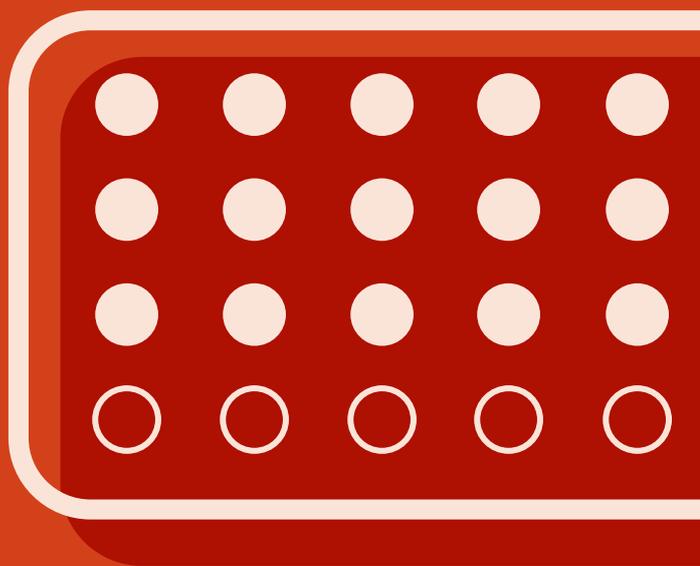
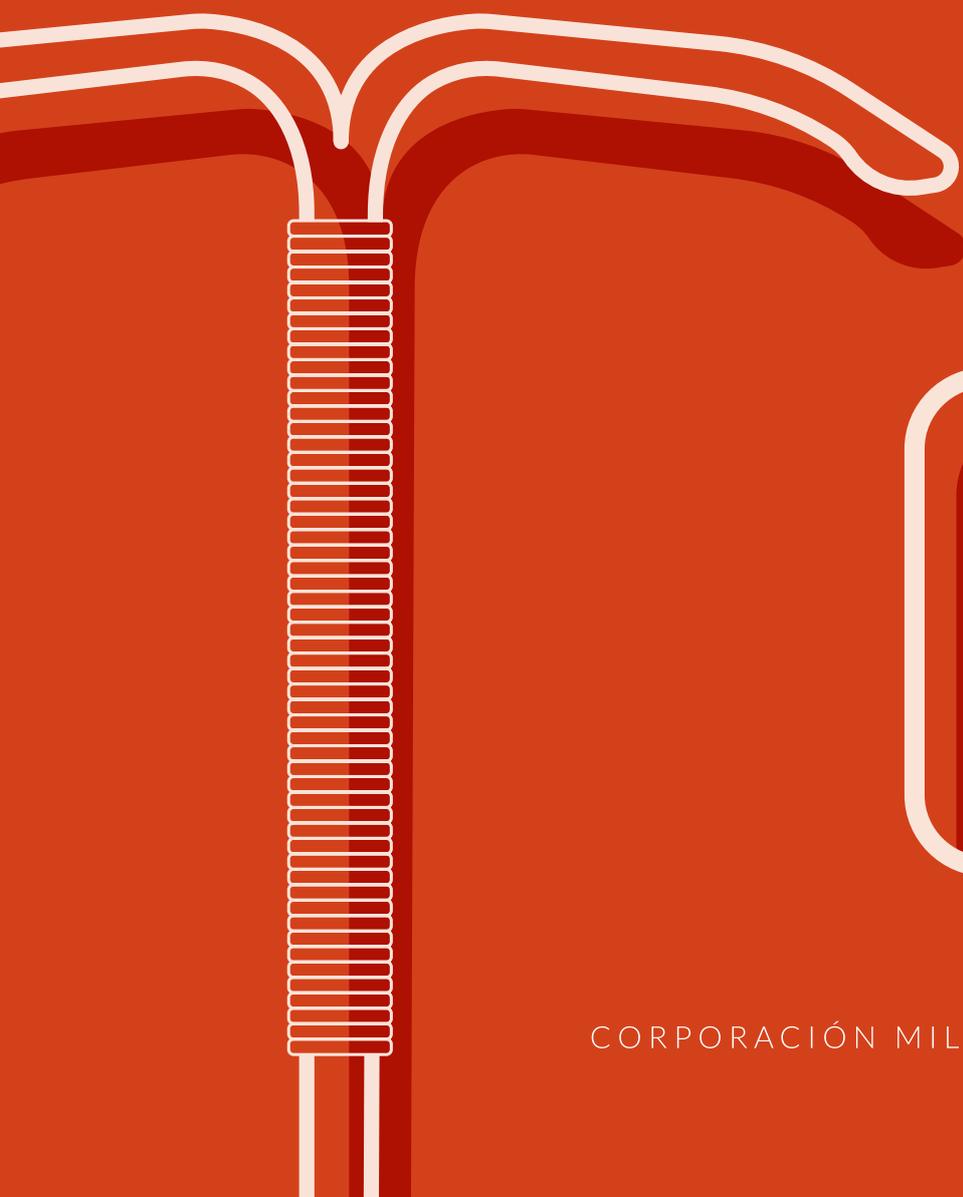


GUÍA DE MANEJO EN ANTICONCEPCIÓN PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



CORPORACIÓN

SELM

Guía de manejo en anticoncepción para Atención Primaria de Salud.

Diciembre 2020

www.mileschile.cl

TABLA DE CONTENIDOS

Anticoncepción y derechos humanos	6
Elección de anticonceptivos	8
Métodos anticonceptivos	13
Dispositivos intrauterinos	13
1. DIU con cobre	13
2. DIU con levonorgestrel	17
Anticonceptivos de progestágeno solo	21
3. Implantes de progestágeno solo	21
4. Inyectables de progestina solo.....	25
5. Anticonceptivos orales de progestina sola.....	29
Anticonceptivos hormonales combinados	33
6. Anticonceptivos orales combinados.....	33
7. Inyectables combinados	37
Anticoncepción de emergencia	40
8. Anticoncepción de emergencia (AE)	40

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de 1994 define la salud reproductiva como: «un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos». El Programa de Acción también declara que el objetivo de la salud sexual «es la optimización de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual». Tanto la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), como la Declaración de la plataforma de Beijing (1995) reconocen la salud reproductiva como un Derecho Humano en general y el derecho a definir cuántos hijos tener, con quién tenerlos y cuándo tenerlos, en particular.

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordados por los estados en 2001, la meta 5b requirió lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Al final de ese período, se notificó que la prevalencia mundial de los anticonceptivos era del 64% (41% en países de bajos ingresos) y que la demanda no satisfecha de planificación familiar a nivel mundial era del 12% (22% en países de bajos ingresos). Ahora, entre los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las metas 3.7 y 5.6 demandan el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a los derechos reproductivos y de salud sexual y reproductiva, respectivamente, para 2030. La atención de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, se reconoce no solo como una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres y los infantes, sino como un derecho humano. Los tratados de derechos humanos regionales e internacionales, las constituciones nacionales y las leyes establecen garantías que se relacionan específicamente con la información y los servicios de anticoncepción. Entre otras, la garantía de que los estados deben asegurar el acceso oportuno y asequible a servicios e información de salud sexual y reproductiva de buena calidad —incluida la anticoncepción—, que deben otorgarse de una manera que avale la toma de decisiones plenamente informadas, respete la dignidad, la autonomía, la privacidad y la confidencialidad, y que tenga en cuenta las necesidades y las perspectivas de las personas en la relación entre usuarias y personas encargadas de prestar servicios de salud. El enfoque a la provisión de anticonceptivos basado en los derechos supone una visión holística de las usuarias, lo que incluye tener en cuenta sus necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva, y analizar todos los criterios de elegibilidad adecuados al ayudar a las usuarias a elegir y usar un método de planificación familiar de manera segura.

La evidencia demuestra que el respeto, la protección y el ejercicio de los derechos humanos contribuyen a lograr resultados de salud positivos. La provisión de información y servicios de anticoncepción que respeten la privacidad, la confidencialidad y la elección informada de cada persona, junto con una amplia variedad de métodos anticonceptivos seguros, incrementa la satisfacción de las personas y su uso continuo de la anticoncepción.

La prestación de los servicios en conformidad con los derechos humanos y reproductivos de las usuarias es fundamental para la calidad de la atención. La elaboración de normas internacionales que rijan los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas para el uso de anticonceptivos es solo un aspecto para mejorar la calidad de la atención de la salud reproductiva. Muchos programas de planificación familiar han incluido pruebas de detección, tratamientos y procedimientos de seguimiento que reflejan altos estándares de salud pública y práctica clínica, aunque estos no deben considerarse requisitos de elegibilidad para métodos anticonceptivos específicos. Estos procedimientos incluyen la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino, de la anemia y de las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la promoción de la lactancia materna y del abandono del tabaco. Tales procedimientos deben alentarse enfáticamente si los recursos humanos y materiales están disponibles para llevarlos a cabo, pero no deben considerarse requisitos previos para la aceptación y el uso de los métodos de planificación familiar, ya que no son necesarios a fin de establecer la elegibilidad para el uso o la continuación de un método en particular.



ELECCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

La provisión de opciones anticonceptivas debe respetar los derechos humanos y apoyar a las personas a tomar decisiones informadas por sí mismas. Sin embargo, en algunas mujeres la elección anticonceptiva se encuentra limitada por factores sociales, económicos y culturales, sean directos o indirectos. Dichas elecciones se realizan dentro de un marco temporal, social y cultural particular; siendo complejas, multifactoriales y sujetas a cambios. La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos, generalmente, requiere un equilibrio entre las ventajas y las desventajas de los diferentes métodos, que varían en función de las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales. Los factores para tener en cuenta al elegir un método anticonceptivo en particular incluyen las características de la persona usuaria potencial, el riesgo inicial de enfermedad, el perfil de efectos adversos de los distintos productos, el costo, la disponibilidad y las preferencias de las y los pacientes¹.

Las decisiones sobre cuáles métodos utilizar deben tener en cuenta la elegibilidad de las personas usuarias para usar diversos métodos anticonceptivos², así como el criterio clínico y las preferencias de las personas usuarias.

Elementos de la consejería en anticoncepción

Se debe dar información adecuada a las personas usuarias para ayudarlas a tomar una decisión informada y voluntaria con respecto a un determinado método anticonceptivo. La información a continuación debe proporcionarse sobre cada método anticonceptivo³:

- Eficacia relativa
- Uso correcto
- Cómo funciona
- Efectos secundarios frecuentes
- Riesgos y beneficios para la salud
- Signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud
- Retorno a la fertilidad tras la suspensión del uso
- Protección contra ITS

La información debe presentarse empleando un lenguaje y formatos que resulten de fácil comprensión y acceso.

¹ Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

² Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015

³ Normas Nacionales sobre regulación de la Fertilidad. Ministerio de Salud de Chile, 2015.

- Todas las mujeres deben recibir asesoramiento sobre métodos anticonceptivos de corta duración (píldoras, inyectables, anillos, parches, condones), así como métodos de larga duración (dispositivos intrauterinos, implantes, esterilización quirúrgica) de manera que cada mujer decida cuál es el más adecuado para ella.
- Contar con personas capacitadas en inserción y extracción de métodos de larga duración.
- Contar con equipamiento y los insumos adecuados.
- Los prestadores de servicios deben contar con directrices, tarjetas de clientes y otras herramientas de evaluación y detección.

Eficacia

La elección anticonceptiva depende en parte de la eficacia del método para la prevención de un embarazo no planificado, pero también (en el caso de algunos métodos) no solo de la protección ofrecida por el método en sí (uso ideal), sino de cuán correcta y consistentemente se lo usa (uso típico). En la tabla 1 se compara el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso de un método anticonceptivo cuando el método se utiliza a la perfección (correcta y consistentemente) y cuando se lo usa típicamente (suponiendo falta de uso ocasional o uso incorrecto). El uso correcto y consistente puede variar enormemente en función de las características de las personas usuarias, como la edad, los ingresos, el deseo de evitar o demorar el embarazo, y la cultura. Los métodos que dependen del uso correcto y consistente (p. ej., preservativos y anticonceptivos orales) presentan diversos grados de eficacia. La mayoría de las personas tienden a tener un uso del método más eficaz a medida que adquieren mayor experiencia con un método. No obstante, los aspectos programáticos, como la disponibilidad y el costo de los servicios, y la calidad del asesoramiento también tienen un efecto significativo en cuán eficazmente (correcta y consistentemente) se usará el método.

⁴ Normas Nacionales sobre regulación de la Fertilidad. Ministerio de Salud de Chile, 2018.

TABLA 1

Eficacia de los métodos anticonceptivos. Tasa de embarazos por 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso⁴.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	USO CORRECTO Y CONSISTENTE	USO TÍPICO	% DE MUJERES QUE CONTINÚAN EL USO AL AÑO ⁵
Sin método	85	85	—
Implantes de progestágeno solo	0,05	0,05	84
Vasectomía	0,1	0,1	100
Inyectables combinados	0,1	3	56
Inyectable progestágeno solo (AMPD)	0,3	3	56
Esterilización femenina	0,5	0,5	100
Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel	0,2	0,2	80
Dispositivo intrauterino TCu 380 ^a	0,6	0,8	78
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (en lactancia)	0,5	1	—
Método de la amenorrea de lactancia (MELA)*	0,5	2	—
Anticonceptivos combinados orales	0,1	6-8	67
Anillo vaginal y parche transdérmico combinado	0,5	6-8	67
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (sin lactancia)	0,5	6-8	67
Condón masculino	2	15	43
Coito interrumpido	4	19	46
Diafragma con espermicida	6	16	57
Abstinencia periódica	1-9	25	47
Condón femenino	5	21	41
Espermicidas	18	29	42

0-1 Muy efectivo

2-9 Efectivo

10-30 Menos efectivo

⁴ Normas Nacionales sobre regulación de la Fertilidad. Ministerio de Salud de Chile, 2018.

⁵ Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

* Tasa de falla en los primeros 6 meses posparto

Exámenes necesarios

Con respecto a los exámenes y análisis que pueden tenerse en cuenta antes de iniciar el uso de anticonceptivos, la OMS utiliza la siguiente clasificación para diferenciar la aplicabilidad de los diversos tipos de exámenes y análisis:

- **Clase A:** el examen o análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.
- **Clase B:** el examen o análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario sopesar el riesgo de no realizar el examen o análisis y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo.
- **Clase C:** el examen o análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

Los exámenes o análisis que se consideran para cada tipo de anticonceptivo se aplican a personas que, se supone, están sanas. Las personas con problemas de salud conocidos u otras condiciones especiales tal vez necesiten exámenes o análisis adicionales antes de confirmar que son candidatas adecuadas para un tipo particular de método anticonceptivo.

TABLA 2

Exámenes o pruebas de rutina que deben realizarse antes de proveer un método anticonceptivo⁶

SITUACIÓN ESPECÍFICA	ACO	ACI	PPS	AMPD	IMPLANTES	DIU	CONDÓN	ESTERILIZACIÓN FEMENINA	VASECTOMÍA
Examen de mamas por el/la proveedora	C	C	C	C	C	C	C	C	NC
Examen de pelvis/genital	C	C	C	C	C	A	C	A	A
Exploración de cáncer cervical	C	C	C	C	C	C	C	C	NC
Laboratorio de rutina	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Análisis de hemoglobina	C	C	C	C	C	B	C	B	C
Evaluación de riesgo de ITS, examen físico y antecedentes médicos	C	C	C	C	C	A*	C**	C	C
Evaluación de ITS/VIH, análisis de laboratorio	C	C	C	C	C	B*	C**	C	C
Evaluación de presión arterial	A***	A***	A***	A***	A***	C	C	A	C

Notas a las tablas

* Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, Quinta edición, 2015, afirma que: Si una mujer tiene una alta probabilidad individual de exposición a la infección por gonorrea o clamidia, generalmente no se le debería insertar un DIU, excepto que otros métodos no estén disponibles o no sean aceptables. En caso de cervicitis purulenta, o infección por gonorrea o clamidia, no debe insertarse un DIU a menos que estas condiciones se resuelvan y sea médicamente elegible.

** Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, Quinta edición, 2015, establece que las mujeres con un alto riesgo de infección por VIH no deben utilizar espermicidas que contengan nonoxinol-9. No se recomienda el uso de diafragmas y capuchones cervicales con nonoxinol-9 para las mujeres con alto riesgo de VIH, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptables. No se ha estudiado suficientemente la eficacia anticonceptiva de los diafragmas y de los capuchones cervicales sin nonoxinol-9 y debe suponerse que es menor que aquélla de los diafragmas y capuchones cervicales con nonoxinol-9.

*** Se aconseja medir la presión arterial antes de iniciar el uso de ACO, ACI, AOPS, AIPS e implantes.

Abreviaturas

ACI: Anticonceptivos hormonales combinados inyectables (o AIC: Anticonceptivo inyectable combinado).

A / P: Anillo vaginal combinado / Parche transdérmico combinado

PPS: Píldoras de progestágeno solo / Progestina sola (o AOPS: Anticonceptivo oral de progestágeno solo).

AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito

EN/NET: Enantato de noretisterona

IMPL LNG/ETG: Implantes sub-dérmicos de levonorgestrel o de etonogestrel

DIU- Cu: Dispositivo intrauterino con cobre.

DIU-LNG: Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.

AVP: Anillo vaginal liberador de Progesterona

PAE: Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

I: Inicio del método.

C: Continuación del método.

NA: No aplica.

NC: No corresponde

⁶ Normas Nacionales sobre regulación de la Fertilidad. Ministerio de Salud de Chile, 2018.

Elegibilidad de los anticonceptivos

Los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos proporcionan orientación acerca de quiénes pueden usar métodos anticonceptivos de manera segura. Estas recomendaciones incorporan:

- La inclusión de todas las condiciones de salud relevantes.
- La inclusión de las etapas de la vida que pueden afectar la elección del anticonceptivo.
- La evaluación de las condiciones basada en la evidencia científica actual, tanto clínica como epidemiológica.
- La inclusión de los aspectos relacionados con los servicios necesarios y la calidad de la atención que debe entregarse.

