

PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN

SANTO DOMINGO
MARZO, 2019

Ministerio de Salud Pública

Título original

Protocolo de anticoncepción

Coordinación editorial

Viceministerio de Garantía de la Calidad

ISBN:

Corrección de estilo:

Aimara Vera Riverón

Formato gráfico y diagramación:

Pia Menicucci & Asocs., SRL

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana
Marzo, 2019

Copyright © Ministerio de Salud Pública. Se autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



AUTORIDADES

Dr. Rafael Sánchez Cárdenas

Ministro de Salud Pública

Dr. Francisco Nefalí Vásquez

Viceministro de Garantía de Calidad

Dr. Héctor Quezada

Viceministro de Salud Colectiva

Dr. Oscar Surriel

Director Salud de la Población

Dr. José Mordán

Encargado Salud de la Familia

Dr. Juan Carlos de Jesús

Coordinador División Materno Infantil y
Adolescente

Dra. Andelys de la Rosa

Encargada de Guías de Práctica Clínica y
Protocolos de Atención

EQUIPO RESPONSABLE

Dr. Oscar Suriel

Director de Salud de la Población

Dr. José Mordán

Director de Salud de la Familia

Dr. Juan Carlos de Jesús

Encargado de la División de Salud Materno Infantil y Adolescentes

Revisores Externos

Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología.

Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)

Servicio Nacional de Salud

EQUIPO FORMULADOR

Dra. Natalia Frías

Dr. José Figueroa

Dr. José Mordán

Dra. Yuderca Lerebours

Dra Mirna Jiménez

Dr. José Figueroa

Dra. Zobeida Peralta

Dr. Donatilo Santos

Dr. José Delancer

RESOLUCIÓN NO. 30000

QUE PONE EN VIGENCIA LA CUARTA GENERACIÓN DE NUEVE (9) PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD Y LA TERCERA GENERACIÓN DE CUATRO (4) GUÍAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidas con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 83-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orientan el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, ensayos, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competentes al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la mención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución dominicana del 13 de junio de 2015.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

VISTA: La Ley General de Salud, No. 42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

00000

20-08-19

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

VISTO: La Resolución No. 000013, d/T. 19-06-018, que pone en Vigencia la Tercera Generación de Veintinueve (29) Protocolos de Atención en Salud y Una (1) Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido Prematuro.

En el ejercicio de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a usar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejorar continua de la calidad de los servicios prestados.

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de los siguientes guías y protocolos de atención en salud:

1. Protocolo de Atención al Neonato con Hipotermia Congénita.
2. Protocolo de Atención para Reanimación Neonatal.
3. Protocolo de Atención para el Manejo de Hipertensión Arterial del Adulto en Condiciones de No Emergencia.
4. Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Trastorno del Desarrollo Intelectual en Niños, Niñas y Adolescentes.
5. Protocolo de Manejo Nutricional del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica.
6. Protocolo de Manejo Nutricional En Paciente Quemado Pediátrico (hospitalizado).
7. Protocolo del Manejo Nutricional en el Paciente Quirúrgico Adulto.
8. Protocolo de Soporte Nutricional en el Período de Embarazo y Lactancia.
9. Protocolo de Anticoncepción.
10. Guía de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva.
11. Guía De Diagnóstico Y Tratamiento De VIH/Sida Pediátrico.
12. Guía De Consejería Preconcepcional, Prenatal Y Post Evento Obstétrico En El Contexto De Las Enfermedades Transmisibles Por Picadura De Mosquitos.
13. Guía Para La Atención Integral En Salud De Peseceas Adolescentes En República Dominicana.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representen locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Gestión de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los VEINTE (20) días del mes de AGOSTO del año dos mil diecinueve (2019).




DR. RAFAEL ADUSTO SÁNCHEZ CABREJAS
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

CONTENIDOS

Introducción	13
1. Objetivos	16
2. Evidencias	16
3. Población usuaria del Protocolo	17
4. Ámbito de aplicación	17
5. Población diana	17
6. Asesoría para selección de anticonceptivo y consentimiento informado	18
7. Métodos anticonceptivos de larga duración	18
7.1 Dispositivo intrauterino (DIU) contiene 380 mg de Cu (cobre)	19
7.2 Informaciones e indicaciones posinserción del DIU	22
7.3 Informaciones que facilitar a las usuarias sobre retorno de fertilidad postsuspensión del uso de DIU	23
7.4 Dispositivo intrauterino con levonorgestrel - DIU-LNG (52 mg de Lng)	23

