.

Puede seguir utilizando DIU mientras se evalúa su condición.

Si el sangrado es causado por una infección de transmisión sexual o por una enfermedad inflamatoria pélvica, la usuaria podrá seguir utilizando el DIU durante el tratamiento.

2.2. DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL (DIU-HORMONAL)

Definición

El dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG) es un dispositivo plástico en forma de T que libera constantemente pequeñas cantidades de levonorgestrel, por lo menos por cinco años. También se lo conoce como el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, SIU-LNG, o DIU hormonal. Es comercializado bajo la marca Mirena®.

Mecanismo de Acción

Funciona fundamentalmente evitando la proliferación del endometrio y también afecta el moco cervical haciéndolo espeso, viscoso, impidiendo la entrada de espermatozoides al útero.

Eficacia

Uno de los métodos de mayor eficacia y larga duración: menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU-LNG en el correr del primer año (2 por 1.000 mujeres). Esto significa que 998 de cada 1.000 mujeres que utilizan DIU-LNG no quedarán embarazadas. Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y el riesgo continúa por el tiempo que la mujer utilice el DIU-LNG.

Menos de una mujer de cada 100 (5 a 8 por mil) se embarazan en cinco años. El DIU-LNG está aprobado para ser utilizado por 5 años. Si la mujer así lo

desea, puede retirar y colocar un nuevo DIU con levonorgestrel el mismo día al completar cinco años.

La fertilidad retorna sin demora tras la interrupción del DIU con LNG.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar DIU con levonorgestrel?

Toda mujer que, después de la orientación, escoge usar el DIU con levonorgestrel y no está embarazada puede usarlo, siempre que no tenga alguna condición médica que haga que el método no sea recomendable en ese momento, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (CME). Si la mujer presenta cualquiera de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 4 no debe usar DIU con levonorgestrel, porque su uso representa un riesgo inaceptable para la salud. Solo podría usar el método si no hay otra opción disponible aceptable y embarazarse también represente un riesgo inaceptable para la salud.

Las listas a continuación aplican igualmente para mujeres adultas y adolescentes.

Si la mujer presenta alguna de las condiciones listadas en el cuadro que sigue, clasificadas como categoría 3 en los CME de la OMS, el DIU con levonorgestrel no es el método de primera elección. Las mujeres con alguna condición en la ca-

CME- OMS	
Condiciones clasificadas en categoría 4 para DIU con levonorgestrel (Criterios médicos de elegibilidad de OMS).	
	Tuberculosis pélvica
	Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea
	Enfermedad inflamatoria pélvica actual
	Cavidad uterina distorsionada
	Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina
	Cáncer de endometrio
	Cáncer de mama actual
	Cáncer cervical en espera de tratamiento
	Enfermedad trofoblástica gestacional maligna o niveles aumentados persistentes de bHCG
	Sangrado uterino anormal de etiología desconocida
	Sepsis puerperal
	Tuberculosis pélvica
	Inmediatamente después de un aborto séptico
	Embarazo

tegoría 3 deben ser advertidas de que el uso del DIU con levonorgestrel representa un riesgo de salud, que haría recomendable que escoja otro método para el cual la condición de salud no sea categoría 3 o 4. Si la mujer insiste en usar el método, porque las otras opciones no son aceptables para ella, hay que advertirle que debe realizar controles médicos frecuentes.

En general, una mujer con cualquiera de las afecciones arriba enumeradas no debería

utilizar un DIU. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado podrá evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la usuaria y decidir si puede utilizar el DIU, asegurándose que tendrá acceso irrestricto a seguimiento.

En general, la presencia de dos condiciones categoría 3 equivale casi siempre a una categoría 4. Con dos condiciones

CME- OMS
Condiciones clasificadas en categoría 3 para DIU con levonorgestrel (Criterios médicos de elegibilidad de OMS).
< 48 horas si está amamantando
> 48 horas y < 4 semanas del parto
TVP/TEP actual
Lupus con Anticuerpos antifosfolípidicos positivos o desconocidos
Cardiopatía isquémica
Migraña con aura en cualquier edad
Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles bajos o indetectables de bHCG
Cáncer de mama en el pasado y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años
Cáncer de ovario
Sida (categoría 2 si está clínicamente bien con tratamiento ARV)
Tuberculosis pélvica para continuación del uso
Cirrosis descompensada
Tumores del hígado benignos o malignos

3, la decisión debe ser cuidadosamente evaluada.

Modo de uso

Descripción del procedimiento de inserción del DIU:

La inserción tiene los mismos pasos que la inserción de la TCU 380^a hasta la colocación del histerómetro.

Luego se debe seguir las instrucciones del fabricante incluidas en el envase del dispositivo

Cuándo comenzar

Si la usuaria está menstruando espontáneamente y comienza el uso en los primeros 5 días del ciclo, no necesita ningún método de respaldo. Si ya han pasado más de 5 días del comienzo de la menstruación, puede recibir el DIU, pero necesita un método de respaldo por los primeros 7 días después de la inserción.

Si la usuaria está en amenorrea también puede colocarse el DIU en cualquier momento si hay certeza razonable de que no está embarazada pero debe usar un mé-

IMPORTANTE: Una mujer puede comenzar con el DIU-LNG en cualquier momento que lo desee si existe una razonable certeza de que no está embarazada.

todo de respaldo, por ejemplo condón o mantenerse en abstinencia por siete días.

Si la usuaria utiliza como método píldoras, parche, anillo, DIU con cobre o implante y desea cambiarse para el DIU con levonorgestrel debe colocarse este DIU inmediatamente y detener el uso del método que había elegido previamente. En el caso de parches, anillo vaginal o implantes, se puede insertar el DIU con levonorgestrel y suspender el uso del otro método una semana a diez días después. No precisa esperar la próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo. Si está dejando los inyectables, debe colocarse el DIU cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección o antes. No precisa método de respaldo.

La usuaria puede iniciar el uso de DIU con levonorgestrel 4 semanas después del parto. También puede ser colocado inmediatamente después de un aborto, espontáneo o provocado, desde que no sea un aborto séptico. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Lactancia

Menos de 6 meses después del parto:

Si el parto fue hace menos de 4 semanas, postergue la colocación hasta, por lo menos, 4 semanas después del parto.

Si la menstruación no ha vuelto, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses. No necesita un método de respaldo.

Si la menstruación ha vuelto, puede comenzar con el DIU-LNG del modo señalado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- Anemia por deficiencia de hierro

Puede ayudar a proteger contra:

- Enfermedad Inflamatoria Pélvica

Reduce:

- Dismenorrea
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)

Efectos colaterales (algunas usuarias pueden manifiestan)

- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo:
 - Genitorragia más leve y de menos días
 - Genitorragia infrecuente
 - Genitorragia irregular

- Amenorrea
- Genitorragia prolongada

- Acné
- Cefaleas
- Dolor o sensibilidad mamaria
- Náuseas
- Aumento de peso
- Mareos
- Cambios de humor

Otros posibles cambios físicos:

- Quistes ováricos

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Complicaciones

Raras:

- Perforación de la pared del útero por el DIU-LNG o un instrumento utilizado para su colocación. Generalmente cicatriza sin tratamiento.

Muy raras:

- Aborto espontáneo, parto prematuro o infección en los casos en que la mujer quede embarazada utilizando el DIU-LNG colocado en su lugar.

Orientación sobre los efectos colaterales

Describa los efectos colaterales más comunes y asesore sobre los mismos: en general, los cambios en el sangrado menstrual no son signos de enfermedad. Habitualmente tienden a disminuir después de los primeros meses de la colocación.

La usuaria puede volver a consultar si le preocupan los efectos colaterales.

103

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

CAPÍTULO III. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES (QUIRÚRGICOS)

IMPORTANTE: La esterilización quirúrgica femenina y masculina son prestaciones obligatorias para los prestadores del SNIS. El único requisito es el consentimiento válido por parte del usuario, independientemente de su edad.

Los métodos anticonceptivos permanentes, también conocidos como métodos quirúrgicos son métodos que, después de realizado el acto quirúrgico, respetado un período de espera en el caso de la vasectomía en el hombre, la persona deja de ser capaz de concebir en forma natural el resto de la vida, si no realiza alguna otra operación para recuperar la fertilidad. Por eso, no se aconseja usar el término métodos irreversibles porque pueden ser revertidos

con un nuevo procedimiento quirúrgico que, en general, es más complicado que la cirugía original, más caro y, muy importante advertirlo, no garantiza el resultado.

Debido a que el efecto anticonceptivo es permanente y que los procedimientos para recuperar la fertilidad no dan garantía de éxito, estos métodos deberán ser adoptados solo por personas que no deseen tener hijos ahora ni en el futuro.

3.1. MÉTODO PERMANENTE PARA LA MUJER ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

Definición

La esterilización femenina es un procedimiento que ofrece protección anticonceptiva de alta eficacia para toda la vida mediante la oclusión de la permeabilidad tubaria.

Mecanismo de acción

Al interrumpirse la permeabilidad de la trompa se impide el encuentro del óvulo con el espermatozoide, consecuentemente, impidiendo la fecundación.

La esterilización femenina actúa solo por ese mecanismo físico de interrumpir el encuentro de los gametos y no produce ningún efecto sistémico en la mujer.

Eficacia

La tasa de embarazo después de la esterilización femenina es muy baja, del orden de 5 embarazos por cada 1.000 mujeres en el primer año después de la operación. Posterior al mismo persiste, aunque muy bajo, un cierto riesgo de embarazo, La tasa acumulada

Se han publicado algunos estudios utilizando técnicas no quirúrgicas para realizar la esterilización femenina pero, en la práctica, esterilización femenina es sinónimo de esterilización quirúrgica, realizada por laparotomía o laparoscopia.

de embarazo hasta el fin de la edad reproductiva es del orden de 2 de cada 100 mujeres. La eficacia depende, en cierto grado, de la técnica utilizada. Considerando solo la técnica de Pomeroy, tal vez la más utilizada, la tasa de embarazo es menor de 2%.

Por ser un método permanente, la fertilidad no se recupera espontáneamente porque el método permanece siempre activo. En el caso que la mujer tenga deseos de tener otro hijo y si se somete a una operación para recanalizar las trompas, el éxito, o sea, conseguir tener un nacido vivo, dependerá de la técnica usada en la esterilización y en la re-operación, del tiempo pasado después de la cirugía y de la edad de la mujer. No hay datos sobre estudios bien controlados con números suficientemente grandes para tener una estimativa precisa del pronóstico de las re-operaciones para recuperar la fertilidad, pero el porcentaje de éxito en cinco años no pasa de 70 % en clínicas que usan técnicas de microcirugía y, en promedio, no debe sobrepasar el 50 % la proporción de mujeres que consiguen tener un hijo vivo después de una re-operación.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar la esterilización femenina?

Según la disposición legal vigente en Uruguay, toda mujer que lo solicite, capaz de

emitir un consentimiento informado válido tiene derecho a ser operada. No se necesita el consentimiento de una tercera persona.

Las mujeres pueden ser operadas en el período posparto o posaborto desde que no haya una infección activa.

No hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la ligadura tubaria como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.

La siguiente clasificación de las condiciones considerando cuatro categorías diferentes, está basada en una revisión de la evidencia epidemiológica y clínica pertinente a la elegibilidad médica:

- **Aceptable:** no hay razones médicas para negar la ligadura tubaria a una persona en esta condición.
- **Cuidado:** El procedimiento normalmente se realiza en un ámbito de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
- **Retrasar:** el procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida.
- **Especial:** el procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanos/as y personal experimentado, el equi-

Las mujeres VIH+ o con Sida pueden ser operadas, si así lo desean pero nunca inducidas coercitivamente a aceptar la operación.

Las mujeres VIH+ deben saber que la ligadura no evita que ellas puedan seguir transmitiendo el VIH y deben ser orientadas a continuar usando preservativos para evitar también la transmisión de otras ITS.

po necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo.

Es de fundamental importancia asegurar que la mujer tome la decisión después de haber recibido toda la información sobre el método y haber sido orientada adecuadamente. Hay que recordar siempre que la decisión debe ser libre e informada, nunca bajo coacción.

La orientación debe cubrir los seis puntos fundamentales de la orientación para esterilización quirúrgica. En Uruguay, bajo la legislación vigente que rige el decreto n°258/992, se requiere el Libre Consentimiento Informado. Es por ello que, cumpliendo con dichos requerimientos, para realizar la intervención solamente es necesaria la solicitud escrita de la persona en cuestión (ver anexo).

Los seis puntos fundamentales de la orientación para esterilización son:

1. La mujer puede escoger un método reversible de alta eficacia en vez de la cirugía.
2. Explicar que la esterilización implica una operación y consecuentemente, riesgos por la operación y por la anestesia, que

tienen una frecuencia muy baja pero que pueden, eventualmente ser graves.

3. Hay que explicar claramente los riesgos y los beneficios.
4. La eficacia es muy alta y lo más probable es que no se embarazará nunca más, pero no es 100% eficaz.
5. El procedimiento es permanente y no se pueden dar garantías de que se pueda revertir con otro procedimiento u otra operación.
6. La mujer puede decidir desistir de la operación, en cualquier momento antes de realizarla, sin que eso le traiga ningún perjuicio para su atención futura en el SNIS.

¿Cuándo se puede realizar la esterilización quirúrgica?

Si hay certeza razonable de que no esté embarazada, en cualquier momento de su vida reproductiva incluyendo:

- Durante la operación cesárea
- Inmediatamente después de un parto normal o después de los 42 días del mismo
- Luego de un aborto no infectado

Cuidado
El procedimiento normalmente se realiza en un ámbito de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales
Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (EIPA) después del último embarazo
Miomas uterinos
Antecedentes de cirugía abdominal o pélvica
Cáncer de mama
Hipertensión arterial controlada
Hipertensión leve (140/90 a 159/99)
Antecedentes de accidente cerebro-vascular o cardiopatía sin complicaciones
Epilepsia
Diabetes sin lesión arterial
Hipotiroidismo
Cirrosis hepática leve, tumores de hígado
Desnutrición severa
Nefropatía
Talasemia
Hernia diafragmática
Anemia falciforme
Anemia ferropénica moderada
Esquistosomiasis
Obesidad extrema

Retrasar
El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida
Está entre siete y 42 días posparto
Enfermedad trofoblástica maligna
Cáncer en la pelvis
Cervicitis purulenta por gonorrea o clamidia
Enfermedad inflamatoria pélvica
Período posparto después de un embarazo con pre-eclampsia severa o eclampsia
Sangrado vaginal inexplicado
Infección o lesiones traumáticas posparto o posaborto
Cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial
Trombosis venosa profunda de miembros inferiores o antecedentes de embolia pulmonar
Patología sintomática de la vesícula biliar
Hepatitis viral activa
Anemia ferropénica severa
Patología pulmonar
Infección sistémica o gastrointestinal
Infección cutánea abdominal
Tuvo una cirugía con reposo prolongado recientemente

IMPORTANTE: En nuestro país la esterilización tubaria se realiza en un ambiente quirúrgico, por personal capacitado para ofrecer una anestesia y cirugía de calidad. La ligadura tubaria por laparoscopia, cuando está disponible, se considera el proceso estándar.

Si no hay una razón médica para posponerla, la esterilización puede ser realizada en cualquier momento, cuando la mujer lo desee, siempre que haya certeza razonable de que no esté embarazada.

Especial
El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanos/as y personal experimentados, el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo
Sida
Útero fijo por cirugías o infecciones previas
Endometriosis
Hernia de pared abdominal o umbilical
Rotura o perforación uterina posparto o posaborto
Coexistencia de varias condiciones, tales como edad avanzada, fumadora, hipertensión o diabetes, porque la conjunción de esas patologías aumenta el riesgo de accidente cerebro-vascular.
Hipertensión arterial moderada o severa (160/100mmHg o más)
Diabetes de más de 20 años de evolución o con daño arterial comprobado y/o daño renal, retiniano o del o sistema nervioso provocado por la diabetes
Tuberculosis pelviana
Patología pulmonar crónica
Valvulopatía complicada
Cirrosis hepática severa
Hipertiroidismo
Trastornos de coagulación

IMPORTANTE: El MSP promueve el uso de la “doble protección”. Informe que los métodos permanentes no protegen contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la “doble protección” y estimule su uso.