TABLA 3

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos.

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
4	No se debe usar el método	NO (No use el método)
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.	
2	En general, use el método	SÍ (Use el método)
1	Use el método en cualquier circunstancia	

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

TABLA 4

EXAMEN O ANÁLISIS	DIU-CU Y DIU-LNG
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	A
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	B
Evaluación de los riesgos de ITC: historia clínica y exploración física	A‡
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	B‡
Medición de la presión arterial	C

1. DIU con cobre

TABLA 5

DEFINICIÓN	Los dispositivos intrauterinos (DIUs) son métodos anticonceptivos de acción prolongada. El DIU con cobre (DIU-Cu) más usado y estudiado es la T con Cobre 380A (T-Cu 380A), cuya barra longitudinal mide 36 mm y la horizontal mide 32 mm de largo, teniendo un filamento de cobre en la rama vertical y manguitos de cobre en la rama transversal con superficie total de 380 mm ² . Está registrada en Chile para ser usada durante 10 años (257) (258). También está registrado en Chile el DIU Multiload con 375 mm ² de cobre (en tamaños mini, short y estándar).
EFICACIA	Uso Ideal: 0,6 Uso típico: 0,8
MECANISMO DE ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción inflamatoria local • Iones de cobre afectan la función y la viabilidad de los gametos.
CONSIDERACIONES	La mayoría de las mujeres, incluidas adolescentes y nulíparas, pueden usar DIUs. Los DIUs no protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Uso

Exámenes y análisis antes de proporcionar un DIU-Cu

- En el caso de mujeres sanas, los únicos exámenes y análisis que son esenciales y obligatorios antes de insertar un DIU incluyen el examen ginecológico y la evaluación de los riesgos de ITS.
- Si están disponibles, un análisis de hemoglobina y una prueba de detección de ITS/VIH también contribuirán considerablemente al uso seguro y eficaz, pero el inicio no debe posponerse si estos exámenes no están disponibles.

Uso de antibióticos profilácticos al momento de insertar el DIU

- Los antibióticos profilácticos, por lo general, no se recomiendan para la inserción del DIU. En situaciones en las que existe alta prevalencia de infecciones del cuello uterino por clamidias y gonococos y acceso limitado a pruebas de detección de ITS, pueden considerarse estos profilácticos.
- Se debe asesorar a las usuarias de DIU para que estén atentas a los síntomas de la enfermedad pélvica inflamatoria (PIP), especialmente durante el primer mes de uso.

Inicio del uso del DIU-Cu

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de 12 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un DIU-Cu cuando le resulte conveniente a la mujer, no solo durante la menstruación. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de 12 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un DIU-Cu cuando le resulte conveniente a la mujer, si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Mujeres con amenorrea (sin relación con el puerperio)

- Puede insertarse un DIU-Cu en cualquier momento si puede determinarse que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Mujeres en el puerperio (con y sin lactancia materna, incluido el parto por cesárea)

- En un lapso de 48 horas después del parto: puede insertarse un DIU-Cu, incluso inmediatamente después de la expulsión de la placenta. Si el parto es por cesárea, el DIU-Cu puede insertarse después de la expulsión de la placenta, antes de cerrar el útero.
- De 48 horas a menos de cuatro semanas de puerperio: el uso del DIU-Cu, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (Categoría 3).
- Cuatro o más semanas de puerperio y con amenorrea: puede insertarse un DIU-Cu si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Cuatro o más semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un DIU-Cu tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.
- No se les debe insertar un DIU-Cu a las mujeres que tienen sepsis puerperal (Categoría 4).

Posaborto

- Puede insertarse un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto durante el primer trimestre.
- En general, puede insertarse un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto durante el segundo trimestre.
- No debe insertarse un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto séptico (Categoría 4).

Cambio de método

- Puede insertarse un DIU-Cu de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Para anticoncepción de emergencia

- Un DIU-Cu puede insertarse en un plazo de cinco días a partir del coito sin protección, como un anticonceptivo de emergencia.
- Además, si es posible calcular el momento de la ovulación, el DIU-Cu puede insertarse pasados los cinco días a partir del coito, siempre que la inserción no se realice más de cinco días a partir de la ovulación.
- Las mujeres que usan el DIU-Cu como método anticonceptivo de emergencia deben cumplir los requisitos médicos para la inserción.

Manejo

Spotting o goteo intermenstrual

- El goteo o sangrado escaso es frecuente durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU-Cu. No es nocivo y, por lo general, disminuye con el tiempo.
- Si una mujer desea tratarse, puede administrarse un tratamiento breve con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) los días que tiene sangrado.
- En el caso de las mujeres con goteo persistente, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si no se detecta ningún problema ginecológico, y la mujer no tolera el sangrado, se debe retirar el DIU y ayudarla a elegir otro método.

Sangrado menstrual más abundante o prolongado que en las menstruaciones normales

- El sangrado menstrual más abundante o prolongado es frecuente durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU-Cu. Por lo general, no es nocivo y se vuelve más escaso con el tiempo.
- El siguiente tratamiento puede ofrecerse durante los días de sangrado menstrual:
 - AINEs
 - Ácido tranexámico (un agente hemostático)
- NO debe usarse la aspirina.
- Si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si el sangrado continúa siendo muy abundante o prolongado —especialmente si hay signos clínicos de anemia—, o si la mujer no tolera el sangrado, se debe retirar el DIU y ayudarla a elegir otro método.
- A fin de prevenir la anemia, se debe administrar un aporte complementario de hierro o alentar a la mujer a ingerir alimentos ricos en hierro.

Manejo de los DIUs en casos de usuarias con proceso inflamatorio pelviano (PIP)

- Se debe tratar la EPI con antibióticos adecuados.
- No hay necesidad de retirar el DIU si la mujer desea continuar su uso.
- Si no desea conservar el DIU, este se debe retirar después del tratamiento con antibióticos.
- Si se retira el DIU, se debe considerar el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia u otros métodos anticonceptivos, según corresponda.
- Se debe proporcionar tratamiento integral de las ITS, incluido el asesoramiento sobre el uso de preservativos.

Manejo del DIU en casos de usuarias que resultan estar embarazadas

- Se debe descartar un embarazo ectópico.
- Se le debe explicar a la mujer que tiene mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo en el primer o segundo trimestre (esto incluye un aborto séptico espontáneo que puede ser potencialmente mortal) y de tener un parto prematuro si se deja el DIU.
- El retiro del DIU reduce estos riesgos, aunque el procedimiento en sí supone un riesgo leve de aborto espontáneo.
- Si la mujer no desea continuar el embarazo y si la interrupción terapéutica de embarazo está legalmente permitida, se le debe proporcionar la información correspondiente.
- Si la mujer entiende y acepta los riesgos mencionados anteriormente y desea continuar el embarazo, se debe proceder según las instrucciones a continuación.

Se ven los hilos del DIU, o el DIU puede retirarse de manera segura por el canal cervical

- Se le debe aconsejar a la mujer que es mejor retirar el DIU.
- Si hay que retirar el DIU, esto debe hacerse tirando con suavidad de los hilos.
- Ya sea que el DIU se vaya a retirar o no, se le debe aconsejar a la mujer que busque atención de inmediato si tiene sangrado abundante, cólicos abdominales, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre.

No se ven los hilos del DIU, y el DIU no puede retirarse de manera segura

- Si es posible realizar un ultrasonido, puede resultar de utilidad para determinar la ubicación del DIU. Si no se encuentra el DIU, esto puede indicar que se produjo la expulsión del DIU.
- Si no es posible realizar un ultrasonido, o si mediante el ultrasonido se determina que el DIU se encuentra en el interior del útero, explíquelo claramente a la mujer los riesgos de aborto espontáneo, infección y parto prematuro, y aconséjelo que busque atención de inmediato si tiene sangrado abundante, cólicos abdominales, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre.

Seguimiento adecuado tras la inserción de un DIU.

Estas recomendaciones abordan la cuestión de la frecuencia mínima de seguimiento que se aconseja para el uso seguro y eficaz del DIU. Se refieren a situaciones generales y pueden variar según las usuarias y los distintos contextos. Por ejemplo, las mujeres con condiciones médicas específicas tal vez necesiten consultas de seguimiento más frecuentes.

- Se recomienda una consulta de seguimiento después de la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas tras la inserción.
- Se les debe aconsejar a las mujeres que regresen en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desean cambiar de método.
- Se les debe aconsejar a las mujeres que regresen cuando sea momento de retirar el DIU.

Recuperación de la fertilidad.

El uso de un DIU con cobre no altera la fertilidad de las mujeres. La tasa de embarazo es alrededor de 80 por 100 mujeres a los 12 meses después del retiro del DIU, semejante a las tasas de embarazo de mujeres de la misma edad que no han usado anticoncepción y de quienes discontinúan el uso de píldoras anticonceptivas.