8. Implante subdérmico.....	24
8.1 Instrucciones para la oferta de inserción de implante subdérmico	25
8.2 Informaciones que facilitar a las usuarias posinserción del implante subdérmico.....	29
8.3 Abordaje o seguimiento de usuarias con implantes	30
8.4 Instrucciones para la suspensión de uso	30
8.5 Informaciones que facilitar a las usuarias sobre retorno de fertilidad postsuspensión del uso de implante subdérmico.....	31
9. Métodos anticonceptivos permanentes	32
9.1 Instrucciones a las usuarias previa realización del procedimiento de esterilización quirúrgica femenina.....	33
9.2 Instrucciones para la planificación del procedimiento de esterilización quirúrgica femenina	34
9.3 Abordaje o seguimiento de usuarias esterilizadas quirúrgicamente	35
10. Esterilización quirúrgica masculina o vasectomía	36
10.1 Abordaje o seguimiento de usuarios esterilizados quirúrgicamente.....	37
11. Métodos de corta duración	38
11.1 Inyectables con solo progesterona (ampd). Inyectable trimestral (150 mg acetato de medroxiprogesterona)	39

12. Inyectables combinados o mensuales	43
13. Anticonceptivos orales, parches o anillo vaginal	48
13.1 Anticonceptivos orales con solo progesterona (0.03 de levonorgestrel).....	53
14. Métodos de barrera y de muy corta duración.....	57
14.1 Preservativo masculino	57
14.2 Preservativo femenino.....	58
14.3 Anticoncepción de emergencia (0.75 de Levonorgestrel)	59
Bibliografía	64
Anexo.....	67

INTRODUCCIÓN

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en septiembre de 1994, da esta definición de los derechos reproductivos:

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

Los métodos anticonceptivos son las tecnologías existentes para el control de la fecundidad. En República Dominicana, según Endesa 2013, existe una necesidad insatisfecha de anticon-

cepción en el 11% de las mujeres unidas y en el 27% de la población de adolescentes. La tasa actual de embarazo adolescentes es de 26%. Según el SINAVE, la tasa de muerte materna actual de es 103 / 100,000 nacidos vivos.

El Ministerio de Salud Pública pone a disposición el Protocolo de Anticoncepción que se presenta a continuación, producto de la recopilación y revisión de las evidencias científicas más actualizadas en relación con la tecnología anticonceptiva disponible, que estuvo a cargo de un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud. Este documento es una herramienta para que todos/as los/as prestadores/as de servicios de salud dispongan de estas informaciones y de las pautas para garantizar una oferta anticonceptiva de calidad, donde se enfatice en la protección de la salud y la libre elección de las personas usuarias.

PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN

1. OBJETIVO

Establecer los criterios y pautas para la estandarización de la oferta anticonceptiva segura y efectiva, avalados por evidencias científicas actualizadas y basados en la selección informada y voluntaria de la persona usuaria del servicio.

2. EVIDENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, 3ra edición, Ginebra, 2017. 75 p.
- World Health Organization. Medical Eligibility criteria for contraceptive use. 5th edition. Genève, 2015. 276 p.
- Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP). Proyecto de conocimientos sobre la salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.

3. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

Personal prestador de servicio de salud, de todos los niveles de atención de salud, de los sectores público y privado. Incluye médicos/as generales o especialistas, personal de enfermería, promotores/as de salud, psicólogos/as, consejeros/as y trabajadores/as sociales.

4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Instituciones y servicios de atención de salud, de los sectores público y privado.

5. POBLACIÓN DIANA

Personas usuarias de servicios de salud, mujeres en edad reproductiva, hombres y adolescentes, que solicitan anticoncepción o en quienes se identifica necesidad anticonceptiva insatisfecha.

6. ASESORÍA PARA SELECCIÓN ANTICONCEPTIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

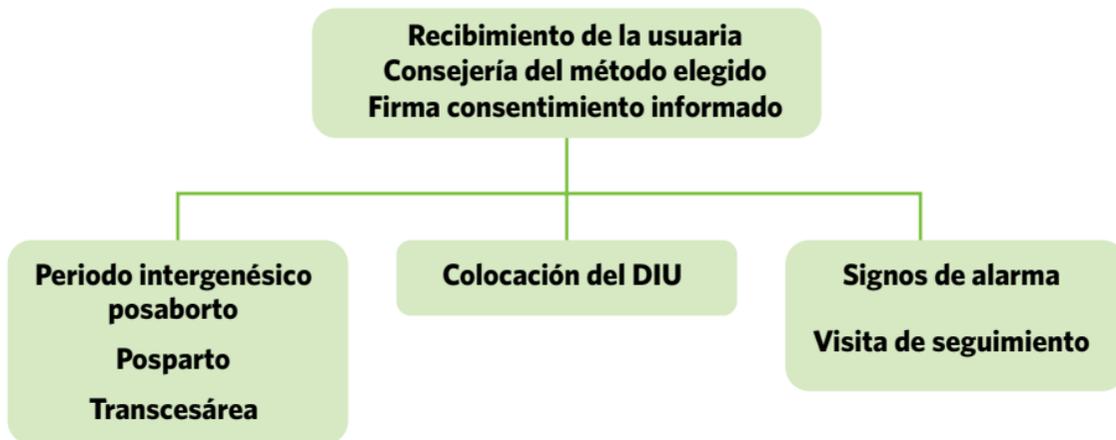
- a. Indague sobre antecedentes de enfermedades y factores de riesgos.
- b. Informe si ha identificado condiciones que limiten el uso de algún contraceptivo en base a los criterios de elegibilidad de la OMS.
- c. Oriente sobre temores y barreras que pueda expresar la usuaria al uso de métodos anti-conceptivos.
- d. Invite a la selección de una opción contraceptiva por parte de la persona usuaria.
- e. Proporcione información completa, actualizada e imparcial sobre el método seleccionado.

7. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACIÓN

- Dispositivo intrauterino (DIU).
- Implante subdérmico.

7.1 DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) CONTIENE 380 mm DE CU (COBRE).

ALGORITMO



Instrucciones para la oferta de inserción de DIU

Ofrezca inserción de DIU previa consejería, consentimiento informado y voluntario de la usuaria y si existe certeza razonable de que la usuaria no está embarazada.

Usuaris con ciclos menstruales

- Última menstruación 12 días o menos: Inserte el DIU cualquier día que a la usuaria le resulte conveniente, sin necesidad de esperar a que tenga la menstruación e infórmele que obtendrá protección anticonceptiva inmediata.
- Última menstruación hace más de 12 días: descarte de manera razonable la posibilidad de embarazo; inserte el DIU cualquier día que a la usuaria le resulte conveniente, sin necesidad de esperar a que tenga la menstruación e infórmele que obtendrá protección anticonceptiva inmediata.

Usuaris que cambian de otro método anticonceptivo a DIU

- Si ha utilizado el método anterior de manera sistemática, sin errores, y existe la certeza de ausencia de embarazo, inserte el DIU de inmediato, sin esperar la próxima menstruación; no requiere doble protección.

Usuaris en puerperio con o sin lactancia

- Antes de las 48 horas del parto o cesárea: Inserte el DIU en cualquier momento antes de las 48 horas del posparto o cesárea, incluso inmediatamente después del alumbramiento de la placenta.
- Después de las 48 horas: Recomiende la inserción del DIU cuando se hayan cumplido las 4 semanas.
- A partir de las 4 semanas o más de puerperio, usuaria en amenorrea: Inserte el DIU cualquier día, si existe certeza razonable de que la usuaria no está embarazada, sin necesidad de recomendar doble protección.
- A partir de las 4 semanas o más de puerperio, usuaria con ciclos menstruales: Acoja las recomendaciones para usuarias con ciclos menstruales.

Usuaris después de aborto

- Inserte el DIU al verificar aborto completo o inmediatamente después del manejo quirúrgico o complete manejo farmacológico del aborto, sin necesidad de recomendar doble protección.

- Si han transcurrido 12 días o más después de un aborto y exista certeza razonable de que la usuaria no está embarazada, inserte el DIU cualquier día, sin necesidad de método de respaldo.
- Si la pérdida reproductiva fue del segundo trimestre, postergue la colocación del DIU hasta cuando se hayan cumplido las 4 semanas; mientras se cumple este período indique o entregue método de respaldo.
- Si hay infección presente, ofrezca consejería para la selección de otro método por parte de la usuaria o postergue la colocación del DIU hasta cuando se haya desaparecido completamente el cuadro infeccioso.

Uso como anticonceptivo de emergencia

- Recomiende el DIU como anticonceptivo de emergencia dentro de los primeros 5 días de haber ocurrido el coito de riesgo.

7.2 INFORMACIONES E INDICACIONES POSINSERCIÓN DEL DIU

- Oriente a la usuaria en relación con un posible dolor pélvico transitorio tipo calambre.

- Indique ibuprofeno en dosis de 200-400 mg, vía oral, cada 8 horas, previa ingesta de alimentos o paracetamol 325-1000 mg, en caso de necesidad.
- Informe y programe evaluaciones clínicas de seguimiento luego de la primera menstruación, después de la inserción del DIU o entre las primeras 3-6 semanas de ello, especificando que puede acudir al servicio fuera de estos periodos si considera necesaria su atención.

7.3 INFORMACIONES QUE FACILITAR A LAS USUARIAS SOBRE RETORNO DE FERTILIDAD POSTSUSPENSIÓN DEL USO DE DIU

- Informe a la usuaria que su capacidad fértil queda restablecida inmediatamente se ha retirado el dispositivo.

7.4 DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL - DIU-LNG (52 MG DE LNG)

- Ofrezca inserción de DIU-LNG previa consejería, consentimiento informado y voluntario de la usuaria y si existe certeza razonable de que la usuaria no está embarazada. Siga las instrucciones propias de inserción del DIU.