Vía de abordaje

- Laparoscopia: técnica que no necesita una laparotomía y permite una rápida recuperación. Está indicada en mujeres fuera del ciclo gravídico puerperal.
- Laparotomía: cuando se hace durante la cesárea o en mujeres fuera del ciclo gravídico por una operación electiva, específica (Mini laparotomía infra-umbilical: especialmente indicada en la esterilización posparto. Mini laparotomía supra-púbica: en mujeres posaborto y fuera del ciclo gravídico) o por otra indicación (ooforectomía parcial, miomectomía, etc.).
- Vía vaginal: prácticamente en desuso actualmente.

110

Técnicas de oclusión tubaria

- Ligadura y sección de ambas trompas (es la técnica más utilizada)
- Cauterización o fulguración eléctrica unipolar o bipolar (realizada por laparoscopia; actualmente se prefiere la bipolar por tener menos riesgo)
- Colocación de anillos elásticos con un dispositivo especial por vía laparoscópica
- Colocación de clips, también por vía laparoscopia

Todas las técnicas presentan una alta eficacia y tasas de complicaciones muy bajas cuando son realizadas por personal capacitado. Grandes estudios muestran

que la técnica tradicional de ligadura y sección de las trompas (técnica de Pomeroy), por laparotomía o minilaparotomía es la técnica con menor índice de falla.

Efectos beneficiosos conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica y podría tener un efecto protector contra el cáncer de ovario

Efectos colaterales

La esterilización no tiene efectos colaterales una vez que se completa el proceso de recuperación post-operatorio. Es muy importante que la mujer entienda que la operación no cambiará en nada su ciclo menstrual, otros síntomas ginecológicos ni afectará la edad en que llegará la menopausia. Igualmente, la operación no la protegerá de nada que no sea el embarazo.

Aunque sea redundante, es bueno informar a la usuaria que la operación:

- No debilita a la mujer
- No provoca dolor de espalda o del abdomen
- No se extirpa ningún órgano ni aumenta las chances de tener que retirar el útero después
- No provoca desequilibrio hormonal
- No provoca alteraciones del peso corporal

También se han desarrollado otras técnicas quirúrgicas con el objetivo de reducir aun más el índice de falla. No hay evaluaciones con número suficiente para poder asegurar si representan o no una ventaja sobre la técnica de Pomeroy.

Riesgos conocidos para la Salud

Los únicos riesgos para la salud están relacionados al acto quirúrgico y la anestesia.

Las complicaciones de la cirugía son muy poco frecuentes y, en general, se recu-

peran rápidamente. La más común es la infección de la herida operatoria que, en general es fácil de tratar. También podrían haber complicaciones de la anestesia, por lo cual, siempre que sea posible, debe preferirse la anestesia epidural.

3.2.MÉTODO PERMANENTE PARA EL HOMBRE VASECTOMÍA

Definición

La vasectomía es un procedimiento que ofrece protección anticonceptiva de alta eficacia para toda la vida del hombre.

Mecanismo de acción

Al interrumpirse la permeabilidad del conducto deferente, que permite que los espermatozoides producidos en los testículos lleguen a las vesículas seminales, tres meses después de la cirugía, el semen eyaculado por el hombre estará constituido por secreción de las vesículas seminales y de la próstata sin espermatozoides, evitando la fecundación y ulterior embarazo.

La vasectomía actúa solamente por ese mecanismo físico de interrumpir la llegada de los espermatozoides a los genitales de la mujer y no produce ningún efecto sistémico en el hombre.

Eficacia

Es importante recordar, especialmente en el momento de orientar a los hombres o parejas que están considerando adoptar este método, que no existen métodos que sean 100% efectivos, o sea, que nunca fallen. La tasa de embarazo después de la vasectomía es muy baja, del orden de dos a tres embarazos por cada 1000 mujeres que tienen relaciones solo con un hombre que se ha sometido a la vasectomía, en el primer año. Después del primer año persiste un cierto riesgo, muy bajo, de embarazo. La tasa acumulada de embarazo hasta el fin de la edad reproductiva es del orden de 2 de cada 100 mujeres.

La eficacia depende, en cierto grado, de la técnica utilizada y del uso de anticoncepción adicional durante los tres primeros meses después de la operación. La vasectomía no es efectiva inmediatamen-

Se han publicado algunos estudios utilizando técnicas no quirúrgicas para realizar la vasectomía pero, en la práctica, vasectomía es un procedimiento quirúrgico.

te después de realizada la cirugía porque aunque el canal deferente haya sido bloqueado, los espermatozoides que ya pasaron el lugar donde se interrumpió el canal, pueden permanecer en la porción distal del deferente y en las vesículas seminales, conservando su capacidad fecundante hasta por tres meses.

Por eso se recomienda que, durante tres meses después de la operación, el hombre use preservativo en todas las relaciones y/o la mujer use un anticonceptivo eficaz.

112

Esta recomendación es muy importante, porque una proporción alta de las fallas del método se debe a la falta de uso de un método adicional durante los primeros tres meses.

Por ser un método permanente, la fertilidad no se recupera espontáneamente porque el método permanece siempre activo. En el caso que el hombre desee y/o necesite recuperar la fertilidad, se puede someter a una operación para recanalizar los deferentes.

Hay pocos estudios bien controlados sobre recuperación de la fertilidad después de procedimientos quirúrgicos que alteraron la permeabilidad de los deferentes. La tasa de éxito físico, o sea, la recuperación de la permeabilidad de los deferen-

tes es muy alta, llegando a 90% o más. Sin embargo, la tasa de embarazo natural después de la operación es del orden de 40%. Este porcentaje aumenta a más de 50% agregando los embarazos conseguidos con técnicas de fertilización asistida. La tasa de embarazo depende fundamentalmente de la técnica de la cirugía, del tiempo pasado desde la vasectomía y de la edad de la mujer. (Van Dongen, Teckle & van Roijen, 2012).

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar la vasectomía?

Después de adecuada orientación, cualquier hombre puede optar por este método.

En Uruguay, todos los hombres tienen derecho a optar por la vasectomía, independientemente de su edad, estado civil y haber tenido o no hijos.

No hay ninguna patología médica que signifique impedimento para realizar la vasectomía (no hay condiciones en la categoría 3 o 4 de los CME)

Se debe de investigar sobre los aspectos que se detallan adelante, para determinar si el usuario, tiene alguna condición de salud que pueda hacer no recomendable algún tipo de operación o alguna anestesia en ese caso se procederá con **cautela**. También podrían detectarse con-

diciones que hagan recomendable posponer la operación **demora** o realizarla en un hospital con un centro quirúrgico bien equipado y con unidad de tratamiento intensivo **cuidados especiales**.

Se recomienda actuar con **cautela** si tiene o ha tenido:

- Lesión escrotal previa
- Varicocele o hidrocele
- Testículo no descendido
- Diabetes
- Depresión
- Es muy joven (menos de 25 años)

Se recomienda una **demora**, en la operación si existe alguna de las siguientes condiciones:

- ITS activa
- Inflamación del pene, cordón espermático o testículos
- Infección cutánea del escroto
- Infección sistémica o gastroenteritis
- Filariasis o elefantiasis

Haga preparativos o **tenga cuidados especiales** en caso de:

- Hernia inguinal
- Testículos no descendidos de ambos lados
- Sida
- Trastornos de la coagulación

Realización de la vasectomía

La vasectomía puede ser realizada en cualquier momento si no hay una razón médica para postergarla.

Es muy importante que el hombre sea muy bien orientado por el personal de salud para asegurarse que el tome una decisión libre e informada. La decisión libre e informada es fundamental para disminuir las posibilidades de que el hombre se arrepienta de haberse operado.

Eso incluye que sean discutidos los siguientes seis puntos:

1. Recordar que hay varias alternativas de métodos anticonceptivos de alta eficacia y no permanentes.
2. Discutir el procedimiento quirúrgico, que es una cirugía menor, que se puede hacer en forma ambulatoria bajo adecuadas condiciones quirúrgicas, pero no está completamente exento

Hombres VIH+ o con Sida: pueden ser operados, si así lo desean pero nunca inducidos coercitivamente a aceptar la operación.

Los hombres VIH+ deben saber que la vasectomía no evita que ellos puedan seguir transmitiendo el VIH y deben ser orientados a continuar usando preservativos para evitar también la transmisión de otras ITS.

de riesgos, aunque la frecuencia de complicaciones operatorias sea mínima.

3. Discutir los beneficios y los riesgos para que el hombre los entienda muy bien.
4. Explicar que el método es muy eficaz, pero que no es efectivo en el 100% de los casos. No hay ningún método que sea absolutamente eficaz para evitar el embarazo, o sea, que nunca falle.
5. Discutir que el método es permanente, o sea, el hombre no tendrá más hijos a menos que se haga otra operación para recuperar la fertilidad. La operación para recuperar la fertilidad es un procedimiento más complicado que la vasectomía y tiene éxito en aproximadamente 40 % de las veces (con técnicas de fertilización asistida ese porcentaje puede aumentar a más de 50 %).
6. El proveedor debe asegurar que el hombre sepa que puede desistir de su decisión de operarse en cualquier momento, sin que eso signifique perder el derecho a ser atendido en el SNIS. Eso es fundamental para evitar que el hombre se sienta obligado a realizar el procedimiento cuando ya ha realizado alguno de los pasos preparatorios.

Técnicas de vasectomía

Actualmente hay consenso en recomendar la vasectomía sin bisturí como el procedimiento de elección.

El hombre no necesita ser hospitalizado para ser operado. El procedimiento se realiza en un servicio de cirugía ambulatoria, con anestesia local. Después de la operación, el hombre debe quedarse en reposo en la clínica por 30 minutos a una hora y después se otorga el alta a domicilio.

Vasectomía sin bisturí:

- Se usa una punción para hacer anestesia local.
- Con una pinza con punta aguzada se hace una punción en el escroto (en rafe).
- A través de esa única incisión muy pequeña se realiza la ligadura y sección de ambos conductos deferentes.
- Después de ligar los deferentes se coloca un parche adhesivo sobre la incisión. No es necesario dar puntos de sutura.

Cuidados post-operatorios:

- Puede tomar analgésicos si hay necesidad
- Hielo en el escroto en las primeras horas puede disminuir el edema y el dolor después de la operación
- Es recomendable, pero no obligatorio hacer reposo relativo por dos días

IMPORTANTE: El MSP promueve el uso de la “doble protección”. Informe que los métodos permanentes no protegen contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la “doble protección” y estimule su uso.

- Retirar el parche adhesivo a los tres días y mantener la región limpia y seca
- Recomiende usar calzoncillos ajustados los primeros días para sostener el escroto
- Abstenerse de tener relaciones sexuales por tres días

Asegure que el usuario sepa que será bienvenido en la clínica en cualquier momento en que él necesite, por sentir molestias o necesitar resolver dudas.

Especifique que debe volver en caso que sienta dolor que persiste después de tres días, aumento de volumen, hemorragia o secreción purulenta saliendo por la punción.

Pida que al usuario que vuelva a los tres meses para control, alta y realizar esper-

mograma si hay disponibilidad del examen y el hombre acepta realizarlo.

Beneficios conocidos para la salud

Además de la protección de alta eficacia contra el embarazo, la vasectomía no ofrece beneficios adicionales.

Efectos colaterales

La vasectomía no tiene efectos colaterales una vez que se completa el proceso de recuperación post-operatorio. Es muy importante que el hombre y su pareja entiendan que la operación no cambiará en nada el desempeño sexual del usuario. Inclusive, se debe detallar, que no cambiará la cantidad ni el aspecto del semen después de la operación. Igualmente, la operación no protege de otras enfermedades, incluyendo las ITS y el VIH.

IMPORTANTE: El usuario debe usar preservativo o un método anticonceptivo eficaz durante tres meses después de la operación. El hombre puede tener espermatozoides fecundantes en el semen hasta tres meses después de la operación.

Solo después de tres meses se puede mantener relaciones sexuales sin anticoncepción adicional. Si hay disponibilidad se recomienda hacer un espermograma, al completar tres meses de la operación, antes de mantener relaciones sexuales sin protección, para garantizar que el semen no contiene espermatozoides. Recomiende usar siempre preservativo para evitar riesgo de ITS.

Aunque sea redundante, es bueno informar al usuario que la operación:

- No debilita al hombre
- No provoca dolores o falta de capacidad física
- No previene de otras enfermedades
- No provoca desequilibrio hormonal en el hombre
- No altera el deseo, ni el desempeño sexual

Riesgos para la salud

Los únicos riesgos para la salud están relacionados al acto quirúrgico y la anestesia.

Las complicaciones de la cirugía son muy poco frecuentes y, en general, se recuperan rápidamente. Puede haber dolor tipo congestión durante los primeros días o semanas. Infección o hemorragia post-operatoria son excepcionales y de fácil tratamiento. La anestesia es local y no hay riesgos salvo eventual reacción alérgica al anestésico.

CAPITULO IV - MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

4. MÉTODOS DE BARRERA PRESERVATIVO FEMENINO- PRESERVATIVO MASCULINO- DOBLE PROTECCIÓN

IMPORTANTE: Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, deben brindar, en forma obligatoria, los preservativos masculinos a todas las usuarias que lo soliciten, contra el pago de una tasa moderadora establecida por el poder ejecutivo. Se debe entregar una cuponera que asegure recibir el suministro, durante un año, de 15 preservativos por mes. Durante dicho período no se requiere nueva indicación médica o receta. El MSP promueve el uso de la doble protección y la entrega de preservativos puede acompañar la provisión de otro método. Los servicios deberán garantizar que las mujeres reciban los métodos de tres en tres meses.

Ley 18.426

117

Los métodos anticonceptivos de barrera reciben ese nombre porque protegen contra el embarazo actuando como una barrera física o química para evitar que los espermatozoides consigan llegar hasta el óvulo y lo fecunden. Asimismo, en diferentes grados, han demostrado que protegen contra algunas de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH. **El condón, tanto masculino, como femenino, es el único método que además del efecto anticonceptivo, protege contra la infección por VIH y otras ITS, lo que llamamos, “doble protección”.**

En Uruguay los métodos de barrera disponibles son los preservativos masculinos y femeninos. Por mayor información sobre

los otros métodos de barrera (capuchón, diafragma, espermicida) se recomienda consultar al manual para proveedores de la OMS.

Eficacia

La eficacia de estos métodos, que deben ser utilizados en cada relación, depende de la calidad del producto y, fundamentalmente, de la manera como se usan. Por eso, como se describe a continuación, la eficacia cuando se *usan de manera correcta*, en estudios clínicos bien controlados, es bastante más alta que la observada en el *uso habitual* en la población.

Al suspender el uso de estos métodos la fertilidad se recupera sin demora.

4.1. PRESERVATIVO MASCULINO DE LÁTEX

Definición

Son fundas elásticas, finas y resistentes, que se adaptan a la forma del pene, cuando son colocados, con éste erecto. También se les conoce como condones, profilácticos y forros. La población también se refiere a ellos con el nombre de alguna marca que sea popular en el país.

Los condones se entregan en embalajes individuales sellados, con la fecha de validez impresa en el embalaje y la mayoría de ellos vienen con lubricante. Las marcas lubricadas deben ser preferidas porque la lubricación disminuye el riesgo de rotura.

Mecanismo de acción

Su efecto anticonceptivo se debe a que impiden que los espermatozoides contenidos en el semen entren en contacto con la vagina y entren al útero de la mujer, impidiendo la fecundación.

Eficacia

Depende del usuario. La eficacia máxima se obtiene cuando se usa un condón nuevo, de buena calidad, en todas las relaciones sexuales, colocando el condón antes de cualquier contacto del pene con los genitales.

La tasa de embarazo en uso correcto y consistente es de 2 embarazos por cada 100 parejas en un año y en uso común, 15 %.

Protección contra VIH y otras ITS:

- Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con el VIH cuando se los usa correctamente, con cada acto sexual. Disminuyen del 80% a 95% los casos de transmisión del VIH que habrían ocurrido sin usarlos.
- Los condones **también reducen el riesgo de contagio de otras ITS** cuando se los usa consistente y correctamente. Protegen más eficientemente de infecciones que se transmiten por el semen y las secreciones cérvico- vaginales (VIH, sífilis, gonorrea y clamidia).
- También protegen contra la diseminación de ITS a través del contacto cutáneo, piel a piel, como es el caso del herpes y el virus del papiloma humano, pero la protección no es tan eficaz.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar preservativo masculino?

Todos los hombres y mujeres pueden usar condones masculinos con seguridad, excepto: los hombres o sus parejas que presentan una reacción alérgica severa al látex, que es muy poco frecuente.