TABLA 6

<p>DEFINICIÓN</p>	<p>Los dispositivos intrauterinos (DIUs) son métodos anticonceptivos de acción prolongada. Es un dispositivo en forma de T cuya porción vertical es un cilindro sólido que contiene levonorgestrel. Libera diariamente pequeñas cantidades del esteroide manteniendo los niveles plasmáticos de levonorgestrel que permite actividad folicular ovárica con concentraciones adecuadas de estradiol. Está diseñado para ser usado por 5 años y, además de su efecto anticonceptivo, tiene aplicaciones terapéuticas para el control de sangrados uterinos anormales.</p>
<p>EFICACIA</p>	<p>Uso Ideal: 0,2 Uso típico: 0,2</p>
<p>MECANISMO DE ACCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del moco cervical que impide paso de los espermatozoides. • Inhibición de la ovulación (55% de los casos).
<p>CONSIDERACIONES</p>	<p>La mayoría de las mujeres, incluidas adolescentes y nulíparas, pueden usar DIUs. Los DIUs no protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).</p>

Uso

Exámenes y análisis antes de proporcionar un DIU-LNG

- En el caso de mujeres sanas, los únicos exámenes y análisis que son esenciales y obligatorios antes de insertar un DIU incluyen el examen ginecológico y la evaluación de los riesgos de ITS.
- Si están disponibles, un análisis de hemoglobina y una prueba de detección de ITS/VIH también contribuirán considerablemente al uso seguro y eficaz pero el inicio no debe posponerse si estos exámenes no están disponibles.

Uso de antibióticos profilácticos al momento de insertar el DIU

- Los antibióticos profilácticos, por lo general, no se recomiendan para la inserción del DIU. En situaciones en las que existe alta prevalencia de infecciones del cuello uterino por clamidias y gonococos y acceso limitado a pruebas de detección de ITS, pueden considerarse estos profilácticos.
- Se debe asesorar a las usuarias de DIU para que estén atentas a los síntomas de la enfermedad pélvica inflamatoria (PIP), especialmente durante el primer mes de uso.

Inicio del uso del DIU-LNG

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un DIU-LNG cuando le resulte conveniente a la mujer, no solo durante la menstruación. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un DIU-LNG cuando le resulte conveniente a la mujer, si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Mujeres con amenorrea (sin relación con el puerperio)

- Puede insertarse un DIU-LNG en cualquier momento si puede determinarse que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Cambio de método

- Puede insertarse un DIU-LNG de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Para anticoncepción de emergencia

- Un DIU-Cu puede insertarse en un plazo de cinco días a partir del coito sin protección, como un anticonceptivo de emergencia.
- Además, si es posible calcular el momento de la ovulación, el DIU-Cu puede insertarse pasados los cinco días a partir del coito, siempre que la inserción no se realice más de cinco días a partir de la ovulación.
- Las mujeres que usan el DIU-Cu como método anticonceptivo de emergencia deben cumplir los requisitos médicos para la inserción.

Manejo

Amenorrea

- La amenorrea no requiere ningún tratamiento clínico. Es suficiente con el asesoramiento.
- Si la mujer no tolera la amenorrea, se debe retirar el DIU-LNG y ayudarla a elegir otro método.

Spotting o sangrado escaso

- El manchado o sangrado escaso es frecuente con el uso del DIU-LNG. No es nocivo y, por lo general, disminuye con el tiempo. Se puede tratar con AINES.
- En el caso de las mujeres con manchado y sangrado persistente, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si no se detecta ningún problema ginecológico, y la mujer no tolera el sangrado, se debe retirar el DIU-LNG y ayudarla a elegir otro método.

Sangrado menstrual más abundante o prolongado que en las menstruaciones normales

- El sangrado menstrual más abundante o prolongado puede ocurrir durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU-LNG. Por lo general, no es nocivo y se vuelve más escaso con el tiempo.
- Si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si el sangrado continúa siendo muy abundante o prolongado —especialmente si hay signos clínicos de anemia—, o si la mujer no tolera el sangrado, se debe retirar el DIU-LNG y ayudarla a elegir otro método.
- A fin de prevenir la anemia, se debe administrar un aporte complementario de hierro o alentar a la mujer a ingerir alimentos ricos en hierro.

Manejo de los DIUs en casos de usuarias con proceso inflamatorio pelviano (PIP)

- Se debe tratar la EPI con antibióticos adecuados.
- No hay necesidad de retirar el DIU si la mujer desea continuar su uso.
- Si no desea conservar el DIU, éste se debe retirar después del tratamiento con antibióticos.
- Si se retira el DIU, se debe considerar el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia u otros métodos anticonceptivos, según corresponda.
- Se debe proporcionar tratamiento integral de las ITS, incluido el asesoramiento sobre el uso de preservativos.

Manejo del DIU en casos de usuarias que resultan estar embarazadas

- Se debe descartar un embarazo ectópico.
- Se le debe explicar a la mujer que tiene mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo en el primer o segundo trimestre (esto incluye un aborto séptico espontáneo que puede ser potencialmente mortal) y de tener un parto prematuro si se deja el DIU.
- El retiro del DIU reduce estos riesgos, aunque el procedimiento en sí supone un riesgo leve de aborto espontáneo.
 - Si la mujer no desea continuar el embarazo y si la interrupción terapéutica del embarazo está legalmente permitida, se le debe proporcionar la información correspondiente.
 - Si la mujer entiende y acepta los riesgos mencionados anteriormente y si desea continuar el embarazo, se debe proceder según las instrucciones a continuación.

Se ven los hilos del DIU, o el DIU puede retirarse de manera segura por el canal cervical

- Se le debe aconsejar a la mujer que es mejor retirar el DIU.
- Si hay que retirar el DIU, esto debe hacerse tirando con suavidad de los hilos.
- Ya sea que el DIU se vaya a retirar o no, se le debe aconsejar a la mujer que busque atención de inmediato si tiene sangrado abundante, cólicos abdominales, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre.

No se ven los hilos del DIU, y el DIU no puede retirarse de manera segura

- Si es posible realizar un ultrasonido, puede resultar de utilidad para determinar la ubicación del DIU. Si no se encuentra el DIU, esto puede indicar que se produjo la expulsión del DIU.
- Si no es posible realizar un ultrasonido, o si mediante el ultrasonido se determina que el DIU se encuentra en el interior del útero, explíquelo claramente a la mujer los riesgos de aborto espontáneo, infección y parto prematuro, y aconséjele que busque atención de inmediato si tiene sangrado abundante, cólicos abdominales, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre.

Seguimiento adecuado tras la inserción de un DIU.

Estas recomendaciones abordan la cuestión de la frecuencia mínima de seguimiento que se aconseja para el uso seguro y eficaz del DIU. Se refieren a situaciones generales y pueden variar según las usuarias y los distintos contextos. Por ejemplo, las mujeres con condiciones médicas específicas tal vez necesiten consultas de seguimiento más frecuentes.

- Se recomienda una consulta de seguimiento después de la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas tras la inserción.
- Se les debe aconsejar a las mujeres que regresen en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desean cambiar de método.
- Se les debe aconsejar a las mujeres que regresen cuando sea momento de retirar el DIU.

Recuperación de la fertilidad.

- La recuperación de la fertilidad es rápida, semejante a la observada con los DIU con cobre y las píldoras anticonceptivas.

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTÁGENO SOLO

3. Implantes de progestágeno solo

TABLA 7

DEFINICIÓN	Los implantes de progestágeno son dispositivos colocados subcutáneamente que liberan el esteroide a un ritmo constante en dosis diarias muy pequeñas suficientes para obtener el efecto anticonceptivo deseado.
EFICACIA	Uso ideal: 0,05 Uso típico: 0,05
MECANISMO DE ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Alteraciones del moco cervical para impedir la penetración de los espermatozoides.• Inhibición de la ovulación (aproximadamente 50% de los casos)
CONSIDERACIONES	Existen dos tipos de implantes: aquellos que contienen levonorgestrel y los que tienen etonogestrel. No protegen contra las ITS.

Inicio

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse el implante. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse el implante si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Mujeres con amenorrea (sin relación con el puerperio)

- Puede insertarse el implante en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio: por lo general, puede colocarse un implante (Categoría 2).
- De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede insertarse un implante. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse el implante tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: puede insertarse un implante (Categoría 1). No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un implante si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un implante tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Posaborto

- El implante puede insertarse inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada, el implante puede insertarse de inmediato. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- Si el método anterior era un anticonceptivo inyectable, el implante debe insertarse en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era un método no hormonal

- Puede insertarse el implante de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Cambio de método cuando el anterior era un DIU (incluido el DIU liberador de LNG)

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un implante. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse el implante si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
- Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual y más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
- Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual y más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
- Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, el implante puede insertarse tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Continuación de los implantes liberadores de LNG (duración del uso)

Estas recomendaciones se basan en información sobre dos implantes con LNG aprobados, Norplant® y Jadelle®.

Según la ficha técnica de un implante con ETG (Implanon®), el implante puede dejarse colocado durante un período máximo de tres años, aunque podría tener eficacia anticonceptiva hasta el cuarto año de uso. Según la ficha técnica de Sino-implant (II)®, el implante puede dejarse colocado durante un período máximo de cuatro años.