8. **IMPLANTE SUBDÉRMICO** contiene 68 mg de etonogestrel (Implanon)

ALGORITMO



8.1 INSTRUCCIONES PARA LA OFERTA DE INSERCIÓN DE IMPLANTE SUBDÉRMICO

- Ofrezca inserción de implante subdérmico previa consejería, consentimiento informado y voluntario de la usuaria y si existe certeza razonable de que la usuaria no está embarazada. Usuarías con ciclos menstruales:
- Última menstruación 7 días o menos: Inserte el implante subdérmico cualquier día que a la usuaria le resulte conveniente, sin necesidad de esperar a que tenga la menstruación e informe a la usuaria que obtendrá protección anticonceptiva inmediata.
- Última menstruación hace más de 7 días: descarte de manera razonable la posibilidad de embarazo, inserte el implante subdérmico cualquier día que a la usuaria le resulte conveniente, sin necesidad de esperar a que tenga la menstruación e indique uso de método de respaldo durante los primeros 7 días después de la inserción del implante.

Usuaris que cambian de otro método anticonceptivo a implante subdérmico

- Si la usuaria ha utilizado un método hormonal de manera correcta y consistente, y existe la certeza razonable de que no está embarazada, inserte el implante subdérmico de inmediato, sin esperar la próxima menstruación.
- Si el método anterior era un inyectable, inserte el implante subdérmico el día en que corresponda la dosis del inyectable, sin necesidad de doble protección.
- Si el método anterior era uno no hormonal (excepto DIU) y existe la certeza razonable de que no está embarazada, inserte el implante subdérmico de inmediato, sin esperar la próxima menstruación:
- Si la menstruación ha ocurrido 7 días o menos, infórmele que obtendrá protección inmediata.
- Si la menstruación ha ocurrido hace más de 7 días, indique uso de método de respaldo durante los primeros 7 días después de la inserción del implante.
- Si el método anterior era DIU o DIU-LNG:
 - Si la menstruación ha ocurrido 7 días o menos, inserte el implante cualquier día, retire el DIU o DIU-LNG e infórmele que obtendrá protección inmediata.
 - Si la menstruación ha ocurrido hace más de 7 días, inserte el implante y retire el DIU o DIU-LNG cuando se presente la próxima menstruación.

Usuaris en puerperio con lactancia

- Antes de las 6 semanas después de parto o cesárea: Puede ofrecer la inserción del implante, siendo categoría 2 en los CME.
- Entre 6 semanas y 6 meses de puerperio, en usuaria con amenorrea: Inserte implante cualquier día e indique método de respaldo si la lactancia no es exclusiva.
- Más de 6 semanas y con ciclos menstruales: Acoja las instrucciones de usuarias con ciclos menstruales.

Usuaris en puerperio sin lactancia

- Antes de los 21 días después de parto o cesárea: Puede ofrecer la inserción del implante, siendo categoría 1 en los CME.
- 21 días o más de puerperio, en usuaria con amenorrea: descarte de manera razonable la posibilidad de embarazo, inserte el implante subdérmico cualquier día que a la usuaria le resulte conveniente e indique uso de método de respaldo durante los primeros 7 días después de la inserción del implante.
- 21 días o más de puerperio, en usuaria con ciclos menstruales: Acoja las instrucciones de usuarias con ciclos menstruales.

Usuaris en amenorrea, no vinculada con parto ni lactancia

- Si existe certeza razonable de que no está embarazada, inserte el implante subdérmico cualquier día e indique o entregue método de respaldo o doble protección para uso los primeros 7 días después de la inserción.

Usuaris después de aborto

- Inserte el implante subdérmico al verificar aborto completo o inmediatamente después del manejo quirúrgico o de completar manejo farmacológico del aborto, sin necesidad de recomendar doble protección.
- Si han transcurrido más de 7 días después del aborto, descarte de manera razonable la posibilidad de embarazo, inserte el implante subdérmico cualquier día que a la usuaria le resulte conveniente, sin necesidad de esperar a que tenga la menstruación e indique uso de método de respaldo durante los primeros 7 días después de la inserción del implante.

Después de uso de anticonceptivos orales de emergencia

- Si la usuaria acude en esta condición, ofrezca la colocación del implante subdérmico cuando haya llegado la próxima menstruación e indique método de respaldo mientras esto ocurre.