Cuándo comenzar

En cualquier momento que el usuario lo desee.

IMPORTANTE: Siempre que sea posible, muestre a los usuarios cómo debe colocarse el condón, explicando, en detalle, todos los pasos del procedimiento. No presuponga que el hombre sepa hacerlo. A veces es la mujer quien los recibe y hay que explicar a ella. De preferencia, use un modelo de pene para hacer la demostración del uso

5-Pasos básicos del uso de un condón Masculino:

1. Utilice un condón nuevo para cada acto sexual.
2. Coloque el condón en el pene erecto antes de cualquier contacto entre el pene y la vulva, vagina, ano o boca.
3. Colóquelo en la punta del pene erecto con el lado enrollado para fuera y desenróllelo hasta la base del pene.
4. Después de la eyaculación, sostenga el condón en su lugar, apretando en la base del pene y, sin soltarlo, retire el pene de la vagina, ano u boca.
5. Retire el condón del pene, cuidando de no salpicar semen, anúdelo y deséchelo a un depósito de basura.

Detalles importantes que no debe olvidar:

1. Revisar el envase del condón, no utilizar en caso de que el paquete este roto o dañado. Evitar utilizar un condón vencido. Su uso solo se justifica si no dispone de otro.
2. Abrir el envase cuidadosamente, no utilice uñas, dientes, ni nada que pueda dañar el condón.
3. El condón debe desenrollarse con facilidad, no forzarlo, para evitar daños o roturas.

4. Si el condón no se desenrolla con facilidad, podría estar al revés, dañado o vencido. En estos casos, lo indicado es desecharlo y utilizar uno nuevo.
5. En caso de estar al revés, hay que retirarlo y colocarlo por el lado correcto.

Apoyo al usuario

1. Asegúrese que el/la usuario comprendió bien como se usa.
2. Pregunte al usuario/a cuántos condones va a necesitar hasta que vuelva. En caso necesario se pueden entregar mayor número de condones a lo establecido por el MSP.
3. Explique por qué es importante usar un condón nuevo en cada acto sexual.
4. Explique el papel de la anticoncepción de emergencia en los casos que el condón se rompa o se salga del lugar.
5. Para evitar que el preservativo se rompa, recomendar:
 - Nunca desenrollar el condón antes de aplicarlo sobre el pene. Debe desenrollarse sobre el pene.
 - Nunca utilizar lubricantes oleosos (solo use lubricantes a base de agua).
 - No utilizar un condón que esté reseco o pegajoso.
 - Nunca reutilizar un condón

IMPORTANTE: La lubricación es importante para la satisfacción con el uso del condón y disminuye el riesgo de que se rompa. La mayoría de los condones vienen embalados con lubricantes. En caso que no tenga condones lubricados o la lubricación sea insuficiente, puede lubricarlo con secreciones vaginales, agua o saliva, o con productos lubricantes de glicerina o silicona. No hay que aplicar los lubricantes en el pene, ya que puede hacer que se deslice el condón y se salga. Nunca use lubricantes oleosos porque pueden dañar el látex (eso incluye aceites de cualquier tipo, vaselina, cremas frías, margarina, etc.)

Evitar la penetración vaginal después de la penetración anal con el mismo condón, porque puede transferir bacterias del recto a la vagina y producir una infección genital.

Manejo de problemas con condón masculinos

- Los problemas pueden o no, ser debidos al método.
- Los problemas con los condones afectan la satisfacción de los usuarios y el uso del método. El proveedor tiene que prestarle atención, escuchar sus inquietudes y orientar.
- Ofrezca al usuario/a su ayuda para elegir otro método si él o ella, manifiestan no adaptarse al uso del condón.
- Algunos usuarios pueden referir que el condón se calienta y/o reseca durante la relación, provocando sensación de irritación en la mujer y sensación de constricción del pene en el hombre. Si esto acontece, recomiende usar lubricación adicional y si el problema es frecuente, recomiende cambiar la marca.

- Discutir los malentendidos sobre el uso del condón:
 - No provoca esterilidad, impotencia ni debilidad en el usuario.
 - No disminuyen el deseo sexual en el varón.
 - No se pueden “perder” en el cuerpo de la mujer.
 - No son permeables al VIH.
 - No provocan enfermedad en el hombre.
- El condón es un método anticonceptivo que el hombre puede usar en todas sus relaciones sexuales.

Beneficios conocidos para la salud

Además del efecto anticonceptivo, el condón protege contra el VIH y otras ITS. Como consecuencia, disminuyen también el riesgo de cáncer del cuello del útero y de enfermedad inflamatoria pélvica. También disminuyen el

IMPORTANTE: No todos los preservativos son del mismo tamaño, pero lo más común es que sean de 16 a 18 cm de largo y de 52 a 55 mm de diámetro nominal. En caso de que el condón quede holgado y se resbale puede usar un diámetro menor y, por el contrario, si queda muy apretado puede usar preservativos de mayor diámetro nominal. En general, el diámetro entre 52 y 55 mm es apropiado para la gran mayoría de los varones.

riesgo de infertilidad tubaria. Por no tener ningún efecto sistémico, pueden ser utilizados sin necesidad de ir a un centro de salud

Efectos colaterales

No tienen efectos colaterales

Riesgos conocidos para la salud

Muy raramente, individuos con alergia al látex pueden tener una reacción alérgica severa.

4.2. PRESERVATIVO FEMENINO

Definición

El condón femenino es una funda de poliuretano fina, muy flexible, de forma cilíndrica con un extremo abierto de 5,5 cm de diámetro. La abertura externa tiene un anillo fijo al borde de la abertura que tiene el efecto de mantenerlo abierto cuando está en la vagina. Es de tamaño único, con 16 cm de longitud y su extremo interno es cerrado en fondo de saco. En su interior viene un anillo suelto de 4,5 cm de diámetro, que tiene como función ayudar en la inserción del condón y mantenerlo en posición correcta en el fondo de la vagina. Se distribuye en embalaje individual sellado de plástico pre-esterilizado y viene lubricado por dentro y por fuera. El lubricante no contiene espermicida.

Mecanismo de acción

Es anticonceptivo porque impide que los espermatozoides liberados en la eyaculación entren en contacto con los genitales de la mujer, ya que el semen queda contenido dentro del condón.

También ofrece efecto protector contra las ITS que se transmiten por el semen y secreciones genitales o contacto cutáneo, porque el extremo externo cubre parte de los genitales externos de la mujer.

Eficacia

La eficacia depende de la usuaria: el mayor riesgo de embarazo o de infección de transmisión sexual (ITS) se presenta cuando no se utiliza el condón femenino en cada acto sexual. El condón femenino es

muy resistente y queda flojo en la vagina, por lo cual las roturas son excepcionales.

En *uso común*, se producen cerca de 21 embarazos por 100 mujeres que usan condones femeninos en el correr del primer año. Esto significa que 79 de cada 100 mujeres que utilizan condones femeninos no quedarán embarazadas.

En *uso correcto*, en cada acto sexual, hay cerca de 5 embarazos por 100 mujeres que utilizan condones femeninos durante el primer año.

No hay demora en la recuperación de la fertilidad tras la interrupción del uso del condón femenino.

Cuando se los utiliza de manera correcta en cada acto sexual, los condones femeninos reducen el riesgo de infección de ITS, incluyendo VIH.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar el preservativo femenino?

Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos de poliuretano. No hay ninguna patología médica que contraindique el uso de este método.

Cuándo comenzar

En cualquier momento en que lo desee la usuaria.

5-Pasos básicos del uso del preservativo Femenino

1. Use un nuevo condón femenino para cada acto sexual. Nunca se debe reusar el preservativo.
2. Antes de ningún contacto físico, introduzca el condón en la vagina. Revise el paquete, si está dañado o roto, no lo utilice. Evite usar preservativos vencidos. Solo está indicado su uso si no dispone de vigentes. De ser posible, lave sus manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón. Debe colocárselo, antes del contacto entre los genitales. El preservativo femenino es muy resistente, puede colocarse hasta 8 horas antes de la relación sexual. Debe elegir una posición que le quede cómoda para la inserción (cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada). Frote juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante. Sostenga el aro interno por el extremo cerrado y apriételo de modo que quede largo y angosto. Con la otra mano, separe los labios externos (labios mayores) y ubique la abertura de la vagina. Suavemente empuje el aro interno dentro de la vagina lo más que pueda. Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición en el fondo de la vagina. El aro externo y 2 o 3 cm del condón, debe quedar fuera de la vagina, cubriendo parte de la vulva.
3. Asegúrese que el pene entra en el condón y se mantenga en su interior, debe guiarlo, evitando se introduzca entre el preser-

vativo y la pared de la vagina. Si el pene se sale fuera del condón, retire y pruebe otra vez. Para eso, la mujer puede mantener el anillo externo bien abierto con dos dedos de cada mano, en el momento de la penetración. Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si el anillo externo entra en la vagina, coloque otra vez el condón en su sitio.

4. No es necesario retirar el condón inmediatamente, después de la eyacuación y que el hombre haya retirado el pene. Retire el condón antes de ponerse de pie para evitar que se derrame el semen. Gire el anillo externo dos o tres vueltas para que el semen en su interior quede atrapado y no se derrame. Después retire el condón tirando suavemente del anillo externo.
5. Coloque el condón en su embalaje y deséchelo en la basura, nunca al inodoro

Apoyo a la usuaria

- ¿Molesta el anillo externo durante la relación? Definitivamente no. Inclusive, algunas mujeres manifiestan que es un estímulo adicional del área genital.
- ¿El anillo interno puede molestar al hombre o a la mujer?

Es excepcional que alguien se queje del anillo interno. Si molesta, después

de colocado en posición, el anillo interno puede retirarse, teniendo cuidado de no torcer el condón.

- ¿Es difícil de usar? No es difícil de usar, hay que seguir las instrucciones y practicar una o dos veces antes de usarlo. Asegurarse, después de colocarlo, que no quede torcido para que permita la entrada del pene hasta el fondo de la vagina.
- ¿Es fácil de retirar? Sí, es muy fácil como ya fue descrito. Eventualmente el anillo interno puede quedar dentro de la vagina. En ese caso es muy simple retirarlo tirando suavemente con uno o dos dedos introducidos en la vagina.

Efectos beneficiosos conocido para la Salud

El principal beneficio además del efecto anticonceptivo es que ofrece protección eficaz contra las ITS incluyendo el VIH y las infecciones de transmisión cutánea.

123

Efectos colaterales

El condón femenino no tiene efectos colaterales. El poliuretano no es alergénico y el lubricante de silicona no es irritante ni produce alergia.

Riesgos para la Salud

No presenta riesgos para la salud.

IMPORTANTE: Siempre que sea posible, muestre a las usuarias cómo debe colocarse el condón, explicando, en detalle, todos los pasos del procedimiento. No presuponga que la mujer sepa hacerlo. De preferencia, use un modelo o figura para hacer la demostración del uso.

DOBLE PROTECCION

Los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrecen planificación familiar deben siempre discutir, con los y las usuarias, la necesidad de protegerse del riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, o sea, adoptar una estrategia de doble protección. Inclusive las personas que no hablan espontáneamente del riesgo de adquirir una ITS deben ser estimuladas a pensar en la estrategia más apropiada para protegerse, simultáneamente, del embarazo no deseado y de las ITS. El proveedor debe estimular la discusión y ofrecer a la consideración del o de la usuaria, cuales son las estrategias de doble protección que puede utilizar, haciendo notar también que estas pueden combinarse y usarse de forma diferente en diferentes situaciones.

Las estrategias son:

- Usar el condón masculino o femenino en todas las relaciones sexuales, colocando el condón antes de cualquier contacto entre los genitales. El condón es el único método que, simultáneamente ofrece protección anticonceptiva y contra ITS. Los proveedores tienen que insistir en la necesidad de usar el método, de acuerdo a las instrucciones y en todas las relaciones. También deben instruir a las y los usuarios sobre el uso de anticoncepción de emergencia (PAE) cuando no usen el condón o éste se rompa o se salga del lugar. Explicar que la PAE se puede tomar hasta 5 días después de la relación, pero que es más eficaz cuanto más corto sea el tiempo entre la relación sexual y la ingesta de la misma.
- Usar condón, masculino o femenino, en todas las relaciones, antes de cualquier contacto entre genitales y otro método anticonceptivo de alta eficacia, tal como DIU o métodos hormonales. Es una estrategia más costosa y puede ser preferida por personas que necesitan protección anticonceptiva de muy alta eficacia y saben que la eficacia anticonceptiva del condón no es muy alta o no tienen seguridad de que podrán usar condón en todas las relaciones sexuales. Los proveedores deben ser proactivos en educar a las y los usuarios sobre cómo negociar con sus parejas el uso de dos métodos e insistir en la necesidad de usar ambos de forma correcta y consistente.

- Adicionalmente, existen otras posibilidades: Si los dos miembros de la pareja saben que no están infectados, basta con usar solo un método anticonceptivo para protegerse del embarazo y mantenerse en una relación mutuamente fiel. Los proveedores deberán discutir con las personas la posibilidad de evaluar adecuadamente si la estrategia de mantenerse en una relación mutuamente fiel es factible y sobre la posibilidad de negociar el uso del condón sin crear problemas de relacionamiento por supuesta falta de confianza.
- En algunas circunstancias la estrategia podrá ser evitar la penetración o el contacto del semen o secreciones vaginales con la mucosa bucal (caricias, masturbación mutua etc.). Es una estrategia que requiere de confianza mutua y de autocontrol, que puede ser la única posibilidad en algunas circunstancias en que no se puedan conseguir condones.
- Desistir o postergar la actividad sexual cuando las circunstancias hagan suponer riesgo de ITS. La abstinencia podrá ser estrategia de corto a medio plazo. Si la abstinencia es la primera opción como estrategia, se recomienda que la persona tenga condones disponibles en caso que no pueda mantener la estrategia.

CAPÍTULO V- MÉTODOS COMPORTAMENTALES NO MEDICAMENTOSOS

Definición

Los métodos basados en la percepción de la fertilidad o en el conocimiento del período fértil son métodos en que la usuaria, debe evitar las relaciones sexuales con penetración vaginal o usar un método complementario, en los días fértiles, o sea, en los días del ciclo en donde puede producirse un embarazo.

En 1930, de forma independiente, dos médicos, el japonés Kyusaku Ogino y el alemán Hermann Knaus, describieron un método basado en la detección del período fértil durante el ciclo menstrual que se conoce hasta ahora como método de Ogino-Knaus o método del calendario. Estos métodos también son conocidos como métodos naturales o métodos de abstinencia periódica.

Mecanismo de acción

Los métodos basados en el calendario implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y el fin del período fértil. Ejemplos: método de los días fijos y método del ritmo o del calendario.

Los métodos basados en los síntomas dependen de la observación de los signos de fertilidad:

- Secreciones cervicales: cuando la usuaria ve o percibe secreciones cer-

vicales, podría encontrarse fértil. Puede que perciba solamente cierta leve humedad vaginal.

- Temperatura corporal basal: la temperatura del cuerpo de la mujer en descanso se eleva levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación), cuando puede quedar embarazada. Su temperatura se mantiene elevada hasta el comienzo de su siguiente menstruación.

Son ejemplos: método de dos días, método de temperatura corporal basal, método de ovulación (también conocido como método Billings o método del moco cervical) y el método de síntomas y temperatura (sintotérmico).

Eficacia

La eficacia depende de la colaboración en la pareja.

La pareja debe aprender a utilizar el método para poder determinar, de acuerdo al método escogido, cual es el período en que se deben evitar las relaciones sexuales vaginales o usar un método complementario para evitar el embarazo.

El compañero/a sexual debe comprometerse a respetar la abstinencia o usar otro tipo de protección en el período fértil.

Hay pocos estudios confiables sobre la eficacia de estos métodos en *uso común*

Método	Embarazos c/100 mujeres en el correr del primer año de uso
Métodos basados en el calendario	
Método de los días fijos (collar)	5
Método de ritmo calendario	9
Métodos basados en los síntomas	
Método de dos días	4
Método de la temperatura corporal basal	1
Método de la ovulación	3
Método sintotérmico	2

en la población. En resultados basados en encuestas de población, sin discriminar el método utilizado para detectar la fertilidad, 25 de cada 100 mujeres que usaron algún método basado en la percepción de la fertilidad se embarazaron en un año.