Jadelle®

Para mujeres que pesan menos de 80 kg

- Puede dejarse el implante colocado por un período máximo de cinco años completos.

Para mujeres que pesan más de 80 kg

- Deben considerar seriamente retirarse el implante después de cuatro años completos de uso debido a que su eficacia se reduce.

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso de implantes

- En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de implantes con progestágeno solo. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial.
- Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso de implantes. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso de implantes a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

TABLA 8

EXAMEN O ANÁLISIS	IMPLANTES
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	C
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITC: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	‡

Uso

Amenorrea

- La amenorrea no requiere ningún tratamiento clínico. Es suficiente con el asesoramiento.
- Si una mujer no tolera la amenorrea, se debe retirar el o los implante(s) y ayudarla a elegir otro método anticonceptivo.

Manchado o sangrado escaso

- El manchado o sangrado escaso es frecuente con el uso de implantes, particularmente en el primer año, y no es nocivo.
- En el caso de las mujeres con manchado o sangrado escaso persistente, o con sangrado tras un período de amenorrea, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si se diagnostica una ITS o una enfermedad pélvica inflamatoria, la mujer puede continuar utilizando el implante mientras recibe tratamiento y asesoramiento sobre el uso de preservativos.
- Si no se detecta ningún problema ginecológico y la mujer desea recibir tratamiento, hay opciones con y sin hormonas disponibles:
 - Sin hormonas: antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)
 - Con hormonas (si se cumplen los requisitos médicos): etinilestradiol o AOCs de dosis bajas
- Si la mujer no desea recibir tratamiento, o si el tratamiento no es eficaz, y no tolera el sangrado, se debe retirar el o los implante(s) y ayudarla a elegir otro método.

Sangrado abundante o prolongado (más de ocho días o el doble de lo que menstrúa habitualmente)

- Si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si no se detecta ningún problema ginecológico y la mujer desea recibir tratamiento, hay opciones con y sin hormonas disponibles:
 - Sin hormonas: AINEs
 - Con hormonas (si se cumplen los requisitos médicos): etinilestradiol o AOCs
- Si la mujer no desea recibir tratamiento, o si el tratamiento no es eficaz, y el sangrado se convierte en un riesgo para la salud o la mujer no lo tolera, se debe retirar el o los implantes y ayudarla a elegir otro método.

Seguimiento

Estas recomendaciones abordan la frecuencia mínima de seguimiento que se aconseja para el uso seguro y eficaz de los implantes. Las recomendaciones se refieren a situaciones generales y pueden variar según las usuarias y los distintos contextos. Por ejemplo, las mujeres con condiciones médicas específicas tal vez necesiten consultas de seguimiento más frecuentes.

- No hace falta realizar consultas de seguimiento regulares.
- Se les debe aconsejar a las mujeres que regresen en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desean cambiar de método.
- Se les debe aconsejar a las mujeres que regresen cuando sea momento de retirar el o los implante(s).

Recuperación de la fertilidad.

- La recuperación de la fertilidad es rápida. La tasa de embarazo posterior al retiro de los implantes anticonceptivos es similar a la observada en mujeres que se retiran un dispositivo intrauterino

4. Inyectables de progestina sola

TABLA 9

DEFINICIÓN	Los inyectables de progestágeno solo son soluciones que se inyectan por vía intramuscular o subcutánea que liberan el esteroide a un ritmo constante en dosis diarias muy pequeñas suficientes para obtener el efecto anticonceptivo deseado.
EFICACIA	Uso ideal: 0,3 Uso típico: 3
MECANISMO DE ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Alteraciones del moco cervical para impedir la penetración de los espermatozoides.• Inhibición de la ovulación
CONSIDERACIONES	Existen 2 formulaciones disponibles en 3 presentaciones. Acetato de medroxiprogesterona AMPD-IM = 150 mg de AMPD administrados por vía intramuscular AMPD-SC = 104 mg de AMPD administrados por vía subcutánea. Enantato de noretisterona EN-NET = 200 mg de EN-NET administrados por vía intramuscular La eficacia de AMPD-SC, probablemente, se mantenga cuando se administra en el brazo, lo que puede resultar adecuado para las mujeres además de la inyección por vía subcutánea en el abdomen o en el muslo No protegen contra las ITS.

Inicio

Si no es posible administrarle la inyección a la mujer al momento de la consulta, se puede programar la inyección para más adelante mediante un servicio adecuado.

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Mujeres con amenorrea

- Puede administrarse la primera inyección en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: el uso de inyectables no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (Categoría 3).
- De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.
- Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse el implante tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: puede administrarse la primera inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas, algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- 21 o más días de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
- Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Posaborto

- La primera inyección puede administrarse inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada, la primera inyección puede administrarse de inmediato. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- Si el método anterior de la mujer era otro anticonceptivo inyectable, la primera inyección debe administrarse en el momento en que debería repetirse la inyección del método anterior. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era un método no hormonal

- Puede administrarse la primera inyección de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
 - En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
 - Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Cambio de método cuando el anterior era un DIU

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
 - Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual y más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
 - Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual y más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si tal protección adicional deberá proporcionarse mediante el DIU que está usando la mujer, se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
- Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, la inyección puede administrarse tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso a las mujeres simplemente porque no se les pueda tomar la presión arterial.

Momento de repetir los AIPS (reinyección) para continuar el método

Intervalo de reinyección

- Las nuevas inyecciones de AMPD deben administrarse cada tres meses.
- Las nuevas inyecciones de EN-NET deben administrarse cada dos meses.

Inyección temprana

- La nueva inyección de AMPD y EN-NET puede administrarse con hasta dos semanas de anticipación.

Inyección tardía

- La nueva inyección de AMPD puede administrarse hasta cuatro semanas más tarde sin que sea necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. La nueva inyección de EN-NET puede administrarse hasta dos semanas más tarde sin que sea necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Si la mujer se demora más de cuatro semanas para recibir una nueva inyección de AMPD o más de dos semanas para una nueva inyección de EN-NET, la inyección puede administrarse si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Cambio entre AMPD y EN-NET

- No se recomienda intercalar inyecciones de AMPD y EN-NET.
- Si resulta necesario que una mujer cambie de una inyección a la otra, el cambio debe hacerse en el momento en que debería repetirse la inyección.
- En el caso de una nueva inyección cuando se desconoce el tipo de anticonceptivo inyectable anterior o cuándo se administró la inyección
- La inyección puede administrarse si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Manejo de los trastornos menstruales

Estas recomendaciones se refieren a las formulaciones de AMPD-IM y EN-NET-IM. Es posible que el tratamiento sea el mismo en el caso de mujeres que usan AMPD-SC.

Amenorrea

- La amenorrea no requiere ningún tratamiento clínico. Es suficiente con el asesoramiento.
- Si aun así la mujer no tolera la amenorrea, se debe suspender el anticonceptivo inyectable y ayudarla a elegir otro método.

Manchado o sangrado escaso

- El manchado o sangrado escaso es frecuente con el uso de inyectables, particularmente durante el primer ciclo de inyecciones, y no es nocivo.
- En el caso de las mujeres con manchado o sangrado escaso persistente, o con sangrado tras un período de amenorrea, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si se diagnostica una ITS o una enfermedad pélvica inflamatoria, la mujer puede continuar recibiendo las inyecciones mientras recibe tratamiento y asesoramiento sobre el uso de preservativos.
- Si no se detectan problemas ginecológicos y la mujer no tolera el sangrado, puede que resulte útil un tratamiento breve con AINEs.
- Si la mujer decide dejar de usar el anticonceptivo inyectable, se la debe ayudar a elegir otro método.

Sangrado abundante o prolongado (más de ocho días o el doble de lo que menstrúa habitualmente)

- Se le debe explicar a la mujer que el sangrado abundante o prolongado es frecuente durante el primer ciclo de inyecciones.
- Si persiste el sangrado abundante o prolongado, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos.
- Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si el sangrado se convierte en un riesgo para la salud de la mujer o ella no lo tolera, se debe suspender el anticonceptivo inyectable y ayudarla a elegir otro método. Mientras tanto, un tratamiento breve con etinilestradiol o AINEs puede resultar útil.
- A fin de prevenir la anemia, se debe administrar un aporte complementario de hierro o alentar a la mujer a ingerir alimentos ricos en hierro.

Seguimiento

- Control anual o cuando la mujer lo requiera.

Recuperación de la fertilidad.

La recuperación de la fertilidad al suspender el acetato de medroxiprogesterona requiere de más tiempo que otros métodos. La ovulación se recupera alrededor del quinto mes. El 50% y el 92% de las mujeres, respectivamente, se han embarazado a los 9 meses y a los 2 años después de la última inyección.

5. Anticonceptivos orales de progestina sola

TABLA 10

DEFINICIÓN	Píldoras anticonceptivas que contienen solamente un progestágeno y ningún estrógeno.
EFICACIA	Uso ideal: 0,5 Uso típico: 6-8
MECANISMO DE ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none">Alteraciones del moco cervical para impedir la penetración de los espermatozoides.
CONSIDERACIONES	En Chile está disponible el linestrenol 0.5 mg/día; levonorgestrel 30 mcg/día y desogestrel 75 mcg/día y drospirinona 4mg. No protegen contra las ITS.