8.2 INFORMACIONES QUE FACILITAR A LAS USUARIAS POSINSERCIÓN DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO

- Después de la inserción del implante, refuerce las informaciones sobre los efectos esperados, que ya facilitó en la consejería previa inserción del contraceptivo.
- Enfatique en los cambios esperados en el patrón del sangrado menstrual y que la ocurrencia de estos no son signos de enfermedad, que tienden a disminuir o desaparecer después de los 3-6 meses de la colocación.
- Advierta que puede presentar dolor en el área de inserción del implante, además de hinchazón y equimosis, que suelen desaparecer sin necesidad de tratamiento.
- Explique el cuidado del área de inserción, enfatizando en:
 - Mantener el área de inserción seca durante 4 días.
 - Retirar el apósito a los dos días después de la inserción.
- Entregue la tarjeta que viene inserta en cada implante o en su defecto, entregue por escrito la fecha de inserción, fecha en que se recomienda la remoción o cambio del implante.
- Informe sobre señales de alarma por las que debe regresar a la atención de manera inmediata: Dolor, calor o rubor progresivos en el área de inserción, observación de salida del implante a través del punto de inserción.

- Advértale que debe acudir a recibir consejería en caso de aumento significativo de peso mientras es usuaria del implante, ya que esta condición puede disminuir la eficacia de este.

8.3 ABORDAJE O SEGUIMIENTO DE USUARIAS CON IMPLANTES

- Durante cada control de salud sexual y reproductiva, indague sobre el nivel de satisfacción con el uso del método.
- Actualice la información de los antecedentes personales patológicos y medición del peso.
- Investigue sobre la ocurrencia de efectos secundarios y cualquier duda que deba resolver.
- Ofrezca manejo de los efectos secundarios comunes que haya referido, según se especifica más adelante.

8.4 INSTRUCCIONES PARA LA SUSPENSIÓN DE USO

- Ante solicitud de retiro, verifique si la causa es por la ocurrencia de algún efecto esperado, y, en caso positivo ofrezca todas las informaciones sobre este; pero respetando la decisión de la usuaria si la mantiene.
- El implante puede ser retirado cualquier día en el que se solicite la atención.

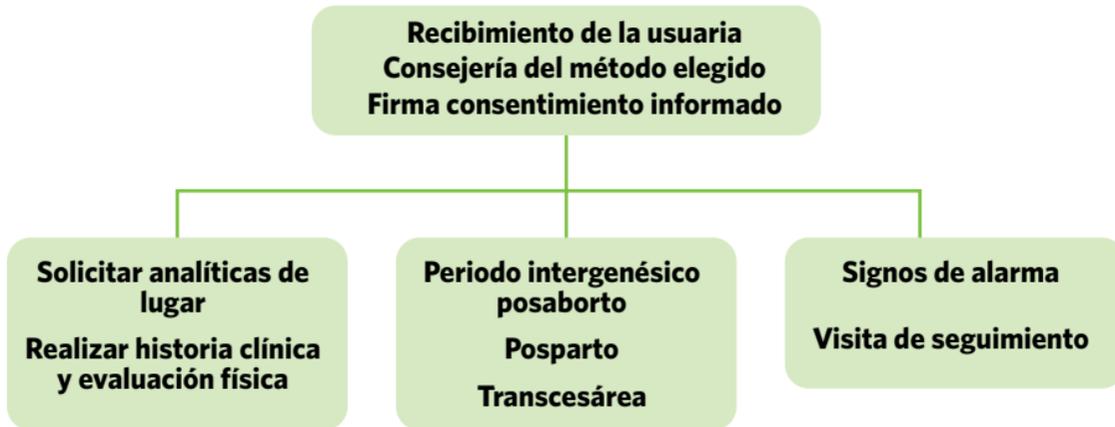
- Explíquelo en qué consiste el procedimiento de extracción del implante, paso a paso.
- Proceda al procedimiento de extracción.
- Ofrezca las recomendaciones para el cuidado del sitio de la extracción y prevención de complicaciones.
- Advierta señales de alarma de complicaciones.

8.5 INFORMACIONES QUE FACILITAR A LAS USUARIAS SOBRE RETORNO DE FERTILIDAD POSTSUSPENSIÓN DEL USO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO

- Infórmele que su capacidad fértil queda restablecida inmediatamente se ha retirado el implante.

9. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

ALGORITMO



Esterilización quirúrgica femenina

9.1 INSTRUCCIONES A LAS USUARIAS PREVIA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA

- Ofrezca la esterilización quirúrgica femenina a usuarias que no desean embarazos de manera definitiva, e infórmele que todas las mujeres tienen derecho a solicitar esterilización quirúrgica, sin importar su edad, cantidad de hijos o estado civil, siempre que haya sido una decisión propia y voluntaria.
- Enfatícele que la esterilización quirúrgica femenina confiere anticoncepción de manera permanente.
- Recomiéndele uso o continuación de otro anticonceptivo hasta que el procedimiento se haya realizado.
- Ofrézcale todas las instrucciones de cuidados previos a procedimiento anestésico, según el protocolo institucional que aplique.
- Cuando se programe el procedimiento de manera ambulatoria, sugiera que, de ser posible, acuda a la atención con una persona acompañante.
- Procure la firma del documento de consentimiento informado de la usuaria.