Estudios clínicos bien controlados muestran que esos métodos, utilizados *de manera correcta y consistente*, presentan eficacia relativamente alta, tanto o más eficaces que los métodos de barrera, como se observa en la tabla siguiente: tasas de embarazos con uso consistente y correcto de diferentes MBPF (respetando la abstinencia en los días fértiles).

Los estudios clínicos también muestran que la eficacia de estos métodos es más alta cuando en el período fértil se respeta la abstinencia en comparación con parejas que usan condón en ese período.

Para obtener máxima eficacia con el uso de estos métodos, se recomienda usar preservativo en todas las relaciones en el período no fértil y abstinencia durante el período fértil. De esa manera se evitarían los embarazos que ocurrirían en ciclos con ovulaciones antes o después del período calculado.

En general, son métodos considerados, por la mayoría de los proveedores de sa-

IMPORTANTE: Los profesionales de la salud deben recordar que muchas parejas deciden el uso de los MBPF, en base a sus creencias y valores personales. La decisión de uso es de libre elección y, al igual que con todos los métodos, debe ser respetada.

Usos de los métodos basados en el calendario

Precaución

- Los ciclos menstruales recién se han iniciado o se han vuelto menos frecuentes debido a la edad (las irregularidades en el ciclo menstrual son comunes en mujeres jóvenes en los primeros meses posteriores a su primera menstruación y en mujeres mayores que se aproximan a la menopausia. Los ciclos irregulares hacen muy difícil identificar el período fértil)

Retrase el uso

- Tuvo un parto recientemente o está amamantando (postergue hasta que la usuaria haya tenido un mínimo de 3 menstruaciones y éstas se hayan regularizado otra vez. Después de restablecidos los ciclos regulares, utilice con precaución por algunos meses)
- Genitorragia irregular
- Ha tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (postergue hasta el inicio de su próxima menstruación).

Precaución y retraso

- La ingesta de medicamentos que modifican el ánimo, como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina [ISRS], tricíclicos, o tetra cíclicos), uso prolongado de ciertos antibióticos, o uso prolongado de cualquier anti-inflamatorio no esteroideo (como ácido acetil salicílico, ibuprofeno o paracetamol). Estos medicamentos pueden alterar el ciclo menstrual

Uso de los métodos basados en los síntomas
Precaución
<ul style="list-style-type: none"> - Ha tenido un aborto o una pérdida de embarazo recientemente
<ul style="list-style-type: none"> - Los ciclos menstruales recién se han iniciado, se han vuelto menos frecuentes o se han interrumpido debido a la edad (Las irregularidades en el ciclo menstrual son comunes en mujeres jóvenes en los primeros meses posteriores a su primera menstruación y en mujeres mayores que se aproximan a la menopausia. Puede resultar difícil identificar el período fértil.)
<ul style="list-style-type: none"> - Una afección crónica que eleve la temperatura corporal de la mujer (para los métodos de temperatura corporal basal y de síntomas y temperatura)
Retrase el uso
<ul style="list-style-type: none"> - Tuvo un parto recientemente o está amamantando (postergue hasta que se hayan restablecido la menstruación normal, en general, retrase el inicio un mínimo de 6 meses después del parto para mujeres que estén dando pecho y un mínimo de 4 semanas después del parto para mujeres que no están amamantando. Después de restablecidos los ciclos regulares, utilice con precaución por algunos meses)
<ul style="list-style-type: none"> - Una afección aguda que eleve la temperatura corporal de la usuaria (para los métodos de temperatura corporal basal y de síntomas y temperatura)
<ul style="list-style-type: none"> - Genitorragia irregular
<ul style="list-style-type: none"> - Flujo vaginal anormal
Precaución y retraso
<ul style="list-style-type: none"> - Está recibiendo medicación que modifique el estado de ánimo, como ansiolíticos (excepto benzodiacepinas), antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, tricíclicos o tetra cíclicos), antipsicóticos (incluyendo clorpromazina, tioridazina, haloperidol, risperidona, clozapina, o litio), administración prolongada de ciertos antibióticos, cualquier fármaco antiinflamatorio no esteroideo (tales como ácido acetil salicílico, ibuprofeno, o paracetamol) o, antihistamínicos. Estos medicamentos pueden afectar las secreciones cervicales, elevar la temperatura corporal, o demorar la ovulación.

IMPORTANTE: Las mujeres que tengan condiciones de salud en las que el embarazo constituye un riesgo inaceptable deben ser informadas sobre ese riesgo. La orientación para la elección del método debe incluir la discusión del riesgo de salud que el embarazo pueda tener. En esos casos los métodos de barrera y los MBPF podrían no ser los métodos más apropiados.

lud y por la población, métodos de eficacia media y baja y su prevalencia de uso no es alta. Según estimaciones de las Naciones Unidas, actualizadas a 2009, la prevalencia de uso de esos métodos en Uruguay es de 1,5 por cada 100 mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión estable.

No hay demora en la recuperación de la fertilidad al suspender el uso de estos métodos.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar MBPF?

Todas las mujeres pueden utilizar MBPF.

Ninguna condición médica significa algún tipo de restricción al uso de estos métodos, pero, algunas pueden dificultar su uso eficaz o pueden hacer recomendable postergar su uso. Por esta razón, los criterios médicos de elegibilidad no siguen el padrón de cuatro categorías numéricas del 1 al 4 sino que consideran su aplicación con: **precaución, postergar y no se aplica**, como es el caso para las embarazadas.

Precaución significa que puede requerir consejo adicional o especial a fin de asegurar el uso correcto del método.

Postergar significa que el uso de un método de conocimiento de la fertilidad en parti-

cular debe postergarse hasta que la condición de la usuaria sea evaluada o corregida.

Modo de uso

A continuación se describe el modo de uso de los seis MBPF de mayor incidencia, ya sea para su utilización de forma exclusiva o combinada. Puesto en práctica el método sintotérmico, es la combinación del uso del método del calendario, más el de la temperatura, moco cervical y otros síntomas y signos que pueden ayudar a definir mejor la fecha de la ovulación.

Además estos métodos son utilizados, por una proporción importante de usuarias, en combinación con métodos de barrera y, eventualmente, con el respaldo de la anticoncepción de emergencia. Las usuarias deben saber que, si por cualquier circunstancia tienen relaciones en el período fértil, pueden recurrir a la anticoncepción de emergencia, recordando que la eficacia será mayor cuanto más corto sea el período entre el coito y la toma de la píldora de emergencia.

Métodos basados en el calendario

Método del ritmo o del calendario

Fue el primer método utilizado. Se basa en la comprobación de que la mujer tie-

IMPORTANTE: El MSP promueve el uso de la “doble protección”. Informe que los MBPF no protegen contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la “doble protección” y estimule su uso.

ne, en cada ciclo, un período fértil de no más de siete días (cinco días antes de la ovulación, el día de la ovulación y el día siguiente).

Debido a que los ciclos no tienen la misma duración, la ovulación ocurrirá, cada mes, en diferentes días ordinales del ciclo. Por eso, los idealizadores del método recomiendan que el cálculo de los días fértiles se realice basándose en la historia menstrual (duración de los ciclos) en los últimos seis meses. Con los datos de la duración de los ciclos en los últimos seis meses, la usuaria deberá, primero, determinar la duración del ciclo más corto y del ciclo más largo (recordar que la duración del ciclo incluye el día que comienza la menstruación hasta el último día antes de comenzar la siguiente).

Una vez determinada la duración del ciclo más largo y más corto, el cálculo del período fértil se hace de acuerdo a la siguiente fórmula:

Ciclo más corto menos 18 = Primer día fértil del ciclo.

Ciclo más largo menos 11 = Último día fértil del ciclo

Suponiendo que el ciclo más largo fue de 32 días y el más corto de 26, el período fértil sería:

Ciclo más corto: $26 - 18 = 8$ Primer día fértil del ciclo

Ciclo más largo: $32 - 11 = 21$ Último día fértil del ciclo

En este ejemplo, la mujer debería evitar las relaciones todos los días, desde el día 8 del ciclo hasta el día número 21 del ciclo.

La mujer debe seguir evaluando la duración de los ciclos y si tiene algún ciclo más largo o más corto que los evaluados previamente deberá hacer nuevamente la cuentas con este nuevo dato.

Método de los días fijos o del collar

Este método fue diseñado y ensayado en estudios clínicos para tratar de ofrecer un método más simple de ser usado, sin tener que hacer las cuentas cada mes.

Se basa en el análisis de miles de ciclos menstruales en que se determinó la duración del ciclo y la fecha de la ovulación. Este análisis permitió definir que mujeres con ciclos más o menos regulares de 26 a 32 días, el primer día fértil es el octavo (8º) y el último es el décimo noveno (19º).

- Igual que con el método del calendario, la usuaria debe guardar abstinencia o tener relaciones con preservativo, todos los días, desde el 8º al 19º día del ciclo, ambos incluidos.

IMPORTANTE: Es conveniente que la usuaria use algún método de ayuda memoria para recordar los días fértiles. El más apropiado es un collar de cuentas de diferentes colores, desarrollado por el Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown. Si no dispone del collar puede usar un calendario en que el día en que comienza la menstruación se marca con un círculo. También se marcan con un círculo los seis días siguientes. La mujer puede tener relaciones sexuales esos siete días, sin protección.

Después marca con una X los siguientes 12 días, del día 8 al día 19 y esos son los días en que ella no puede mantener relaciones sexuales, sin método anticonceptivo complementario. Después del último día marcado con X, la pareja puede tener relaciones sexuales, todo el resto del ciclo hasta la próxima menstruación.

- La usuaria debe llevar la cuenta de los días de su ciclo menstrual, contando el primer día de la menstruación como día 1.
- Para todas las usuarias del método de los días fijos se considera que el período fértil es el comprendido entre los días 8 al 19 de cada ciclo, incluidos ambos.
- La pareja debe evitar la relación sexual vaginal o utilizar condones o diafragma entre los días 8 al 19. También pueden usar retiro o espermicidas, pero estos son menos eficaces.
- La pareja puede tener sexo sin protección en todos los restantes días del ciclo (del 1 al 7 y del 20 hasta el comienzo de la siguiente menstruación).

Métodos basados en los síntomas y signos durante el ciclo menstrual

Método de los dos días

Es un método en el que la mujer determina si está fértil por la presencia o ausencia de secreciones vaginales.

Para usar este método la usuaria debe determinar todos los días si tiene o no secreciones vaginales (moco cervical). Para determinar si está fértil, al determinar si tiene secreciones, debe hacerse dos preguntas:

1. ¿Tengo secreciones (moco cervical) hoy?
2. ¿Tenía secreción cervical ayer?

Si la respuesta a una o a las dos preguntas es SÍ, probablemente está en período fértil. Para considerarse en período no fértil y poder tener relaciones sexuales sin protección, ambas respuestas deben ser NO (ver algoritmo del método)

IMPORTANTE: La usuaria debe ser instruida sobre como determinar cuándo tiene o no, moco cervical. Presencia de infecciones vaginales o excesiva humedad en el área genital pueden hacer difícil identificar las secreciones vaginales de forma correcta.

Si la mujer no puede determinar con cierto grado de certeza si tiene o no secreciones no debe usar el método.

Método de la Temperatura corporal basal

El método se basa en el hecho de que, la temperatura corporal basal se eleva más o menos 0,5°C, cuando ocurre la ovulación y se mantiene en ese nivel hasta dos o tres días antes de menstruar.

La mujer debe medir su temperatura todos los días, luego después de despertarse, antes de hacer ningún ejercicio y anotarla en un papel gráfico, preferiblemente milimetrado, marcando la temperatura con un decimal (ej. 36,7 37,1).

Habitualmente la temperatura sube, en promedio, medio grado después de la ovulación y la temperatura se mantiene alta hasta tres días antes de menstruar. Tres días después de la ovulación, cuando hay habitualmente una disminución de la temperatura, la mujer puede tener relaciones sin protección.

Es un método muy eficaz, pero que permite identificar sólo el período infértil después de la ovulación. Usando sólo ese método el período de abstinencia es muy largo.

Algunas mujeres combinan el método del calendario con el método de la tempera-

tura con lo que pueden disminuir o acortar, sin riesgo de embarazo, el período de abstinencia después de la ovulación.

Método de la Ovulación, también conocido como Método de Billings

Es un método de detección del período fértil por el análisis de las características de las secreciones vaginales (moco cervical). La usuaria debe abstenerse de las relaciones sexuales o usar un método de barrera en los días fértiles.

Si la usuaria presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el moco cervical, puede que este método sea difícil de utilizar.

Pasos a seguir:

1. Revisar si hay secreción vaginal todos los días. Se recomienda hacerlo en la tarde o comienzo de la noche. Durante la menstruación es difícil definir cuando hay secreciones.

Al terminar la menstruación, habitualmente no hay secreción. El primer día en que aparece secreción cervical es el primer día fértil del ciclo. Seguir revisando la secreción todos los días. En general el moco cervical va aumen-

tando y haciéndose más transparente, fluido y elástico hasta que un día disminuye la cantidad y se hace más opaco, y viscoso.

2. El día antes de que aparezca viscoso y escaso es lo que se llama el día pico del moco cervical, que coincide con la ovulación. El moco debe continuar siendo cada vez más escaso y viscoso hasta la menstruación. Desde tres días después del pico del moco cervical hasta la menstruación, la usuaria puede tener relaciones sin protección.

Método Sintotérmico

El método sintotérmico está basado en la observación de cambios corporales, cambios en las secreciones cervicales, además de cambios en la temperatura corporal basal, y la posición y sensación de la apertura del útero. Otras señales de fertilidad tales como leves dolores o manchado a mitad de ciclo pueden acompañar a la ovulación. La

mujer que está usando el Método Sintotérmico anota sus observaciones diariamente en una triple gráfica, interrelacionado los resultados de las gráficas. Las parejas que desean evitar un embarazo se abstienen de las relaciones sexuales durante el tiempo fértil identificado por los diferentes indicadores de fertilidad.

El uso del método sintotérmico implica la utilización combinada de los métodos ya descritos en este capítulo.

La eficacia de este método en mujeres que consiguen identificar claramente las señales corporales y que consiguen abstenerse de tener relaciones sexuales en el período fértil es muy alta, del orden de un embarazo por cada 100 mujeres en un año.

Efectos beneficiosos, colaterales o riesgos para la salud

No existen efectos beneficiosos, colaterales o riesgos para la salud conocidos, asociados al uso del método.

5.1. COITO INTERRUPTIDO

IMPORTANTE: Este método, no protege contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/Sida.

Definición

El coito interrumpido, también conocido como “retiro”, es el método anticonceptivo más antiguo, muy conocido y practicado en todas las culturas. Consiste en retirar el pene de la vagina antes que la eyaculación sea inminente, haciendo que el semen, que contiene los espermatozoides no entre en contacto con la vagina.

Es muy difícil estimar la prevalencia de uso del método, pero son muchos los hombres y parejas que lo usan o han usado esporádicamente. Con la difusión cada vez mayor de los métodos modernos de anticoncepción, su uso regular tiende a ser cada vez menos frecuente, pero hay algunos países, especialmente en Europa Oriental, donde todavía se usa frecuentemente. En los países donde hay encuestas de prevalencia de uso de anticonceptivos, la prevalencia de uso del método es de menos de 2%.

Eficacia

En *uso común*, es uno de los métodos menos eficaces. Según la revisión de la eficacia de los métodos anticonceptivos, realizada para la última versión del manual de OMS (2011), la tasa de embarazo es de 21 a 27 por cada 100 mujeres en el primer año. Cuando su *uso es correcto y consistente*, o sea, practicado en todas las relaciones, la tasa de embarazo es de 4 por cada 100 mujeres en el primer año.

La fertilidad se recupera sin demora, después de dejar de usar el método.

Orientaciones para los usuarios

Explicar muy bien que el pene debe ser retirado antes de la eyaculación y que el hombre debe aprender a identificar cuando la eyaculación es inminente pero que aun da tiempo para retirar el pene. Si el hombre no consigue identificar bien la inminencia de la eyaculación, debe ser orientado a usar otro método.

IMPORTANTE: No hay que forzar a las parejas que han usado por un tiempo este método con buenos resultados, a dejarlo. Obligar usuarios que usan el método consistentemente a usar otro, teóricamente más eficaz, puede resultar en un fracaso, si la pareja no usa el nuevo método correctamente.

También es una buena práctica ofrecer píldoras anticonceptivas de emergencia para las parejas usando el método, para ser usadas cuando la eyaculación acontezca dentro de la vagina.

Es importante advertir a los usuarios potenciales, del alto riesgo de embarazo si no se usa muy bien.