Inicio

Pueden proporcionarse a una mujer con anticipación, junto con instrucciones adecuadas para iniciar el uso de píldoras, siempre que la mujer reúna los requisitos médicos.

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.

Mujeres con amenorrea

- Puede iniciarse el uso en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.

Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio: por lo general, puede iniciarse el uso (Categoría 2). Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales (Categoría 1).

Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: puede iniciarse el uso. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.
- En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Posaborto

- Puede iniciarse el uso inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Puede iniciarse el uso si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- Si el método anterior de la mujer era un anticonceptivo inyectable, puede iniciarse el uso en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era un DIU

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.
- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
 - Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
 - Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días. Si tal protección adicional deberá proporcionarse mediante el DIU que está usando la mujer, se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
- Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, puede iniciarse el uso tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso a las mujeres porque no se les pueda tomar la presión arterial.

TABLA 11

EXAMEN O ANÁLISIS	AOPS
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	C
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITC: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	‡

Cantidad de paquetes que deben suministrarse en las consultas iniciales y posteriores

Consultas iniciales y posteriores

- Se debe proporcionar un suministro de píldoras suficiente para un año como máximo, según la preferencia y el uso previsto de la mujer.
- Los programas deben equilibrar la conveniencia de otorgarles a las mujeres acceso máximo a las píldoras con las preocupaciones relativas al suministro y a la logística de los anticonceptivos.
- El sistema de reabastecimiento debe ser flexible para que la mujer pueda conseguir las píldoras con facilidad, en la cantidad y en el momento que las necesite.

Manejo

Manejo de vómitos o diarrea intensa durante el uso.

Vómitos (por cualquier motivo) durante las dos horas posteriores a la toma de una píldora activa (con hormonas)

- La mujer debe tomar otra píldora activa.

Vómitos o diarrea intensos durante más de 24 horas

- La mujer debe continuar tomando las píldoras (si puede) a pesar del malestar.
- Si los vómitos o la diarrea intensos continúan durante dos o más días, debe seguir los procedimientos para casos de olvido o imposibilidad de tomar las píldoras.

Manejo en caso de olvido o imposibilidad de tomar las píldoras

Mujeres con ciclos menstruales (incluidas las que están amamantando) y que se olvidaron o no pudieron tomar una o más píldoras por más de tres horas

- La mujer debe tomar una píldora tan pronto como sea posible y luego continuar tomando las píldoras diariamente, una por día.
- Además, deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.
- Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Mujeres que amamantan y tienen amenorrea y que se olvidaron o no pudieron tomar una o más píldoras por más de tres horas

- La mujer debe tomar una píldora tan pronto como sea posible y luego continuar tomando las píldoras diariamente, una por día.
- Si lleva menos de seis meses de puerperio, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Seguimiento adecuado tras iniciar el uso

Estas recomendaciones abordan la frecuencia mínima de seguimiento que se aconseja para el uso seguro y eficaz de las píldoras. Las recomendaciones se refieren a situaciones generales y pueden variar según las usuarias y los distintos contextos. Por ejemplo, las mujeres con condiciones médicas específicas tal vez necesitan consultas de seguimiento más frecuentes.

- No es necesario realizar una consulta de seguimiento anual, pero sí se recomienda un contacto de seguimiento tras iniciar el uso, aproximadamente, a los tres meses.
- Se le debe aconsejar a la mujer que regrese en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desea cambiar de método.

Con lactancia materna

- No hace falta realizar consultas de seguimiento regulares.
- Se le debe aconsejar a la mujer que regrese en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desea cambiar de método.
- Se le debe aconsejar a la mujer que cuando reduzca de manera considerable la frecuencia de la lactancia o cuando deje de amamantar, debe regresar para recibir más asesoramiento y orientación sobre anticonceptivos.

6. Anticonceptivos orales combinados

TABLA 12

DEFINICIÓN	Cada píldora contiene un estrógeno y un progestágeno (o progestina) sintéticos en dosis variable de acuerdo a la formulación del preparado comercial. El estrógeno sintético más utilizado es el etinil estradiol.
EFICACIA	Uso ideal: 0,1 Uso típico: 6–8
MECANISMO DE ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibición de la ovulación • Alteraciones del moco cervical para impedir la penetración de los espermatozoides.
CONSIDERACIONES	<p>Existen dos tipos de ACO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monofásico: en que el contenido de estrógeno y progestágeno es el mismo en todas las píldoras. Los más evaluados son los que contienen 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel. Para los otros progestágenos usados (derivados de la 19 nortestosterona: noretinodrel, noretidrona, lynestrenol, etinodiol diacetato, desogestrel, gestodeno, norgestimato, dienogest; relacionados con la progesterona: acetato de clormadinona, acetato de nomegestrol; relacionado con la espironolactona: drospirenona,) y para ACO con dosis más bajas de etinilestradiol hay menos evaluación epidemiológica. • Multifásicos (bifásicos y trifásicos) contienen distintas concentraciones de los esteroides durante los 21 días de administración, no hay evidencias de que sean mejores o más inocuos que los monofásicos, y son habitualmente más caros. <p>No protegen contra las ITS.</p>

Inicio

Pueden proporcionarse a una mujer con anticipación, junto con instrucciones adecuadas para iniciar el uso, siempre que la mujer reúna los requisitos médicos.

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso y no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Mujeres con amenorrea

- Puede iniciarse el uso en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: la mujer no debe usar anticonceptivos orales combinados (Categoría 4).
- De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente amamantando: no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (Categoría 3).
- Más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.
- Más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (Categoría 3). Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas, algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- Veintiún días o más de puerperio: en el caso de mujeres que no presenten otros factores de riesgo de tromboembolia venosa, por lo general, puede iniciarse el uso (Categoría 2).
- Mujeres que reúnen los requisitos médicos y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- Mujeres que reúnen los requisitos médicos y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Posaborto

- Puede iniciarse el uso inmediato después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada, puede iniciarse el uso de inmediato. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- Si el método anterior de la mujer era un anticonceptivo inyectable, debe iniciarse el uso en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era un método no hormonal

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Cambio de método cuando el anterior era un DIU

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de anticonceptivos orales combinados. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.

- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
 - Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
 - Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si tal protección adicional se proporciona mediante el DIU que está usando la mujer, se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
- Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, puede iniciarse el uso de tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar anticonceptivos orales combinados. Sin embargo, es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso a las mujeres por dicho motivo.

TABLA 13

EXAMEN O ANÁLISIS	AOCS, PARCHE, AVC
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	C
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITC: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	‡

Cantidad de blister de anticonceptivos orales combinados AOCs que deben suministrarse en las consultas iniciales y posteriores

Consultas iniciales y posteriores

- Se debe proporcionar un suministro de píldoras suficiente para un año como máximo, según la preferencia y el uso previsto de la mujer.
- Los programas deben equilibrar la conveniencia de otorgarles a las mujeres acceso máximo a las píldoras con las preocupaciones relativas al suministro y a la logística de los anticonceptivos.
- El sistema de reabastecimiento debe ser flexible para que la mujer pueda conseguir las píldoras con facilidad, en la cantidad y en el momento que las necesite.

Manejo

Manejo de vómitos o diarrea intensa durante el uso.

Vómitos (por cualquier motivo) durante las dos horas posteriores a la toma de una píldora activa (con hormonas)

- La mujer debe tomar otra píldora activa.

Vómitos o diarrea intensos durante más de 24 horas

- La mujer debe continuar tomando las píldoras (si puede) a pesar del malestar.
- Si los vómitos o la diarrea intensos continúan durante dos o más días, debe seguir los procedimientos para casos de olvido o imposibilidad de tomar las píldoras.

Manejo en caso de olvido o imposibilidad de tomar los anticonceptivos

› Píldoras que contienen entre 30 y 35 µg de etinilestradiol

Olvido o imposibilidad de tomar una o dos píldoras activas (con hormonas) seguidas, o se empieza un paquete uno o dos días tarde:

- La mujer debe tomar una píldora activa (con hormonas) tan pronto como sea posible y luego continuar tomando las píldoras diariamente, una por día.
 - Si la mujer se olvida o no puede tomar dos o más píldoras activas (con hormonas), puede tomar la primera píldora que olvidó o no pudo tomar y luego continuar tomando el resto de las píldoras omitidas (una por día) o desecharlas para cumplir el calendario.
 - Según cuándo la mujer se dé cuenta de que se olvidó de tomar píldoras, puede tomar dos píldoras el mismo día (una al momento de recordar y la otra en el horario normal) o incluso a la misma hora.
- No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Olvido o imposibilidad de tomar tres o más píldoras activas (con hormonas) seguidas, o se empieza un paquete tres o más días tarde:

- La mujer debe tomar una píldora activa (con hormonas) tan pronto como sea posible y luego continuar tomando las píldoras diariamente, una por día.
 - Si la mujer se olvida o no puede tomar dos o más píldoras activas (con hormonas), puede tomar la primera píldora que olvidó y luego continuar tomando el resto de las píldoras omitidas (una por día) o desecharlas para cumplir el calendario.
 - Según cuándo la mujer se dé cuenta de que se olvidó de tomar píldoras, puede tomar dos píldoras el mismo día (una al momento de recordar y la otra en el horario normal) o incluso a la misma hora.
- La mujer también deberá usar preservativo o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya tomado píldoras activas (con hormonas) durante siete días seguidos.
- Si la mujer se olvidó o no pudo tomar píldoras en la tercera semana, debe terminar de tomar las píldoras activas (con hormonas) que quedan en el paquete actual y empezar uno nuevo al día siguiente. No debe tomar las siete píldoras inactivas.
- Si la mujer se olvidó o no pudo tomar píldoras en la primera semana y tuvo relaciones sexuales sin protección, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

› Píldoras que contienen hasta 20 µg de etinilestradiol

Olvido o imposibilidad de tomar una píldora activa (con hormonas), o se empieza un paquete un día tarde:

- La mujer debe seguir la indicación anterior, bajo el título «Olvido o imposibilidad de tomar una o dos píldoras activas (con hormonas) seguidas, o se empieza un paquete uno o dos días tarde».