9.2 INSTRUCCIONES PARA LA PLANIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA

Antes de la programación de la esterilización quirúrgica femenina

- Tome en cuenta que no existe ninguna patología médica que le impida a una mujer recurrir al procedimiento.
- Identifique condiciones médicas que requieran preparaciones y precauciones quirúrgicas especiales que deban ser resueltas antes del procedimiento quirúrgico de esterilización.
- En usuarias con ciclos menstruales o que cambian desde otro método anticonceptivo, programe la esterilización en cualquier momento del mes, tomando en cuenta que:
 - Si se encuentra dentro de los 7 días siguientes al inicio de su menstruación o es usuaria de DIU, no se requieren precauciones específicas.
 - Si la última menstruación ha ocurrido sobre los 7 días, se puede someter al procedimiento en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.
 - Si está sustituyendo anticonceptivos orales, puede seguir tomando las pastillas hasta que haya terminado el paquete, para mantener su ciclo regular.

- En usuarias con amenorrea se puede someter al procedimiento en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.

Usuarias después de parto

- Inmediatamente o dentro de los 7 días siguientes al parto, si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado.
- En cualquier momento en las 6 semanas o más siguientes al parto si es razonablemente seguro que no esté embarazada.
- Después de aborto no complicado puede ser esterilizada dentro de las primeras 48 horas, previa elección voluntaria e informada.
- Después de uso de anticoncepción de emergencia puede ser sometida a esterilización quirúrgica dentro de los primeros días de su próxima menstruación o en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no haya embarazo.

9.3 ABORDAJE O SEGUIMIENTO DE USUARIAS ESTERILIZADAS QUIRÚRGICAMENTE

Al momento del alta, después de procedimiento de esterilización quirúrgica, programe cita para control entre 7 y 15 días e instruya a la usuaria sobre:

- Descansar durante 2 días y evitar el trabajo vigoroso y levantar objetos pesados durante una semana.

- Mantener la incisión limpia y seca durante 2 días.
- Abstenerse de tener relaciones sexuales durante por lo menos 1 semana o hasta que no haya dolor vinculado a la cirugía.
- Indique analgesia con ibuprofeno vía oral, 200-400 mg, paracetamol 325-1000 mg u otro analgésico disponible, sobre todo para los dos primeros días después del procedimiento.
- Advierta sobre señales de alarma por las que debe regresar a atención inmediata, específicamente, sangrado, tumefacción, rubor, calor o salida de secreciones por el área de incisión, ocurrencia de fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Al igual que ante la ocurrencia de mareos o desmayos dentro de las primeras 4 semanas después del procedimiento.

10. ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA O VASECTOMÍA

Instrucciones al usuario previa realización del procedimiento de esterilización quirúrgica masculina.

- Ofrezca la esterilización quirúrgica masculina a usuarios que no desean procrear de manera definitiva, e infórmele que todos los hombres tienen derecho a solicitar esterilización quirúrgica, sin importar su edad, cantidad de hijos o estado civil, siempre que haya sido una decisión propia y voluntaria.

- Enfatice que la esterilización quirúrgica masculina confiere anticoncepción de manera permanente.
- Ofrezca todas las instrucciones de cuidados previos a procedimiento anestésico, según el protocolo institucional que se aplique.
- Cuando se programe el procedimiento de manera ambulatoria, sugiera que, de ser posible, acuda a la atención con una persona acompañante.
- Procure la firma del documento de consentimiento informado.

10.1 ABORDAJE O SEGUIMIENTO DE USUARIOS ESTERILIZADOS QUIRÚRGICAMENTE

Al momento del alta, después del procedimiento de vasectomía, instruya al usuario sobre:

- Reposo relativo durante 2 días.
- Indique aplicación de compresas frías sobre el escroto las primeras 4 horas después del procedimiento; explíquele que de esta forma se reduce el dolor y posibilidades de sangrado.
- Indique analgesia con ibuprofeno 200-400 mg, paracetamol 325-1000 mg u otro analgésico disponible, sobre todo para los dos primeros días después del procedimiento.

- Informe que habrá molestias, hinchazón y equimosis sobre el escroto, que deben desaparecer en 2-3 días.
- Mantener la incisión limpia y seca durante 2 días.
- Recomiende uso de pantalones o calzoncillos ajustados, que provean mayor soporte al escroto por lo menos por 2 o 3 días.
- Abstenerse de tener relaciones sexuales durante por lo menos 2 a 3 días.
- Recuerde sobre la necesidad de uso de preservativos u otro método anticonceptivo, por lo menos los 3 primeros meses después de la cirugía.
- Advierta sobre señales de alarma por las que debe regresar a atención inmediata, específicamente, sangrado, tumefacción, rubor, calor o salida de secreciones por el área de incisión, ocurrencia de fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

Programa cita de control a los 3 meses después del procedimiento cuando debe indicar espermatograma y especifique que puede solicitar atención antes si así lo considera.