En casos de parejas en que un embarazo signifique un riesgo de salud muy impor-

tante, la orientación debe incluir la posibilidad de optar por un método más eficaz.

Efectos beneficiosos, colaterales o riesgos para la salud

No existen efectos beneficiosos, colaterales o riesgos para la salud conocidos, asociados al uso del método.

5.2. MÉTODO DE LA AMENORREA DE LA LACTANCIA (MELA)

Definición

Es un método anticonceptivo temporal, basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad, principalmente inhibiendo la ovulación. En algunas publicaciones en español se encuentra referido con su sigla en inglés LAM (Lactational Amenorrhea Method).

Mecanismo de acción

La lactancia exclusiva tiene un potente efecto inhibitorio de la ovulación, mediado por la elevación del nivel de prolactina, especialmente en los primeros seis meses post parto, antes que se reanude la menstruación.

Independientemente de su efecto sobre la fertilidad, debe ser promovida para todas las mujeres, durante los primeros seis meses de edad del recién nacido. La alimentación exclusiva con leche materna, durante los seis primeros meses de vida, además de garantizar los nutrientes esenciales para el lactante, disminuye el riesgo de diarrea y enfermedades respiratorias (Organización Panamericana de la Salud-OPS-OMS).

Al momento de asesorar sobre la lactancia como método anticonceptivo, se debe de considerar la evidencia al respecto y plantear a la usuaria los requisitos para la misma, su eficacia y su efectividad en relación al tiempo.

A pesar de que la mujer haya sido informada sobre los beneficios de la lactancia y de su eficacia anticonceptiva durante los seis primeros meses postparto, la elección de la misma, debe de ser una opción, así como también, la posibilidad de combinarla con otro método anticonceptivo.

Requisitos para uso de MELA:

1. Amamantar de forma exclusiva o casi exclusiva, preferentemente a demanda, sin horario fijo, de día y de noche.
2. Estar en amenorrea (no haber tenido genitorragia fuera de la puerperal)
3. El lactante debe de tener menos de seis meses de edad.

Eficacia

Estudios evaluando la eficacia en grupos de mujeres que *cumplen los tres requisit-*

IMPORTANTE: Lactancia exclusiva significa: que el lactante se alimenta sólo de leche materna. Lacta por lo menos 6 veces en las 24 horas, de día y de noche.

Lactancia casi exclusiva es: cuando el lactante recibe también líquidos, que no sustituyen ninguna lactada.

IMPORTANTE: MELA en usuarias VIH + con o sin SIDA

Existe la posibilidad de transmisión del virus de VIH a través de la leche materna. Entre un 10 y un 20% de los lactantes alimentados a pecho por madres VIH + se infectarán a través de la misma.

La mayor probabilidad de transmisión de VIH a través de la leche materna, ocurre en usuarias con etapas avanzadas de la enfermedad o infección reciente.

Es por ello que en Uruguay se contraindica la lactancia en mujeres VIH positivas, por tanto MELA, no es un método anticonceptivo recomendado en esta población

os *descritos* muestran que la tasa de embarazo en seis meses es menos de 1 por cada 100 mujeres.

En estudios evaluando la eficacia del método en condiciones de *uso común*, la tasa de embarazo es de 2 por cada 100 mujeres en seis meses.

Las mujeres que no se sientan cómodas confiando exclusivamente en la lactancia podrán usar otro método anticonceptivo, escogiendo un método que no interfiera con la misma.

Criterios médicos de elegibilidad

¿Quién puede usar MELA?

Todas las mujeres que amamantan pueden usar MELA de forma segura, pero en las siguientes situaciones, que pueden dificultar la lactancia o hacerla no recomendable, tal vez convenga considerar otros métodos anticonceptivos:

- Infección por VIH, incluyendo SIDA (ver cuadro abajo)
- Ingesta concomitante de medicación durante la lactancia (incluyendo me-

dicamentos que afectan el estado de ánimo, reserpina, ergotamina, anti metabolitos, ciclosporina, dosis elevadas de corticoides, bromocriptina, drogas radioactivas, litio y algunos anticoagulantes)

- Afecciones del recién nacido que dificulten el amamantamiento directo (incluyendo pequeños para la edad gestacional, prematuros que requieran cuidado neonatal intensivo, patologías que impidan digerir los alimentos con normalidad, malformaciones en la boca, mandíbula o paladar).

Modo de uso

Una usuaria que está en lactancia puede utilizar MELA para espaciar su próximo embarazo y como transición hacia otro método anticonceptivo.

Puede comenzar con MELA y confiar en el método, en cualquier momento si cumple con los 3 requisitos para utilizar el método.

Recuérdale que el plazo máximo es seis meses después del nacimiento del lactante.

IMPORTANTE: El MSP promueve el uso de la “doble protección”. Informe que MELA no protege contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida, explique lo que es y la importancia de la “doble protección” y estimule su uso.

Entregue preservativos, a la usuaria, por si algún requisito deja de cumplirse y oriente a volver a consultar, con la finalidad de elegir otro método.

Efectos beneficiosos, colaterales o riesgos para la salud

No existen efectos beneficiosos, colaterales o riesgos para la salud conocidos, asociados al uso del método.

TABLA RESUMEN: CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y HISTORIA REPRODUCTIVA								
EMBARAZO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4
EDAD	Menarquia a < 40=1 > 40=2	Menarquia a < 40=1 > 40=2	Menarquia a < 18=1 18-45=1 > 45=1	Menarquia a < 18=2 18-45=1 > 45=2	Menarquia a < 18=1 18-45=1 > 45=1	Menarquia a < 20=2 > 20=1	Menarquia a < 20=2 > 20=1	Menarquia a < 20=2 > 20=1
PARIDAD								
Nulípara	1	1	1	1	1	1	2	2
1 o más partos	1	1	1	1	1	1	1	1
LACTANCIA MATERNA								
< 6 semanas	4	4	4	3	3	3		
6 semanas a < 6 meses	3	3	3	1	1	1		
≥ 6 meses posparto	2	2	2	1	1	1		
POSPARTO (en mujeres que no estén amamantando)								
< 21 días sin otros factores de riesgo para TVP/EP	3	3	3	1	1	1		
< 21 días con otros factores de riesgo para TVP/EP	3/4	3/4	3/4	1	1	1		
> 21 días a 42 días sin otros factores de riesgo para TVP/EP	2	2	2	1	1	1		
> 21 días a 42 días con otros factores de riesgo para TVP/EP	2/3	2/3	2/3	1	1	1		
> 42 días	1	1	1	1	1	1		

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
POSPARTO (amamantando o no amamantando, incluyendo pos cesárea)								
< 48 horas incluyendo inserción inmediata después de la expulsión de la placenta							1	1=No AM 3= AM
≥ 48 horas a <4 semanas							3	3
≥ 4 semanas							1	1
Sepsis puerperal							4	4
POST-ABORTO								
Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1	1
Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2
Inmediatamente post-aborto séptico	1	1	1	1	1	1	4	4
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO	1	1	1	2	1	1	1	1
HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA	1	1	1	1	1	1	1	1
TABAQUISMO								
Edad < 35 años	2	2	2	1	1	1	1	1
Edad ≥35 años < 15 cig/día	3	2	3	1	1	1	1	1
Edad ≥35 años ≥15 cig/día	4	3	4	1	1	1	1	1
OBESIDAD								
IMC ≥ 30kg/m ²	2	2	2	1	1	1	1	1
Menarquia a < 18 años y IMC≥30kg/ m ²	2	2	2	1	D=2 EN=1	1	1	1
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR								
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
HIPERTENSIÓN								
Historia de hipertensión cuando no se puede evaluar la presión arterial	3	3	3	2	2	2	1	2
Hipertensión controlada correctamente	3	3	3	1	2	1	1	1
Niveles elevados de PA: Sistólica 140-159 ó diastólica 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
Sistólica ≥ 160 ó diastólica ≥ 100	4	4	4	2	3	2	1	2
Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	1	2
HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO	2	2	2	1	1	1	1	1

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLÍA PULMONAR(EP)								
Historia de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	1	2
TVP/EP actual	4	4	4	3	3	3	1	3
TVP/EP estabilizada con terapia anticoagulante	4	4	4	2	2	2	1	2
Historia familiar de TVP/EP (primer grado)	2	2	2	1	1	1	1	1
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	4	4	4	2	2	2	1	2
Cirugía mayor sin inmovilización prolongada	2	2	2	1	1	1	1	1
Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1	1
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS	4	4	4	2	2	2	1	2
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL								
Venas varicosas	1	1	1	1	1	1	1	1
Tromboflebitis superficial	2	2	2	1	1	1	1	1
Cardiopatía isquémica	4	4	4	2/3	3	2/3	1	2/3
Accidente cerebrovascular	4	4	4	2/3	3	2/3	1	2
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
Hiperlipidemias conocidas	2/3	2/3	2/3	2	2	2	1	2
VALVULOPATÍA CARDÍACA								
Sin complicaciones	2	2	2	1	1	1	1	1
Con complicaciones	4	4	4	1	1	1	2	2

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA								
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO								
Con anticuerpo antifosfolípido positivo o desconocido	4	4	4	3	3/3	3	1/1	3
Con trombocitopenia severa	2	2	2	2	3/2	2	3/2	2
Con terapia inmunosupresora	2	2	2	2	2/2	2	2/1	2
Sin las condiciones anteriores	2	2	2	2	2/2	2	1/1	2

144

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS								
CEFALEAS								
No migrañosas	1/2	1/2	1/2	1/1	1/1	1/1	1	1/1
Migraña sin aura y edad < 35 años	2/3	2/3	2/3	1/2	2/2	2/2	1	2/2
Migraña sin aura y edad > 35 años	3/4	3/4	3/4	1/2	2/2	2/2	1	2/2
Migraña con aura, cualquier edad	4/4	4/4	4/4	2/3	2/3	2/3	1	2/3
Epilepsia	Si está tomando anticonvulsivantes, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas							

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
TRANSTORNOS DEPRESIVOS								
TRANSTORNOS DEPRESIVOS	1	1	1	1	1	1	1	1

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
INFECCIONES Y TRANSTORNOS DEL TRATO REPRODUCTIVO								
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL								
Patrón irregular sin sangrado abundante	1	1	1	2	2	2	1	1/1
Sangrado abundante o prolongado	1	1	1	2	2	2	2	1/2
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (antes de la evaluación)	2	2	2	2	3	3	4/2	4/2
ENDOMETRIOSIS	1	1	1	1	1	1	2	1
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS	1	1	1	1	1	1	1	1
DISMENORREA SEVERA	1	1	1	1	1	1	2	1
ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO								
Nivel de bHCG disminuyendo o indetectable	1	1	1	1	1	1	3	3
Nivel de bHCG persistentemente elevado o enfermedad maligna	1	1	1	1	1	1	4	4

ECTRÓPION CERVICAL	1	1	1	1	1	1	1	1
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL	2	2	2	1	2	2	1	2
CÁNCER CERVICAL	2	2	2	1	2	2	4/2	4/2
ENFERMEDADES DE LA MAMA								
Nódulo sin diagnóstico	2	2	2	2	2	2	1	2
Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	1	1	1	1	1
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
Antecedentes familiares de cáncer	1	1	1	1	1	1	1	1
Cáncer de mama actual	4	4	4	4	4	4	1	4
Cáncer de mama en remisión después de 5 años	3	3	3	3	3	3	1	3
CÁNCER DE ENDOMETRIO	1	1	1	1	1	1	4/2	4/2
CÁNCER DE OVARIO	1	1	1	1	1	1	3/2	3/2
FIBROMAS UTERINOS								
Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	1	1
Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	4	4
ANORMALIDADES ANATÓMICAS								
Sin distorsión de la cavidad uterina							2	2
Con distorsión de la cavidad uterina							4	4

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)								
Historia de EPI con embarazo posterior	1	1	1	1	1	1	1/1	1/1
Historia de EPI sin embarazo posterior	1	1	1	1	1	1	2/2	2/2
EPI actual	1	1	1	1	1	1	4/2	4/2
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
ITS								
Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	1	1	1	4/2	4/2
Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	1	2/2	2/2
Vaginitis	1	1	1	1	1	1	2/2	2/2
Mayor riesgo de ITS	1	1	1	1	1	1	2-3/2	2-3/2
VIH/SIDA								
Alto riesgo de VIH	1	1	1	1	1	1	2/2	2/2
Infección por VIH	1	1	1	1	1	1	2/2	2/2
SIDA	1	1	1	1	1	1	3/2	3/2
Con tratamiento antiretroviral	consulte la sección sobre interacciones farmacológicas						2/2	2/2

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
OTRAS INFECCIONES								
ESQUISTOSSOMIASIS								
Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1	1	1
Fibrosis del hígado	1	1	1	1	1	1	1	1
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
TUBERCULOSIS								
No pélvica	1	1	1	1	1	1	1/1	1/1
Pélvica conocida (si está en tratamiento, consultar interacciones farmacológicas)	1	1	1	1	1	1	4/3	4/3
PALUDISMO	1	1	1	1	1	1	1	1
TRANSTORNOS ENDOCRINOS								
DIABETES								
Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	1	1	1	1	1
Enfermedad no vascular no insulino dependiente	2	2	2	2	2	2	1	2
Enfermedad no vascular insulino dependiente	2	2	2	2	2	2	1	2
Nefropatía/retino patía/neuropatía	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Otra enfermedad vascular o diabetes > 20 años duración	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
TRANSTORNOS TIREOIDEOS								
Bocio simple	1	1	1	1	1	1	1	1
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES								
ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA BILIAR								
Sintomática tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	2	1	2
Sintomática tratada médicamente	3	2	3	2	2	2	1	2
Sintomática actual	3	2	3	2	2	2	1	2
Asintomática	2	2	2	2	2	2	1	2
HISTORIA DE COLESTASIS								
Relacionada con el embarazo	2	2	2	1	1	1	1	1
Relacionada con el uso previo de AOC	3	2	3	2	2	2	1	2

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
HEPATITIS VIRAL								
Activa	3-4/2	3/2	3-4/2	1	1	1	1	1
Portadora	1/1	1/1	1/1	1	1	1	1	1
Crónica	1/1	1/1	1/1	1	1	1	1	1
CIRROSIS								
Leve (compensada)	1	1	1	1	1	1	1	1
Grave (descompensada)	4	3	4	3	3	3	1	3
TUMORES DEL HÍGADO								
Benigno: hiperplasia focal nodular	2	2	2	2	2	2	1	2
Benigno: adenoma hepatocelular	4	3	4	3	3	3	1	3
Maligno (hepatoma)	4	3/4	4	3	3	3	1	3
ANEMIAS								
TALASEMIA	1	1	1	1	1	1	2	1
ANEMIA DREPANOCÍTICA	2	2	2	1	1	1	2	1
ANEMIA FERROPÉNICA	1	1	1	1	1	1	2	1

CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	AOP	D/EN	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, N AM=no amamantando, NA = no aplicable								
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS								
TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL								
Nucleósidos Inhibidores de la transcriptasa inversa	1	1	1	1	D=1 EN= 1	1	2-3/2	2-3/2
No-nucleósidos Inhibidores de la transcriptasa inversa	2	2	2	2	D=1 EN= 2	2	2-3/2	2-3/2
Inhibidores de la proteasa	3	3	3	3	D=1 EN= 2	2	2-3/2	2-3/2
TRATAMIENTO ANTICONVULSIVANTE								
Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxicarbamazepina)	3	2	3	3	D=1 EN= 2	2	1	1
Lamotrigina	3	3	3	1	1	1	1	1
TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO								
Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	1	1
Antifúngicos	1	1	1	1	1	1	1	1
Antiparasitarios	1	1	1	1	1	1	1	1
Rifampicina o rifabutina	3	2	3	3	D=1 EN= 2	2	1	1

ANEXOS



Programa de Salud
Integral de la Mujer



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
INSTITUTO VENEZOLANO DEL CÁNCER



Área Total Salud
e Innovación

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Nº Historia: Fecha:

YO: de años de edad
(NOMBRE Y APELLIDOS)

Con domicilio en y CI Nº

En caso de Incapacidad de consentir:

El Sr/ Sra: de años de edad
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL CURADOR O TUTELA)

Con domicilio en y CI Nº

DECLARO

Que:
(NOMBRE Y APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

1. Me ha orientado sobre los métodos anticonceptivos disponibles, sus ventajas y desventajas o riesgos, he comprendido la información, tras lo cual he decidido libremente la opción de colocación de un Dispositivo Intrauterino (DIU), del modelo
2. Comprendo que el DIU es un dispositivo material flexible medicado con cobre u hormonas, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos.
3. Sé que la colocación del DIU será realizado en una consulta ambulatoria por parte de PERSONAL CAPACITADO, que me indicará los controles posteriores a los que me debo someter, las recomendaciones relacionadas al correcto uso y la duración del mismo.