Olvido o imposibilidad de tomar dos o más píldoras activas (con hormonas) seguidas, o se empieza un paquete dos o más días tarde:

- La mujer debe seguir la indicación anterior, bajo el título «Olvido o imposibilidad de tomar tres o más píldoras activas (con hormonas) seguidas, o se empieza un paquete tres o más días tarde».

› Píldoras que contienen hasta 20 µg o entre 30 y 35 µg de etinilestradiol

Olvido o imposibilidad de tomar cualquiera de las píldoras inactivas (sin hormonas):

- La mujer debe desechar las píldoras inactivas (sin hormonas) que olvidó o no pudo tomar y luego continuar tomando las píldoras diariamente, una por día.

Seguimiento

Estas recomendaciones abordan la frecuencia mínima de seguimiento que se aconseja para el uso seguro y eficaz de estos métodos. Las recomendaciones se refieren a situaciones generales y pueden variar según las usuarias y los distintos contextos. Por ejemplo, las mujeres con condiciones médicas específicas tal vez necesiten consultas de seguimiento más frecuentes.

- Se recomienda una consulta anual de seguimiento.
- Un contacto de seguimiento a los tres meses tras iniciar el uso resulta aún más ventajoso.
- Se le debe aconsejar a la mujer que regrese en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desea cambiar de método.

Recuperación de la fertilidad.

Seis meses después de discontinuar el método, el 99% de las mujeres ya han recuperado los ciclos menstruales. A los dos años después de suspendido el uso, las tasas de embarazo son de 90% o más. No hay relación entre tiempo de uso y el intervalo hasta la recuperación de la fertilidad. Los anticonceptivos orales combinados no producen infertilidad.

7. Inyectables combinados

TABLA 14

DEFINICIÓN	Los inyectables son soluciones que se inyectan por vía intramuscular que liberan un estrógeno y un progestágeno a un ritmo constante en dosis diarias muy pequeñas suficientes para obtener el efecto anticonceptivo deseado.
EFICACIA	Uso ideal: 0,1 Uso típico: 3
MECANISMO DE ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Inhibición de la ovulación• Alteraciones del moco cervical para impedir la penetración de los espermatozoides.
CONSIDERACIONES	Existen 2 formulaciones disponibles: En este documento se consideran dos formulaciones de AICs: <ul style="list-style-type: none">• Cyclofem® = 25 mg de acetato de medroxiprogesterona más 5 mg de cipionato de estradiol• Mesigyna® = 50 mg de enantato de noretisterona más 5 mg de valerato de estradiol No protegen contra las ITS.

Inicio

Si no es posible administrarle la inyección a la mujer al momento de la consulta, se puede programar la inyección para más adelante mediante un servicio adecuado.

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Mujeres con amenorrea

- Puede administrarse la primera inyección de AICs en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: no se deben usar (Categoría 4).
- De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente amamantando: no se recomienda (Categoría 3) a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables.
- Más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.
- Más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- Veintiún días o más de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Posaborto

- La primera inyección puede administrarse inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada, la primera inyección puede administrarse de inmediato. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- Si el método anterior de la mujer era otro anticonceptivo inyectable, la inyección debe administrarse en el momento en que debería repetirse la inyección.
- No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era un método no hormonal

- Puede administrarse la primera inyección de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
- No es necesario esperar la siguiente menstruación.
 - En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
 - Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Cambio de método cuando el anterior era un DIU

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de AICs. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de AICs si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
 - Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
 - Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si tal protección adicional deberá proporcionarse mediante el DIU que está usando la mujer, se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
- Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, la inyección puede administrarse tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

TABLA 15

EXAMEN O ANÁLISIS	AIC
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	C
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITC: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	‡

Momento de repetir los AICs (reinyección) para continuar el método

Intervalo de reinyección

- Las nuevas inyecciones de AICs deben administrarse cada cuatro semanas.

Inyección temprana

- Si no es posible cumplir el intervalo de reinyección, la nueva inyección puede administrarse con hasta siete días de anticipación, pero esto puede alterar el ritmo del sangrado.

Inyección tardía

- Si no es posible cumplir el intervalo de reinyección, la nueva inyección puede administrarse hasta siete días tarde sin que sea necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Si una mujer se demora más de siete días para recibir una inyección, esta puede administrarse si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Manejo

- El mismo descrito para la ACO.
- En caso de efectos adversos intolerables o si hay riesgo de anemia, debe considerarse el cambio a otro método. Si la vía de administración deseada es la inyectable, se puede sugerir el uso de inyectables de progestágeno solo.

Seguimiento

- Control anual o cuando la mujer lo requiera.

Recuperación de la fertilidad.

- La función ovárica se recupera rápidamente al discontinuar el uso de los inyectables combinados mensuales. El 78% de las mujeres ovula en los primeros 6 meses y 83% de las mujeres se embarazan al año de suspensión del anticonceptivo

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

8. Anticoncepción de emergencia (AE)

TABLA 16

DEFINICIÓN	Son métodos anticonceptivos que pueden usarse para evitar el embarazo en los primeros días después del coito, en caso de emergencia después de tener relaciones sexuales sin protección, tras la falla o el uso incorrecto de un anticonceptivo (por ejemplo, olvidarse de tomar una píldora o un preservativo que se rompe) y después de sufrir una violación o ser forzada a tener relaciones sexuales.
EFICACIA	Depende del método usado y los días transcurridos entre el coito y el uso de la AE. La eficacia fluctúa entre el 99% al 31%
MECANISMO DE ACCIÓN	Inhibición de la ovulación y alteración del moco cervical
CONSIDERACIONES	No protegen contra las ITS.

En esta sección, se ofrecen recomendaciones sobre cuatro métodos de AE: el dispositivo intrauterino con cobre (DIU-Cu) para AE y tres tipos diferentes de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): con acetato de ulipristal (PAE-AUP), con levonorgestrel solo (PAE-LNG) y combinadas con estrógeno y progestágeno (YUZPE).

La AE es segura para la mayoría de las mujeres. Para ayudar a determinar si una mujer con una condición médica o característica en particular puede usar AE de manera segura, consulte los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición (CME)⁷.

Existen varias opciones para la anticoncepción de emergencia. El DIU-Cu es un método de AE eficaz que reduce el riesgo de embarazo en más de un 99% si se coloca antes de que transcurran 120 horas después del coito. Las PAE también reducen el riesgo de embarazo considerablemente. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la eficacia de cada método varía según las circunstancias particulares, lo que incluye el tipo de PAE elegido, el día del ciclo menstrual y el tiempo transcurrido entre el coito sin protección y el inicio del uso de las PAE. Además, la eficacia de las PAE puede verse reducida en caso de coito sin protección durante el mismo ciclo, si se las combina con el uso de otros medicamentos (p. ej., inductores enzimáticos del citocromo P450 3A4 [CYP 3A4]) o en caso de mayor peso corporal o índice de masa corporal (IMC).

⁷ Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos, Quinta edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015

La AE no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de preservativos. Está comprobado que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH, cuando se usa de manera correcta y consistente. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero su uso no se encuentra tan extendido en los programas nacionales en comparación con los preservativos masculinos.