11. MÉTODOS DE CORTA DURACIÓN

- Inyectables con solo progesterona (ampd). Inyectables trimestrales.
- Inyectables combinados o mensuales.

- Anticonceptivos combinados orales, parches y anillo vaginal combinados.
- Anticonceptivos orales con solo progesterona.

11.1 INYECTABLES CON SOLO PROGESTERONA (AMPD). INYECTABLE TRIMESTRAL (150 MG ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA)

Instrucciones para el uso de inyectables trimestrales

- La usuaria puede empezar a utilizar los inyectables trimestrales en cualquier momento del ciclo menstrual, si existe la certeza razonable de que no está embarazada. Cuando una usuaria inicia uso de este método, tome en consideración las instrucciones a continuación:

Usuaris con ciclos menstruales

- Si comienza con menos de 7 días de la última menstruación, obtendrá protección anticonceptiva inmediata.
- Si comienza después de los 7 días de la última menstruación, y existe certeza razonable de que no está embarazada, indique o entregue método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 7 días después de la inyección.

Usuaris que cambian de otro método anticonceptivo a inyectable trimestral

- Si la usuaria ha utilizado un método hormonal de manera correcta y consistente, y existe la certeza razonable de que no está embarazada, aplique la primera dosis de inyectable trimestral de inmediato, sin esperar la próxima menstruación.
- Si el método que estaba utilizando anteriormente era un inyectable, aplique la primera dosis de inyectable trimestral el día en que correspondía la dosis del inyectable anterior, sin necesidad de doble protección.
- Si el método anterior era uno no hormonal (excepto DIU), y existe la certeza razonable de que no está embarazada, aplique la primera dosis de inyectable trimestral, sin esperar la próxima menstruación:
 - Si la menstruación ha ocurrido 7 días o menos, infórmele que obtendrá protección inmediata.
 - Si la menstruación ha ocurrido hace más de 7 días, indique uso de método de respaldo durante los primeros 7 días después de la inyección.
- Si el método anterior era DIU o DIU-LNG:
 - Si la menstruación ha ocurrido 7 días o menos, aplique la primera dosis de inyectable trimestral cualquier día, retire el DIU o DIU-LNG e infórmele que obtendrá protección inmediata.

- Si la menstruación ha ocurrido hace más de 7 días, aplique la primera dosis de inyectable trimestral y retire el DIU o DIU-LNG cuando se presente la próxima menstruación.
- Si la usuaria está en amenorrea, acoja las instrucciones para este tipo de usuarias descritas más adelante.

Usuaris en puerperio con lactancia

- Antes de las 6 semanas después del parto o la cesárea: Solo ofrezca inyectable trimestral si no hay disponibilidad de otro método adecuado, siendo categoría 3 en los CME.
- Entre 6 semanas y 6 meses de puerperio en usuaria con amenorrea: Aplique primera dosis de inyectable trimestral cualquier día e indique método de respaldo solo si la lactancia no es exclusiva.
- Más de 6 semanas y con ciclos menstruales: Acoja las instrucciones de usuarias con ciclos menstruales.

Usuaris en puerperio sin lactancia

- Antes de los 21 días después de parto o cesárea: Ofrezca la aplicación de primera dosis de inyectable trimestral, siendo categoría 2 en los CME.

- 21 días o más de puerperio, en usuaria con amenorrea: descarte de manera razonable la posibilidad de embarazo, aplique la primera dosis de inyectable trimestral cualquier día que a esta le resulte conveniente e indique uso de método de respaldo durante los primeros 7 días después de la inyección.
- 21 días o más de puerperio en usuaria con ciclos menstruales: Acoja las instrucciones de usuarias con ciclos menstruales.

Usuaris en amenorrea, no vinculada con parto ni lactancia

- Aplique la primera inyectable trimestral cualquier día, previa confirmación de que no hay embarazo; entregue o indique método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 7 días después de la inyección.

Usuaris después de aborto

- Aplique la inyección trimestral inmediatamente después de aborto completo, de manejo quirúrgico o farmacológico del aborto, sin necesidad de recomendar doble protección.
- Si han transcurrido 7 días o más después de un aborto, inicie cualquier día, previa confirmación de que no hay embarazo, e indique o entregue método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 7 días después de la inyección.

Usuarías que han utilizado anticoncepción oral de emergencia

Puede iniciar inyectables trimestrales entre el día 1-7 después de uso de anticoncepción oral de emergencia, requiriendo doble protección durante los primeros 7 días después de inyección. En este caso, adviértale acudir a la atención si presenta signos o síntomas de embarazo además de no tener sangrado menstrual.