Se me ha explicado de las **ventajas, complicaciones, riesgos y fracasos, entre ellos:**

- A. En el momento de la inserción:
 - Dolor, mareos y excepcionalmente lipotimia
 - Perforación uterina (1 a 7 cada 1.000 inserciones)
 - Infección genital (en el período inferior al mes post-inserción),
 - Sangrado genital
 - Malestar gastro-intestinal
- B. En la evolución
 - Que es un método de larga duración y muy eficaz:
 - o Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU (TCU 380[®]) en el primer año (6 a 8 por 1.000 mujeres).
 - o Después del primer año hay un riesgo muy bajo de embarazo. La tasa acumulada de embarazo a 10 años es de 2 embarazos por cada 100 mujeres.
 - Gestación. Si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto o de que se trate de un embarazo ectópico
 - Que se requieren controles periódicos para optimizar su uso y minimizar sus riesgos
 - Que el descenso y expulsión, puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado genital. Esto es más frecuente en el primer mes de uso.
 - Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual y/o manchado intermenstrual. En el caso del DIU medicado con levonorgestrel: menstruaciones escasas o ausentes
 - Dolor pélvico y menstrual
 - Migración a cavidad abdominal con la posibilidad de complicaciones subsiguientes.
- C. En su extracción puede ocurrir :
 - Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.
 - Dolor pélvico
 - Sangrado genital



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA
ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA Y
FEMENINA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN DE
OCLUSIÓN BILATERAL DE TROMPAS DE FALOPIO (Ligadura Tubárica en
mujeres) VASECTOMÍA o LIGADURA DE CONDUCTOS DEFERENTES (en los
hombres)

Quien suscribe.....
(Apellidos y Nombre de la paciente que requiere la intervención)

de.....años de edad, con domicilio en.....
C.I. N°.....

En caso de incapacidad de consentir:

Quien suscribe.....
(Apellidos y Nombre del Representante legal)

en mi calidad de representante legal de e/la paciente.....
deaños de edad quien no puede tomar la decisión por su condición
de.....con domicilio
en.....C.I. N°.....

DECLARO:

Que el Dr. / Dra.....
(Apellidos y Nombre del médico/a que proporciona la información)

Me ha explicado que :

1. La intervención de oclusión tubárica, considerada en principio como irreversible, consiste básicamente en la **interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio**, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo. Para la realización de la técnica existen varias vías de abordaje quirúrgico:
 - a. Microlaparotomía
 - b. Laparoscópica
 - c. Histeroscópica
 - d. Vaginal
 - e. Postcesárea (asimismo se puede realizar cesárea al término de la intervención)
 - f. Con incisión umbilical con local o local potenciada

Aun siendo el método de oclusión tubárica el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es de 100%. Existe un porcentaje de fallos en los que se produce una nueva gestación. **Este porcentaje de fallos es de 0.4 a 0.6%**

1ª. La intervención de la **VASECTOMÍA** en los hombres, se realiza **interrumpiendo la continuidad de los conductos deferentes**, con el objetivo de impedir nuevos embarazos en las mujeres y definir las decisiones y responsabilidades masculinas en la procreación.

Para la realización de la técnica existe una vía que consiste en la ligadura de los mismos a nivel de la zona inguinal a nivel subcutáneo, en la emergencia de dicho conducto. La técnica se realiza con anestesia local. Los riesgos son mínimos y los fallos similares expresados.

2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrías requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Asimismo, pueden aparecer complicaciones específicas de esta intervención:

- a. Intraoperatorias (hemorragias, lesiones de órganos vecinos)
- b. Postoperatorias:
 1. Leves y más frecuentes (seromas, hemorragias, cistitis, irritación frénica, anemia...)
 2. Graves y excepcionales (eventración, apnea, trombosis, hematomas, pelvi peritonitis, hemorragia...)

Imprevistos: Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

3. Por mi situación actual, el médico/a me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....

4. Alternativas: Existen otros métodos de contracepción no definitivos:

- a. Métodos de barrera en ambos sexos
- b. Anticoncepción Hormonal en mujeres
- c. Dispositivo Intrauterino en mujeres
- d. Métodos Naturales en ambos sexos

5. Anestesia: Estas técnicas pueden requerir sedación y/o anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del servicio de Anestesia

6. Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que en todo caso, se realizará con las garantías debidas y por el personal facultativo calificado para ello.

7. Anatomía Patológica: La pieza o pieza extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o su representante legal en su caso, informados del resultado del estudio.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico/a que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones, y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO que se me realice una: **INTERVENCIÓN DE OCLUSIÓN TUBÁRICA O LIGADURA DE DEFERENTES**

En, URUGUAY, fecha.....

Firma de médico/a que proporciona la información

Firma del/la paciente

Representante Legal (si procede)
(explicitar condición de la paciente que requiere Representante Legal)

Revocación de Consentimiento
para Ligadura Tubaria o Vasectomía

Quien suscribe.....
(Apellidos y Nombre del/la paciente que requiere la intervención)
de años de edad, con domicilio en.....
C.I. N°.....

Quien suscribe.....
(Apellidos y Nombre del Representante legal)
en mi calidad de representante legal del/la paciente.....
de años de edad quien no puede tomar la decisión por su condición
DE.....
con domicilio en..... C.I. N°.....

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....
y no deseo proseguir el tratamiento propuesto que doy con esta fecha por finalizado.

En....., URUGUAY, a.....

Firma de médico/a que proporcionó la información

Firma del/la Paciente

Representante Legal (si procede)
(explicitar condición de la paciente que requiere Representante Legal)

SI 176

*Ministerio de Salud Pública*MINISTERIO DE SALUD PÚBLICAMINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

Montevideo, 14 ENE. 2011.

VISTO: lo dispuesto en la Ley N° 18.426 de 10 de diciembre de 2008 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva;---

RESULTANDO: que para asegurar el cumplimiento efectivo de la Ley citada en materia de servicios de anticoncepción, es necesario definir las prestaciones incluidas en los mismos;-----

CONSIDERANDO: I) que el literal f) del Artículo 3 de la Ley N° 18.426, establece como objetivo específico de las políticas y Programas de salud sexual y reproductiva, garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;

II) que el Artículo 6 de dicha Ley, determina que esos servicios formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población;-----

III) que el Artículo 45 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, deriva a su reglamentación la definición taxativa de las prestaciones incluidas en los programas de salud, de observancia obligatoria para los prestadores públicos y privados que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud;----

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en los Artículos 19 y 45 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007;--

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DECRETA:

Artículo 1°.- Los prestadores integrales públicos o privados del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán brindar a su población usuaria que lo requiera, bajo indicación médica y como mínimo, los siguientes métodos anticonceptivos:-----

- Anticonceptivo oral hormonal combinado monofásico.-----
- Anticonceptivo oral combinado trifásico.-----
- Anticonceptivo oral hormonal para uso durante la lactancia.-----
- Anticonceptivo oral hormonal de emergencia.-----
- Artículo 2º.- En uso de las facultades que le confiere el Artículo 7 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, el Ministerio de Salud Pública incorporará los medicamentos referidos en el Artículo precedente, al Formulario Terapéutico de Medicamentos.-----
- Artículo 3º.- Asimismo, a partir del 1º de enero de 2011, los prestadores aludidos en el Artículo 1º del presente Decreto, deberán brindar a sus usuarios que lo requieran, condones masculinos bajo indicación médica.-----
- Artículo 4º.- Cada persona usuaria que requiera el empleo de métodos anticonceptivos, tendrá derecho a recibir del prestador una cuponera que contenga trece vales por anticonceptivos orales hormonales (monofásicos, trifásicos y lactancia), una cuponera que contenga doce vales por quince condones masculinos cada uno y otra que contenga tres órdenes por anticonceptivos orales de emergencia.-----
- Artículo 5º.- Cada uno de los vales referidos en el Artículo 4 precedente, dará lugar al cobro por parte de las

Ministerio de Salud Pública

Instituciones de una tasa moderadora que no podrá exceder de \$22 (pesos veintidós) para el caso de los anticonceptivos orales y de \$ 8 (pesos ocho) para los condones masculinos, valor base que no incluye timbre ni impuesto. Dichos montos se actualizarán en la oportunidad en que el Poder Ejecutivo lo determine.-----

Artículo 6°.- Las cuponeras tendrán vigencia anual y los vales podrán ser utilizados individualmente no más allá del período de un año contado desde la fecha de expedición de la cuponera que los incluye. Durante su vigencia, el uso de vales de las cuponeras para acceder a los respectivos métodos anticonceptivos, no requerirá nueva consulta ni receta médica.-----

Artículo 7°.- Las cuponeras correspondientes a anticonceptivos orales hormonales serán entregadas en la consulta con médico ginecólogo; las correspondientes a condones masculinos y a anticonceptivos orales de emergencia, en la consulta con médico general de referencia o ginecólogo.-----

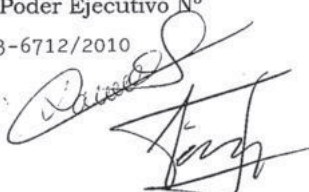
Artículo 8°.- Comuníquese, publíquese.-----

Decreto Interno N°

Decreto del Poder Ejecutivo N°

Ref. N°001-3-6712/2010

/aes
SE




JOSÉ MUJICA
Presidente de la República

CM/ 196

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA
MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y
MEDIO AMBIENTE
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 30 SET. 2010

VISTO: lo dispuesto en la Ley N° 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, de 1° de diciembre de 2008;-----

RESULTANDO: I) que la ley referida establece que el Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población;-----

II) que es necesario reglamentar dicha Ley, a los efectos de determinar las características de los servicios de salud sexual y reproductiva que deberán implementar los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud;-----

CONSIDERANDO: I) que el Estado debe promover políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñar programas y

163

organizar los servicios que permitan desarrollar los objetivos generales y específicos de la Ley N° 18.426;-----

II) que de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud se entiende por salud sexual un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad que no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar e incluye un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia, en un marco de respeto y protección a los derechos sexuales de todas las personas en tanto derechos humanos;-----

III) que la misma Organización entiende por salud reproductiva una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida, lo que implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia, el derecho de mujeres y hombres a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz en forma segura;-----

IV) que los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva de acceso universal y garantizar la

Ministerio de Salud Pública

integralidad, oportunidad, calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones correspondientes;-----

ATENTO, a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por las Leyes N° 18.426 de 1° de diciembre de 2008; N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y N° 18.335 de 15 de agosto de 2008;-----

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

Artículo 1°.- Los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva, que organizarán según lo dispone el presente Decreto y observando lo establecido en la Ley N° 18.426 de 1° de diciembre de 2008, su reglamentación y las guías clínicas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.-----

Artículo 2°.- Las prestaciones en materia de salud sexual tienen como propósito mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, además de ofrecer consejería y cuidados relativos a las enfermedades de transmisión sexual.-----
La atención de la salud reproductiva comprende el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a prevenir y asesorar sobre problemas relativos a la reproducción.-----

Artículo 3º. Los servicios de salud sexual y reproductiva formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje:-----

- a) Universal, asegurando el acceso a todos los usuarios y usuarias de los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud.-----
- b) Amigable, a fin de disminuir las barreras de acceso, en particular respecto a grupos vulnerables y socialmente excluidos, y promover la consulta oportuna.-----
- c) Inclusivo, contemplando a mujeres, varones y trans como usuarios y no sólo acompañantes de las personas con quienes se relacionen sexualmente.-----
- d) Igualitario, respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad sexual, capacidades diferentes, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.-----
- e) Integral, considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social durante todo su ciclo vital, así como su salud en general, la de sus familias y la de la comunidad.-----
- f) Multidisciplinario, mediante la integración de equipos que incluyan profesionales que actúen

Ministerio de Salud Pública

- en forma interdisciplinaria y técnicas adecuadas a las prestaciones a brindar.-----
- g) Ético, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas, creando condiciones para el ejercicio de la misma, brindando información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y el marco de los derechos humanos, que facilite la toma de decisiones personales libres, consientes e informadas durante todo el proceso de atención.-----
- h) Calificado, tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población usuaria, incluyendo las derivadas de las capacidades diferentes y de la orientación sexual e identidad sexual; observando indicadores básicos y evaluando periódicamente el grado de satisfacción para generar una mejora continua de la calidad.-----
- i) Confidencial, observando la normativa vigente en materia de confidencialidad y secreto profesional en todas las instancias y procedimientos de la atención.-----

Artículo 4°.- Las prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva se brindarán de acuerdo a la evidencia científica disponible, con encare de

disminución de riesgos y daños, incorporando la perspectiva de género, respetando la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas.

Artículo 5°.-

Las decisiones e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de los servicios respectivos, observando al efecto lo dispuesto por la Ley N° 18.335 de 15 de agosto de 2008, su reglamentación y demás normas aplicables.

Artículo 6°:

Los servicios de salud sexual y reproductiva incluirán, como mínimo:

- a) Difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en todas las etapas de la vida de las y los usuarios.
- b) Promoción de hábitos saludables de vida en las esferas sexual y reproductiva y de la consulta médica oportuna.
- c) Educación y orientación para el ejercicio responsable y placentero de la sexualidad, y promoción de la maternidad-paternidad responsables.
- d) Acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, que incluyan los reversibles e irreversibles.

Ministerio de Salud Pública

- e) Información, educación y orientación sobre métodos eficaces para la prevención de infecciones de transmisión sexual.-----
- f) Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, que incluya a las personas involucradas en las relaciones sexuales.-----
- g) Prevención y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas.-----
- h) Información y apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción.-----
- i) Prevención de la morbimortalidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto.-----
- j) Captación precoz de mujeres embarazadas, control de embarazo, prevención de riesgos y promoción de salud con enfoque de derechos sexuales y reproductivos en su transcurso, así como durante el parto, puerperio y etapa neonatal.-----
- k) Creación de condiciones para la humanización del parto institucional.-----
- l) Promoción de la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y pos parto.-----

- m) Información sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y pos parto, con respeto a las opciones de las mujeres en caso de existir alternativas.-----
- n) Asesoramiento y adopción de medidas de protección de las mujeres frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, observando lo dispuesto en la Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 369/004 de 6 de agosto de 2004.-----
- o) Atención de la interrupción del embarazo en los casos en que la misma sea autorizada de conformidad con las normas vigentes.-----
- p) Promoción de climaterios saludables desde la educación para la salud.-----
- q) Promoción de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, con derivación oportuna cuando se detecten problemas al respecto.-----
- r) Prevención de la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando se detecte en personas de cualquier edad, observando lo dispuesto en la Ley N° 17.514 de 2 de julio de 2002 y su reglamentación.-----

Ministerio de Salud Pública

- s) Prevención y reducción de daños por consumo de sustancias adictivas legales e ilegales, con derivación oportuna cuando se detecte.-----

Artículo 7°.- Para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva se priorizará el primer nivel de atención, sin perjuicio de asegurar los mecanismos de referencia y contra referencia con los demás niveles de atención.-----

Artículo 8°.- Los servicios de salud sexual y reproductiva contarán con instalaciones físicas que garanticen la privacidad y confidencialidad de la consulta y los procedimientos que corresponda realizar a los mismos.-----

Artículo 9°.- Sin perjuicio de su integridad, los servicios de salud sexual y reproductiva serán prestados por los profesionales de la salud competentes en cada especialidad, de acuerdo a las guías clínicas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública.-----
Además, cada prestador deberá contar con un equipo de referencia multidisciplinario, que tendrá la siguiente integración mínima: ginecólogo/a, obstetra/partera y psicólogo/a, pudiendo convocar a otros profesionales cuando lo demanden los problemas a abordar. El equipo de referencia podrá ser propio del prestador o por convenio con otros prestadores que actúen en el territorio. Por razones fundadas, vinculadas a la

171

cantidad de población usuaria y características de la localidad en que preste servicios el prestador, el Ministerio de Salud Pública podrá autorizar excepcionalmente una integración distinta del equipo de referencia.-----

El equipo de referencia deberá asegurar la integralidad de los servicios, a cuyo efecto definirá criterios comunes para la actuación de los profesionales y técnicos involucrados en los servicios de salud sexual y reproductiva, y monitoreará su efectiva aplicación por parte de los mismos. El prestador deberá instrumentar los mecanismos de articulación permanente entre dicho personal de salud y el equipo de referencia. Sin perjuicio de la atención que reciban de los especialistas, usuarias y usuarios podrán acudir en consulta al equipo de referencia, por derivación de los primeros o por su propia iniciativa.-----

Artículo 10°.-

En el marco de lo dispuesto por la Ley N° 18.426, el Ministerio de Salud Pública definirá los contenidos y planificará actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales que integren los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva, a los efectos de mejorar la calidad de la atención.-----

Ministerio de Salud Pública

Artículo 11°.- El Ministerio de Salud Pública ejercerá el contralor general de la ejecución de los servicios que reglamenta el presente Decreto. La Junta Nacional de Salud, en ejercicio de sus cometidos de administración del Seguro Nacional de Salud, controlará que los prestadores que integran dicho seguro brinden las prestaciones respectivas de conformidad con la normativa vigente.-----

Artículo 12°.- Comuníquese. Publíquese.-----

Decreto Interno N°182/2010

Decreto Poder Ejecutivo N°293/010

Ref. N°001-3-4717/2010

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
 JOSÉ MUJICA
 Presidente de la República

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

REPUBLICA DE LA REPUBLICA
 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
 04 OCT, 2010
[Handwritten signature]



Programa de Salud
Integral de la Mujer



Programa de Salud Integral de la Mujer

Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva

DPES - DIGESA - MSP



Área Salud Sexual
y Reproductiva
DIGESA

EXTRACTO DEL DECRETO DEL PODER EJECUTIVO 383/010 del 22 de diciembre de 2010

- Artículo 6: **Incorporarse a los Programas Integrales de Salud y al catálogo de Prestaciones de Salud, como una prestación Obligatoria a la Vasectomía y a la Ligadura tubaria por vía laparoscópica.** Dicha prestación no dará derecho al cobro de tasa moderadora.