Esquemas de administración

- DIU-Cu para AE
- PAE-UP: Dosis única



1 comprimido de 30 mg

- PAE-LNG:
 - Dosis única (esquema preferido para el LNG):



– Dosis dividida:



- YUZPE (PAE combinadas):
 - Dosis dividida:



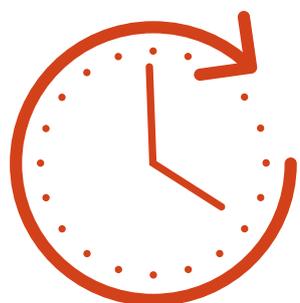
Se emplean dos dosis de 100 mcg de etinil-estradiol + 500 mcg de levonorgestrel cada una, separadas por un intervalo de 12 horas. En Chile no hay productos dedicados, pero pueden usarse, por cada dosis:



Las que están disponibles como anovulatorios con baja dosis de estrógenos. Su eficacia anticonceptiva es menor que la del levonorgestrel y tiene más efectos secundarios, **por lo que sólo debe usarse cuando las PAE-LNG no están disponibles.**

Momento adecuado

- El DIU-Cu puede insertarse hasta 120 horas después de tener relaciones sexuales sin protección.
- Idealmente, las PAE-AUP, las PAE-LNG o las PAE combinadas deben tomarse lo antes posible después del coito sin protección, en un plazo de 120 horas. Sin embargo, se le debe informar a la mujer que la eficacia de las PAE se reduce cuanto más se prolongue el intervalo entre el coito sin protección y la toma de las PAE. Las PAE-AUP pueden ser más eficaces entre las 72 horas y las 120 horas después del coito sin protección que otras PAE.



Hasta 120 horas

Provisión de un suministro anticipado de PAE

- Se le puede proporcionar un suministro anticipado de PAE a una mujer para asegurarse de que las tenga a disposición cuando las necesite y de que pueda tomarlas lo antes posible tras el coito sin protección.
- Las usuarias de otros métodos anticonceptivos tal vez deseen considerar el uso de la anticoncepción de emergencia en las siguientes circunstancias, según sea necesario:
 - Usuarias de anticonceptivos inyectables con progestágeno solo: si una mujer se demora más de dos semanas para recibir una nueva inyección esta puede administrarse si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de AE.
 - Usuarias de anticonceptivos orales con progestágeno solo: si una mujer que tiene ciclos menstruales (incluso si está amamantando) se olvidó o no pudo tomar una o más píldoras durante más de tres horas, tal vez desee considerar el uso de AE, según corresponda.
 - Usuarias de anticonceptivos orales combinados (píldoras con 30 a 35 µg de etinilestradiol): si la mujer se olvidó o no pudo tomar tres o más píldoras activas (con hormonas) durante la primera semana (lo que incluye empezar un paquete tres o más días tarde) y tuvo relaciones sexuales sin protección, tal vez desee considerar el uso de AE.
 - Usuarias de anticonceptivos inyectables combinados: si una mujer se demora esta puede administrarse si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de AE.
 - Usuarias del de días fijos: si la mujer tuvo relaciones sexuales sin protección en los días 8 a 19 del ciclo, tal vez desee considerar el uso de AE, según corresponda.

Prevención de náuseas y vómitos cuando se toman PAE

- Las PAE-LNG y las PAE-AUP son preferibles a las PAE combinadas (YUZPE) porque provocan menos náuseas y vómitos.
- No se recomienda el uso habitual de antieméticos antes de tomar las PAE. El tratamiento previo con ciertos antieméticos puede considerarse según la disponibilidad y el criterio del médico.
- Cuando las personas prestadoras del servicio decidan si ofrecer antieméticos a las mujeres que toman PAE, deben tener en cuenta lo siguiente:
 - Las mujeres que toman PAE combinadas tienen mayores probabilidades de tener náuseas y vómitos que las mujeres que toman PAE-LNG o PAE-AUP.
 - La evidencia indica que los antieméticos reducen la incidencia de náuseas y vómitos en mujeres que toman PAE combinadas.
 - Las mujeres que toman antieméticos pueden presentar otros efectos secundarios de los antieméticos.
 - En algunas situaciones, puede limitarse la disponibilidad de antieméticos.
 - No pudo establecerse si tomar PAE con alimentos modifica el riesgo de náuseas o vómitos.

Manejo de los vómitos después de tomar PAE

Vómitos en un plazo de dos horas después de tomar una dosis de píldoras (PAE-LNG o PAE combinadas)

- Debe tomarse otra dosis de PAE lo antes posible. Si la mujer está tomando PAE combinadas, tal vez desee usar un antiemético antes de tomar la segunda dosis.
- Si los vómitos continúan, puede administrarse otra dosis de PAE por vía vaginal.

Vómitos en un plazo de tres horas después de tomar una dosis de PAE-AUP

- Debe tomarse otra dosis de AUP lo antes posible.

Reanudación o inicio de la anticoncepción regular después de usar la AE

- Después de usar un DIU con cobre (DIU-Cu) para AE
- No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional si la mujer tiene un DIU-Cu colocado.

Después de tomar PAE-LNG y PAE combinadas

- Tras la administración de PAE-LNG o PAE combinadas, una mujer puede reanudar el uso de su anticonceptivo o comenzar a usar cualquier anticonceptivo de inmediato, incluido un DIU-Cu.

Momento adecuado

- Tras la administración de PAE-LNG o PAE combinadas, una mujer puede reanudar el uso de su anticonceptivo o comenzar a usar cualquier anticonceptivo de inmediato, incluido un DIU-Cu. Si desea empezar a usar un DIU-LNG, se le puede colocar en cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada.
- Si la mujer no inicia un método nuevo de inmediato, sino que vuelve a usar un método anterior, puede empezar a tomar anticonceptivos hormonales combinados o anticonceptivos con progestágeno solo en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada.
- Si la mujer no inicia un método nuevo de inmediato, sino que vuelve a usar un DIU, se le puede colocar en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. Si tiene amenorrea, se le puede colocar un DIU en cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada.

Necesidad de protección anticonceptiva adicional

- Se le debe recomendar a la mujer que se abstenga de tener relaciones sexuales o que use un método anticonceptivo de barrera durante dos días después de iniciar el uso de píldoras de progestágeno solo o durante siete días después de iniciar el uso de anticonceptivos hormonales combinados u otros anticonceptivos con progestágeno solo y, que se realice una prueba de detección temprana del embarazo en el momento adecuado, si se justifica (p. ej., si no presenta sangrado por privación en un plazo de tres semanas).

Después de tomar PAE-AUP

- Tras la administración de PAE-AUP, la mujer puede reanudar o comenzar cualquier método que contenga progestágeno (ya sean anticonceptivos hormonales combinados o anticonceptivos con progestágeno solo) el sexto día después de tomar AUP. Se le puede colocar un DIU-LNG de inmediato si puede determinarse que no está embarazada. Se le puede colocar el DIU-Cu de inmediato.

Momento adecuado

- Tras la administración de PAE-AUP, la mujer puede reanudar o comenzar cualquier método que contenga progestágeno o anticonceptivos con progestágeno solo, el sexto día después de tomar AUP.
- Se le puede colocar un DIU-LNG de inmediato si puede determinarse que no está embarazada.
- Si la mujer no inicia un método nuevo el sexto día, sino que vuelve a usar un método anterior, puede empezar a usar anticonceptivos hormonales combinados o de progestina sola momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. Si tiene amenorrea, se le puede colocar un DIU-LNG en cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada.
- Tras la administración de PAE-AUP, se le puede colocar el DIU-Cu de inmediato.
- Si la mujer no inicia un método nuevo de inmediato, sino que vuelve a usar el DIU-Cu, se le puede colocar en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. Si tiene amenorrea, se le puede colocar el DIU-Cu en cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada.

Necesidad de protección anticonceptiva adicional

- Se le debe recomendar a la mujer que se abstenga de tener relaciones sexuales o que use un método anticonceptivo de barrera desde el momento que tome AUP hasta que esté protegida por el nuevo método anticonceptivo.
- Si la anticoncepción hormonal regular se inicia seis días después de tomar AUP, deberá seguir absteniéndose de tener relaciones sexuales o usando un método anticonceptivo de barrera según las recomendaciones para el inicio de métodos anticonceptivos (p. ej., dos días adicionales en caso de AOPS o siete días adicionales para todos los demás métodos hormonales).
- También se le debe recomendar que se realice una prueba del embarazo en el momento adecuado, si se justifica (p. ej., si no presenta metrorragia de privación). No necesita abstenerse de tener relaciones sexuales ni usar protección anticonceptiva adicional si tiene un DIU-Cu colocado.



¿Cómo una persona prestadora de servicios de salud puede estar razonablemente segura de que una mujer no está embarazada?

El diagnóstico del embarazo es importante. La capacidad de establecer este diagnóstico al principio del embarazo varía según los recursos y las situaciones. Las pruebas del embarazo bioquímicas de alta fiabilidad son sumamente útiles, pero no están disponibles en muchas zonas. El examen ginecológico, siempre que sea posible, resulta fiable aproximadamente a las 8 o 10 semanas desde el primer día de la última menstruación.

La persona prestadora del servicio de salud puede tener la certeza razonable de que una mujer no está embarazada si no presenta otros síntomas o signos de embarazo y cumple cualquiera de los criterios a continuación.

- No tuvo relaciones sexuales desde la última menstruación normal.
- Ha utilizado de manera correcta y consistente un método anticonceptivo fiable.
- Se encuentra en los primeros siete días desde el inicio de una menstruación normal.
- Todavía no pasó la cuarta semana del puerperio (en el caso de mujeres que no están amamantando).
- Se encuentra en los primeros siete días después de un aborto provocado o espontáneo.
- Está amamantando total o casi totalmente, tiene amenorrea y lleva menos de seis meses de puerperio.