EXTRACTO DEL DECRETO DEL PODER EJECUTIVO 292/012 del 29 de Agosto de 2012

- Artículo 10: **Incorporarse a los Programas Integrales de Salud y al Catálogo de Prestaciones de Salud, como prestación obligatoria, la colocación de Dispositivo Intrauterino (DIU).** Dicha prestación no dará derecho al cobro de tasa moderadora, sin perjuicio de la correspondiente a la consulta ginecológica. En los casos en que el Dispositivo sea suministrado a las Instituciones por el Ministerio de Salud Pública, no dará a lugar a ningún pago por ese concepto por parte de la usuaria.



Ministerio de Salud Pública
Dirección General de Secretaría
Departamento de Programación Estratégica en Salud

GUIA PARA IMPLEMENTACION DE LA ATENCION DE LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Naciones Unidas Uruguay
Unidos en la Acción

URUGUAY 2010



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Autoridades

Ec. Daniel Olesker.

Ministro de Salud Pública.

Dr. Jorge Venegas.

Subsecretario.

Esc. Julio Martínez.

Director de Secretaría.

Dr. Leonel Briozzo.

Director del Departamento de Programación Estratégica en Salud.

Dra. Leticia Rieppi.

Coordinadora del Área de Salud Sexual y Reproductiva.

Lic. Inés Bausero.

Responsable del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer.

EQUIPO TÉCNICO A CARGO DE LA ELABORACIÓN:

Dr. Leonel Briozzo

Director del Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES)
Ministerio de Salud Pública (MSP).

Dra. Leticia Rieppi

Coordinadora del Área Salud Sexual y Reproductiva (SS y RR)
Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES)
Ministerio de Salud Pública (MSP).

Lic. Enf. Inés Bausero

Responsable del Programa Salud Integral de la Mujer
Área SS y SR – DPES – MSP.

Soc. María Luz Osimani

Responsable del Programa P. ITS/SIDA – Área SS y SR – DPES – MSP.

Dra. Sandra Romano

Responsable del Programa Violencia y Salud – Área SS y SR – DPES – MSP.

Dr. Rafael Aguirre

Programa Salud Integral de la Mujer – Área SS y SR – DPES – MSP.

Lic. T.Soc. Ingrid Gabrielzyk

Área SS y SR – DPES – MSP.

Dra. Giselle Tomasso

Área SS y RR – DPES – MSP.

Br. María Pía D'Andrea

Unidad de Análisis de Coyuntura – MSP.

Prof. Isabel Pérez

Depto. De Comunicación y Salud - MSP.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Cristina Grela

Eje Género Unidad Transversal - DPES – MSP.

Dr. Héctor Babace

Depto. De Normas e Investigación - MSP.

Dr. Sergio Araújo

Área SS y SR - DPES – MSP.

Ec. Ida Oreggioni

División Economía de la Salud – MSP.

COMISIÓN NACIONAL ASESORA EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA¹

¹ Este documento fue presentado y discutido en la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Salud Reproductiva durante el 2do semestre de 2010. El mismo no logró un total consenso a nivel de la Comisión.

INDICE

Prólogo	5
Objeto de la Guía	7
Caracterización de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva	7
Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública	13
Responsabilidades de las instituciones prestadoras de salud	14
Guía orientadora para los Equipos Coordinadores de Referencia en la implementación de los Servicios de SS Y SR	16
Anexos Ley 18426 de 2008 Decreto reglamentario 293/010 Cuadro de normativas del MSP en SS y SR	18

PRÓLOGO

La promulgación y reglamentación de la Ley 18426 (Ver anexos 1 y 2) que incluye la implementación de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR) constituyen un punto de inflexión en la universalización y la consolidación de las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva (SS y SR)², pues:

- Establece el marco de atención a la SS y SR como derecho de los ciudadanos³.
- Constituye una estrategia para promover la progresiva realización de una atención a la SS y SR integral, eficaz y de calidad en las Instituciones prestadoras de salud.
- Requiere generar transformaciones institucionales, en acuerdo con el cambio del modelo de gestión y de atención promovidos por la Reforma de la salud.
- Profundiza el cambio de modelo de atención, y propicia cambios en las concepciones y prácticas de los equipos profesionales y de los usuarios.

El Ministerio de Salud Pública en su rol Rector de Políticas de Salud, considera necesario desarrollar un documento explicativo acerca de cómo deben organizarse y funcionar los SS y SR. Mediante este documento busca contemplar la diversidad y complejidad de las distintas instituciones de salud facilitando la aplicabilidad de esta Ley.

En ese sentido, la presente Guía brinda herramientas para que las instituciones y los profesionales de la salud incorporen en sus prácticas la perspectiva y acciones referidas a la SS y SR, garantizando el acceso universal a esos derechos, a los servicios y sus prestaciones.

Los distintos componentes de implementación de los SS y SR, estarán sujetos a las pautas y modificaciones que en el proceso de aplicación- evaluación, recomiende el Ministerio de Salud Pública. En todos los casos, las pautas modificadas serán comunicadas a las instituciones en tiempo y forma.

² En lo sucesivo en el presente texto, toda vez que se haga mención a el/la y los/las y sus respectivas declinaciones, se utilizará el masculino a los efectos de facilitar la lectura. **Acceso 3 7401 2023** -va, El Cairo set 1994

OBJETO DE LA GUÍA

- La presente Guía está dirigida a los equipos de gestión de las instituciones prestadoras de salud, a los profesionales que integren los Equipos Coordinadores de Referencia (ECR) de los S SS y SR, así como a todos los profesionales, técnicos y personal en general de las instituciones relacionadas o no con dichos servicios.

CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las Instituciones prestadoras de salud que integren o no el SNIS, constituyen el escenario en el cual se desarrolla la relación sanitaria. Así, las instituciones generarán los espacios habilitantes para que los usuarios y usuarias ejerzan sus derechos y los equipos de salud desarrollen su práctica profesional de acuerdo con los principios éticos y valores profesionales.

En este sentido definimos los S SS y RR como la expresión asistencial de cada institución integrante del SNIS en el área específica de los temas concernientes a la salud y los derechos sexuales y reproductivos

Todas las Instituciones prestadoras de salud deberán contar con un S SS y RR. El mismo estará constituido por un ECR y por todos los técnicos y profesionales de la institución involucrados en cumplir las acciones necesarias para garantizar las prestaciones establecidas en la Ley 18.426 y su reglamentación (293/010) (Ver anexos 1 y 2).

Estos servicios deberán cumplir con las acciones y prestaciones incluidas en la ley y las normas establecidas por el MSP relacionadas con la SS y SR.

A esos efectos se recuerda lo estipulado por la ley 18426 y su reglamentación:

- difusión y promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos en todas las etapas de la vida;
- promoción de hábitos saludables de vida en las esferas sexual y reproductiva y de la consulta profesional oportuna;
- educación y orientación para el ejercicio responsable y placentero de la sexualidad y promoción de la maternidad y paternidad responsables;
- acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables, tanto reversibles como irreversibles;
- información, educación y orientación sobre métodos eficaces para la prevención de infecciones de transmisión sexual⁴;
- tratamiento de las ITS/VIH que incluya a todas las personas involucradas en la relación sexual;
- prevención y tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas de origen genito reproductivas;
- información y apoyo a parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción;
- prevención de la morbilidad y mortalidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y aborto;
- captación precoz de mujeres embarazadas, control de embarazo, prevención de riesgos y promoción de salud con enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos en su transcurso, así como durante el parto, puerperio y etapa neonatal;
- creación de condiciones para la humanización del parto institucional;
- promoción de la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer embarazada en el trabajo de parto, parto y postparto;

⁴ Oficio N.º 001/2023/001 en el marco de la consejería/ orientación según las normativas del MSP, con especial énfasis en la población más vulnerable (ley 18335, decreto 274/10, decreto 158/97 PE y ordenanza 430/98)

- información sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y postparto con respecto a las opciones de las mujeres en caso de existir alternativas;
- asesoramiento y adopción de medidas de protección de las mujeres frente al aborto provocado en condiciones de riesgo;
- atención de la interrupción del embarazo en los casos en que la misma sea autorizada de conformidad con las normas vigentes;
- promoción de climaterios saludables;
- promoción de la salud mental desde la perspectiva de los derechos sexuales y derechos reproductivos con derivación oportuna cuando se detecten problemas al respecto;
- prevención de la violencia física, psicológica y sexual, atención y derivación oportuna cuando ésta se detecte en personas de cualquier edad⁵;
- prevención y reducción de daños por consumo de sustancias adictivas legales e ilegales con derivación oportuna cuando se detecte.

El Servicio deberá garantizar un conjunto de acciones y prestaciones que **involucra a todos los profesionales de la salud** del prestador – efector.

La Institución es responsable de la capacitación de su personal para poder brindar prestaciones integrales. El MSP podrá evaluar estas capacitaciones para que las mismas cumplan con los estipulados de la ley y decreto correspondientes.

Todos los profesionales deberán cumplir con sus funciones Asistenciales **INTRANSFERIBLES**.

Con el objetivo de optimizar las acciones y prestaciones a llevar adelante, por todos los profesionales, se establece el requerimiento de, al menos, un Equipo Coordinador de Referencia en cada Institución

EQUIPO COORDINADOR DE REFERENCIA

El ECR funcionará en el marco de la Institución como:

- equipo con funciones asistenciales directas, ya sea por derivación o por solicitud directa de los usuarios.
- equipo gestor, facilitador de la coordinación de la atención integral y responsable de la implementación de las acciones y prestaciones incluidas en la ley.

Integración y organización del ECR

El ECR estará integrado por aquellos profesionales seleccionados por la institución según el siguiente perfil:

- Poseer formación de grado en el área de la salud.
- Acreditar estudios especializados y/o experiencia probada en el área de la SS y/o SR según una perspectiva de derechos, con un abordaje de la atención que tenga en cuenta todos los componentes de la salud de las personas, la diversidad sexual y de género.

Dicho perfil será especificado y controlado directamente por el MSP desde el Área SS y SR del DPES en coordinación con la JUNASA.

La integración mínima del ECR está pautada en el decreto de reglamentación de la ley 18426 (ginecólogo, obstetra partera, psicólogo), debiendo incorporar naturalmente , además a Licenciados en Enfermería.

No obstante, el ECR deberá integrarse o vincularse (dependiendo de lo establecido por el MSP) con profesionales de diversas especialidades (urología, endocrinología, psiquiatría, trabajo social, oncología, etc.) que permitan un trabajo interdisciplinario o una derivación eficiente y coordinada que permita una asistencia integral y oportuna.

No todos los integrantes del ECR tendrán actividades asistenciales directas, sin perjuicio de que el ECR sí tendrá actividades asistenciales. El ECR tendrá actividades asistenciales directas que serán intransferibles, sin perjuicio de lo cual algunos miembros del ECR tendrá actividades de planificación, capacitación y difusión institucional.

El ECR identificará a los profesionales más afines, que evidencien un perfil adecuado para brindar una atención integral, incorporándolos al servicio al ser requerida la interconsulta

Cada ECR tendrá a su vez un coordinador que oficiará como Jefatura, dependerá de la dirección técnica (por ser un equipo inter/multidisciplinario), tendrá o no actividades asistenciales según el caso y será referente de la institución ante el MSP. Este coordinador participará de la Red de Articulación de ECR en el ámbito del MSP.

El ECR funcionará en un área física con características que aseguren la confidencialidad y accesibilidad a las prestaciones, además de posibilitar reuniones del equipo, programadas y periódicas.

Realizará reuniones periódicas para la gestión de servicio, desarrollando lineamientos institucionales para la adecuación y el cumplimiento de lo establecido por la ley y su reglamentación. Para ello se reunirá periódicamente con los profesionales y técnicos de la Institución.

El ECR tendrá un horario de atención (asistencial) de conocimiento público donde asistirá a los usuarios referidos y a todos aquellos que soliciten la asistencia por opción.

Cometidos del ECR:

- a. Promover la sensibilización y capacitación de todos los profesionales y equipos de salud de la institución en la atención de la SS y RR.
- b. Brindar asistencia en SS y SR según lo pautado en el segmento referido a Funciones.
- c. Articular y coordinar acciones con otros integrantes del equipo de salud y con los equipos de referencia en Violencia Doméstica, equipos del área social y de salud mental, de abuso de sustancias, etc.
- d. Facilitar la información solicitada a través del Área de Salud Sexual y Reproductiva (DPES-MSP) o la JUNASA, para proceder a evaluar las acciones y sus resultados.
- e. Establecer, en base a las recomendaciones del MSP, acciones para optimizar los servicios
- f. Propiciar acciones y actividades intersectoriales e interinstitucionales para promover los derechos en SS y SR y las acciones al respecto, incluyendo la articulación con organizaciones territoriales gubernamentales y no gubernamentales.

Funciones del ECR:

Asistencia

Se realizará en dos circunstancias

1. Dirigida a los usuarios que soliciten directamente ser atendidos por el ECR (opción del usuario).
2. Usuarios referidos por otros profesionales. Los criterios de derivación serán definidos por el ECR valorando el grado de complejidad biológica, psicológica o social. Estos criterios de derivación deberán ser analizados periódicamente por el equipo y el MSP en base a la demanda de los usuarios, las características de la institución, el motivo de consulta y la necesidad de un abordaje interdisciplinario, de forma que los usuarios accedan a un servicio oportuno y de calidad, evitando derivaciones innecesarias.

● **Gestión y coordinación del SSS y SR**

Participar de la Red de Articulación de ECR en el Área de SS y SR del DPES - MSP.

Establecer roles y cometidos, diferenciando la atención inherente a la función de cada profesional de la derivación pertinente al ECR.

Monitorizar y evaluar las prestaciones de SS y SR que realicen los profesionales y equipos de salud de toda la institución y el propio ECR, elevando los resultados al MSP.

Identificar las barreras existentes en la cultura institucional de su organización y proponer acciones orientadas a superarlas ante la dirección técnica y equipo de gerencia de la institución.

Identificar facilitadores con perspectiva de derechos sexuales y derechos reproductivos entre el personal y usuarios de la institución.

Coordinar con las organizaciones de usuarios el monitoreo de las prestaciones.

● **Acciones de prevención y promoción**

Participar de acciones y planes institucionales, interinstitucionales e intersectoriales orientados a la promoción de la calidad de vida, de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Realizar campañas institucionales de difusión de las prestaciones en SS y SR, pudiendo coordinar estas acciones con las asociaciones de usuarios.

Promoción de la participación activa de los usuarios en la implementación y monitoreo de las acciones en SS y SR.

RESPONSABILIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- a- Redactar la presente guía, difundirla y actualizarla, cuando se requiera.
- b- Facilitar la comprensión, capacitación e implementación, por parte de las Instituciones, de las acciones definidas en la Ley 18.426, en su reglamentación, en la presente guía y en todas las normativas vinculadas a la SS y SR (Ver anexo 3).
- c- Ejercer su rol rector en políticas de salud, monitoreando y fiscalizando la implementación de los servicios. Esto incluye:
 - Establecer número e integración del o de los equipos coordinadores de referencia, en función del número de usuarios beneficiarios, distribución y área geográfica de cobertura de cada institución.
 - Asegurar la universalidad, oportunidad, integralidad y calidad de las prestaciones y de los insumos para la atención de la SS y SR.
 - Definir los lineamientos de las capacitaciones referidas a la materia.
- d- Revisar, evaluar y solicitar cambios a las instituciones en el modo de implementación de los servicios y prestaciones, con el objetivo de optimizar la ejecución de la política y garantizar los derechos de los usuarios.
- e- Acompañar, respaldar y servir de orientación a los ECR de cada institución en la implementación, gestión y atención de los SSS y SR.
- f- Constituir y coordinar una Red de Articulación de ECR de alcance nacional la cual realizara reuniones periódicas de concurrencia obligatoria, con el objetivo de conocer, evaluar, apoyar y aportar insumos para modificar, si es necesario, la implementación de los servicios. Dicha Red quedará bajo la órbita del Área de SS y SR del DPES - MSP.
- g- Elaborar herramientas de medición y estrategias de evaluación de los SSS y SR.

RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD

- a- Disponer de los recursos humanos y materiales necesarios para implementar los servicios y asegurar sus acciones.
- b- Crear el/los ECR, que tendrán una integración adecuada a las características institucionales, a la cantidad y distribución geográfica de sus usuarios. Su integración deberá ser notificada al MSP, para su evaluación con vistas a establecer una integración ideal para cada institución.
- c- Asignar potestades y facilitar recursos a los integrantes del/los equipos coordinadores de referencia para lograr los objetivos planteados. Estas potestades deberán garantizar su rol cardinal en las definiciones que las instituciones tomen al respecto de asuntos tales como la implementación de los servicios, la capacitación del personal médico y no médico y otros aspectos organizativos, operativos y asistenciales.
- d- Apoyar al ECR en su rol y en el desarrollo de instancias de reunión para optimizar los servicios (capacitación, evaluación, ajuste, etc.).
- e- Establecer acciones universales, accesibles, integrales y oportunas con énfasis en el Primer Nivel de Atención.
- f- Establecer un sistema de registro estandarizado y evaluación de las prestaciones en SS y SR llevadas a cabo en la institución en acuerdo con lo establecido por el MSP.
- g- Generar una política de difusión de información, orientada a los usuarios sobre derechos sexuales, reproductivos, género y diversidad sexual, así como sobre la existencia de servicios para su atención integral.
- h- Propiciar la participación de los y las usuarios/as en el seguimiento de los S SS y SR.
- i- En los lugares y/o circunstancias que lo ameriten, establecer acciones de complementación pública – publica, privada - privada o publica - privada, para, en base a las recomendaciones que realice el MSP, optimizar el servicio a nivel territorial.

GUÍA ORIENTADORA PARA LOS ECR EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS S DE SS Y SR

La Implementación de los servicios de SS y SR consta de 6 pasos:

Planificación inicial del servicio.

2. Selección del equipo técnico multi/interdisciplinario.
3. Evaluar los requerimientos de infraestructura y funcionamiento del S SS y SR.
4. Examinar y optimizar la ruta crítica de los usuarios.
5. Difusión institucional del S SS y SR.
6. Gestión integral.

Planificación inicial del servicio:

Para ello es necesario:

- Analizar las fortalezas y debilidades institucionales.
- Identificar actores claves (para la asistencia, capacitación, difusión, etc.).
- Establecer un plan de acción.
- Acordar las acciones con el equipo de gestión institucional y el MSP.

Seleccionar el equipo técnico inter/multidisciplinario, considerando los siguientes perfiles:

2.a. Perfil de los integrantes del ECR:

- Calificación profesional propia de cada disciplina y formación en el área de SS y SR basada en derechos y con perspectiva de género.
- Buena capacidad de comunicación, con formación y práctica basada en la comunicación asertiva.
- Capacidad de empatía.
- Capacidad de reflexión sobre la propia práctica.
- Habilidades para el trabajo en equipo multi/interdisciplinario-
- Comprometido con la bioética y la práctica basada en sus principios.
- Compromiso con la mejora continua de la calidad de los servicios brindados.

2.b. Perfil del Coordinador del S. SS y SR:

Capacidad de:

Planificar la actividad asistencial de acuerdo a la demanda de atención, aspectos administrativos, técnicos y logísticos.

Establecerse como referente técnico para el equipo de salud.

Establecer un buen relacionamiento con otros sectores institucionales, interinstitucionales y con el MSP.

Gestión de la documentación del S SS y SR.

Implementar un monitoreo de la calidad.

Seleccionar los profesionales que están mejor capacitados y dispuestos para desarrollar las acciones descritas en "Funciones de ECR".

Establecer los requerimientos de infraestructura del S SS y SR en base a 4 aspectos prioritarios:

- Espacios de atención amigables e inclusivos, libres de mensajes discriminatorios de cualquier índole.
- Privacidad y confidencialidad de todas las instancias de atención y los instrumentos de registro.
- Espacios para trabajo en equipo.
- Accesibilidad física de todos los usuarios, contemplando las necesidades de las personas con discapacidades.

Examinar y optimizar la ruta crítica de los usuarios, a fin de detectar barreras institucionales a ser corregidas

- Información al usuario.
- Gestión de la Consulta Ambulatoria.
- Recepción de los usuarios.
- Consulta con equipo multi/interdisciplinario.
- Referencia – contrarreferencia.

Asegurarse que en todos los puntos de la ruta crítica cuentan con las herramientas para optimizar el acceso al S. SS y SR

Difusión institucional del S SS y SR con los siguientes objetivos:

5.1. Dirigida al personal de la institución:

- Conocer la existencia de la ley, su reglamentación y las normas y decretos al respecto de la SS y SR.
- Conocer los derechos y obligaciones del personal y de los usuarios.
- Respaldo de la jerarquía técnica institucional al servicio.

5.2 Dirigida a los usuarios

- Difusión de los derechos en SS y SR y la existencia de los servicios.
- Promover la utilización de los servicios institucionales.

Utilizar para ello los medios disponibles en cada Institución: Web, cartelería, folletería, boletines institucionales, etc.

6.Gestión integral. Incluye:

- Liderazgo.
- Monitoreo de calidad.
- Monitoreo de resultados.
- Seguimiento del plan de desarrollo según este monitoreo.

ANEXOS

1. Ley 18426 de 2008

Cuadro de normativas del MSP en SS y SR

COMPONENTE DE LA SSR	NORMATIVAS GUÍAS CLÍNICAS De obligatorio cumplimiento en el marco de la Ley 184216	AÑO
ABORTO, ABORTO INSEGURO	Ordenanza 369/004. Art. 3 Ley 18426 Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.	MSP, 2004. MSP, 2008
ANTICONCEPCIÓN	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Anticoncepción Reversible.	MSP, 2005.
	Comunicado al cuerpo médico sobre decreto vigente 258/1992 sobre consentimiento informado para esterilización femenina y masculina.	MSP, 1992. MSP, 2006.
	Manual de procedimiento para el manejo del sistema logístico de insumos anticonceptivos y condones dirigido a Abastecimientos/ Almacenes Centrales y Unidades Ejecutoras.	MSP, 2009.
	Manual de procedimiento para el manejo del sistema logístico de insumos anticonceptivos y condones dirigido al Primer Nivel de Atención.	MSP, 2009.
	Manual de distribución de MAC y preservativos a usuarias/os.	MSP, 2009.

**COMPONENTE
DE LA SSR**
**NORMATIVAS
GUÍAS CLÍNICAS**
AÑO

De obligatorio cumplimiento en el marco de la Ley 184216

CANCER GENITO MAMARIO (pendiente revisar estas normativas)	Cáncer de Mama Primario. Guías para el diagnóstico, tratamiento sistémico y seguimiento.	MSP, 2002
	Cáncer de Mama Metastásico.	MSP, 2003
	Guías para el diagnóstico, tratamiento sistémico y seguimiento. Pautas de Diagnóstico y Tratamiento Administración de Citostáticos.	MSP, 2003.
	Ordenanza 402. Exoneración de copago en estudios de PAP y mamografía en servicios privados de la salud.	MSP, 2006.
	Decreto 571/006. Carné de salud básico a las mujeres. Inclusión de la mamografía y el PAP a los requerimientos básicos del carné a nivel público y privado.	MSP, 2006
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	Decreto 195/2005 (Poder Ejecutivo), Decreto 562/2006. Exoneración de co-pago en estudios paraclínicos de embarazo de bajo riesgo.	Poder Ejecutivo, MSP 2005 – 2006.
	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer durante el embarazo	MSP, 2007.
	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer durante el parto y puerperio.	MSP, 2008.
	Decreto 295/1997. Test de VIH. Ofrecimiento del test a toda mujer embarazada en el primer control obstétrico y de resultar positivo, ofrecimiento de TARV.	MSP, 1997.
	Ley 17386. Acompañamiento en el trabajo de parto y parto. Decreto 67/006. Reglamentación.	Poder Ejecutivo, 2001. MSP, 2006.
	Ordenanza 751/006. Creación de la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de la muerte de mujeres por causa del embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto.	MSP, 2006.

**COMPONENTE
DE LA SSR**

**NORMATIVAS
GUÍAS CLÍNICAS**

AÑO

De obligatorio cumplimiento en el marco de la Ley 184216

DIVERSIDAD SEXUAL	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Diversidad Sexual	MSP, IMM, Mesa de Trabajo sobre Diversidad Sexual, 2009.
ITS, VIH sida	Decreto 233/88. Obligatoriedad del control de sangre y hemoderivados para ser utilizados en todo el país a efectos de detectar el VIH.	MSP, 1988
	Circular 58/93. Establece que todo paciente con tuberculosis deberá ser estudiado por el test serológico de VIH y aplicación de la quimioprofilaxis los VIH positivos.	MSP, 1993
	Decreto 317/94. Reglamento para los laboratorios a los efectos de implementar un programa de bioseguridad para minimizar los riesgos y efectuar una efectiva prevención de los accidentes laborales.	MSP, 1994
	Decreto 146/94 Inclusión del VIH en el código nacional de enfermedades de denuncia obligatoria.	MSP, 1994
	Decreto 158/97 y 295/97. Establece el ofrecimiento de la prueba de VIH a toda mujer embarazada previo a su consentimiento informado. Dicho consentimiento deberá ser realizado para su tratamiento en caso que la mujer resulte VIH positiva.	MSP, 1997
	Resolución ministerial 171/97. Incluye la cobertura universal de medicamentos antiretrovirales a todas las personas con sida, tanto en el sector público como privado.	MSP, 1997
	Decreto 99/98. Establece los procedimientos de bioseguridad a tenerse en cuenta en la práctica odontológica.	MSP, 1998

COMPONENTE DE LA SSR	NORMATIVAS GUÍAS CLÍNICAS	AÑO
De obligatorio cumplimiento en el marco de la Ley 184216		
ITS, VIH sida	Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico de Infecciones de Transmisión Sexual.	MSP, 2005
	Directrices básicas para la realización de consejería / orientación en VIH – Sida.	MSP, 2006
	Guías clínicas de profilaxis y tratamiento de la infección por VIH en pediatría.	MSP, 2006.
	Guías para diagnóstico y tratamiento antiretroviral y monitorización en adultos y embarazadas con VIH.	MSP, 2006.
	Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para funcionarios/as de la institución y usuarios/as. Flujograma de la conducta a seguir en el caso de la exposición a sangre y fluidos potencialmente contaminantes.	MSP, Afiche 2007 Guía 2009.
	Directrices para la atención integral de las trabajadoras/as sexuales.	MSP, 2008.
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	Decreto 281/006. Las instituciones de salud deberán prestar atención y asistencia a usuarias en situación de violencia doméstica.	MSP, 2006
	Pautas para el abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de procedimientos para el primer nivel de atención.	
Otras guías vinculadas a SSyR	Guías para el abordaje de la salud integral de adolescentes en el primer nivel de atención.	MSP, 2009.
	Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER EN CLIMATERIO para el PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN y Prevención de consecuencias evitables	MSP, 2010.



Montevideo, 15 de enero 2023.

Director General de Secretaría

Ref. N.º 12/001/3/7401/2023.-

Mediante solicitud de Acceso a la Información Pública, solicita la siguiente información al Ministerio de Salud Pública:

1. *Se solicita todas las resoluciones que tenga el Ministerio de Salud Pública respecto a políticas sobre preservativos, y que hayan sido dictadas en el mes de julio del 1991 y de diciembre del año 2000.*
2. *Se pide conocer la cantidad de funcionarios profesionales del MSP, y dentro de estos, cuántos son psicólogos/as y cuál es su destino (de los psicólogos, ej.: 2 en el departamento de políticas públicas, 3 en salud ocupacional).*
3. *Se solicita conocer cuántos laboratorios del MSP están inscriptos en el Registro Nacional de Laboratorios Ambientales del Ministerio de Ambiente, cuales son y la descripción y cantidad de profesionales de cada uno de estos laboratorios.*
4. *Se solicita conocer la cantidad de intervenciones quirúrgicas y/o hormonales realizadas en el marco de la ley 19684 en el año 2022, y que se desglosen los datos por departamento.*

Consultada la Dirección General de la Salud (DIGESA), cuyo informe luce adjunto a estos obrados (fs.27 a 245), y la Div. Recursos Humanos, cuyo informe se encuentra adjunto a estos obrados a fs. 10, se sugiere proporcionar la información ut supra referida en los términos que se detallan a continuación.

Respecto a las interrogantes 3 y 4, la Dirección General de la Salud (DIGESA), informa: que no se cuenta con registro de "...laboratorios del MSP están inscriptos en el Registro Nacional de Laboratorios Ambientales del Ministerio de Ambiente y en el MSP no hay registro de la cantidad de intervenciones quirúrgicas y/o hormonales ya por sus características requiera notificación para seguimiento por parte de la autoridad Sanitaria, respectivamente.

Considerando que la solicitud se formuló conforme al procedimiento establecido en la norma (Ley 18.381 - art. 13 y ss.), y no se encuentra declarada como reservada o confidencial.

Se recomienda hacer lugar a la solicitud de Acceso a la Información Pública de forma parcial, notificando al interesado de la foja 10 y las fojas 27 a 245, la correspondiente resolución.



Ministerio
de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de Secretaría

VISTO: la solicitud de información pública efectuada al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008;

RESULTANDO: que el peticionante solicita acceder a: i) todas las resoluciones que tenga el Ministerio de Salud Pública respecto a políticas sobre preservativos dictadas en el mes de julio de 1991 y en diciembre de 2000; ii) cantidad de funcionarios profesionales del Ministerio de Salud Pública, y dentro de estos, cuántos son psicólogos/as y cuál es su destino; iii) cuántos laboratorios del Ministerio de Salud Pública están inscriptos en el Registro Nacional de Laboratorios Ambientales del Ministerio de Ambiente, cuáles son, la descripción y cantidad de profesionales de cada uno de estos laboratorios; y iv) cantidad de intervenciones quirúrgicas y/o hormonales realizadas en el marco de la Ley N° 19.684 en el año 2022, desglosadas por Departamento;

CONSIDERANDO: I) que en mérito de lo informado por la Asesoría Legal de la Dirección General de Secretaría corresponde acceder a lo solicitado en forma parcial;

II) que de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 16 de la citada disposición legal, el acto que resuelva la petición debe emanar del jerarca máximo del Inciso o quien posea facultades delegadas al efecto;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por Resolución Ministerial N° 38/991 de 22 de enero de 1991;

EL DIRECTOR GENERAL DE SECRETARÍA

en ejercicio de las atribuciones delegadas

RESUELVE:

- 1º) Autorízase el acceso a la información en forma parcial, en referencia a la solicitud efectuada, al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008.

2º) Notifíquese a la parte interesada a través de Secretaría de la Dirección General de Secretaría. Pase al Departamento de Comunicaciones para su publicación en la página web institucional. Cumplido, archívese.

Ref. N° 001-3-7401-2023

MO