Informaciones que facilitar a las usuarias sobre retorno de fertilidad postsuspensión del uso de inyectables trimestrales

Después de la suspensión del uso de inyectables trimestrales, la mujer puede demorar de 3 a 4 meses o más para recuperar su capacidad fértil. Este es el período más prolongado de todos los anticonceptivos hormonales.

12. INYECTABLES COMBINADOS O MENSUALES (25 mg de Cipionato de estradiol o 50 mg de valerato de estradiol)**Instrucciones para el uso de inyectables mensuales combinados**

- Las usuarias pueden empezar a utilizar los inyectables mensuales en cualquier momento del ciclo si existe la certeza razonable de que no está embarazada.

Cuando inicie uso de este método, tome en consideración las recomendaciones a continuación:

Usuaris con ciclos menstruales

- Si comienza con menos de 7 días de la última menstruación, obtendrá protección anticonceptiva inmediata.
- Si comienza después de los 7 días de la última menstruación, y existe certeza razonable de que no está embarazada, indique o entregue método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 7 días después de la inyección.

Usuaris que cambian de otro método anticonceptivo a inyectable mensual

- Si la usuaria ha utilizado un método hormonal de manera correcta y consistente, y existe la certeza razonable de que no está embarazada, aplique la primera dosis de inyectable mensual de inmediato, sin esperar la próxima menstruación.
- Si el método anterior era un inyectable, aplique la primera dosis de inyectable mensual el día en que correspondía la dosis del inyectable, sin necesidad de doble protección.

- Si el método anterior era uno no hormonal (excepto DIU) y existe la certeza razonable de que no está embarazada, aplique la primera dosis de inyectable mensual, sin esperar la próxima menstruación:
 - Si la menstruación ha ocurrido 7 días o menos, infórmele que obtendrá protección inmediata.
 - Si la menstruación ha ocurrido hace más de 7 días, indique uso de método de respaldo durante los primeros 7 días después de la inyección.
- Si el método anterior era DIU o DIU-LNG:
 - Si la menstruación ha ocurrido 7 días o menos, aplique la primera dosis de inyectable mensual cualquier día, retire el DIU o DIU-LNG e informe obtendrá protección inmediata.
 - Si la menstruación ha ocurrido hace más de 7 días, aplique la primera dosis de inyectable mensual y retire el DIU o DIU-LNG cuando se presente la próxima menstruación.
- Si la usuaria está en amenorrea, acoja las instrucciones para este tipo de usuarias descritas más adelante.

Usuaris en puerperio con lactancia

- Antes de las 6 semanas después de parto o cesárea: No ofrezca uso de inyectable mensual, por ser categoría 4 en los CME.

- Entre 6 semanas - 6 meses de puerperio y, principalmente, amamantando: Solo ofrezca inyectable mensual si no hay disponibilidad de otro método adecuado, siendo categoría 3 en los CME.
- Más de 6 meses de puerperio y en amenorrea: Acoja las instrucciones de usuarias con amenorrea.
- Más de 6 meses de puerperio y con ciclos menstruales: Acoja las instrucciones de usuarias con ciclos menstruales.

Usuaris en puerperio sin lactancia

- Antes de los 21 días después de parto o cesárea: Solo ofrezca inyectable mensual si no hay disponibilidad de otro método adecuado, siendo categoría 3 en los CME.
- 21 días o más de puerperio, en usuaria con amenorrea: descarte de manera razonable la posibilidad de embarazo, aplique la primera dosis de inyectable mensual cualquier día que a la usuaria le resulte conveniente e indique uso de método de respaldo durante los primeros 7 días después de la inyección.
- 21 días o más de puerperio, en usuaria con ciclos menstruales: Acoja las instrucciones de usuarias con ciclos menstruales.

Usuarías en amenorrea

No vinculada con parto ni lactancia, inicie cualquier día, previa confirmación de que no hay embarazo; entregue o indique método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 7 días después de la inyección.

Usuarías después de aborto

- Aplique la inyección mensual inmediatamente después de aborto completo, de manejo quirúrgico o farmacológico del aborto, sin necesidad de recomendar doble protección.
- Si han transcurrido 7 días o más después de un aborto, inicie cualquier día, previa confirmación de que no hay embarazo activo e indique o entregue método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 7 días después de la inyección.
- Una usuaria puede iniciar inyectables mensuales inmediatamente después del uso de anticoncepción oral de emergencia, requiriendo doble protección durante los primeros 7 días después de inyección. En este caso, advierta a la usuaria acudir a la atención si presenta signos o síntomas de embarazo, además de no tener sangrado menstrual.

Informaciones que facilitar a las usuarias sobre retorno de fertilidad postsuspensión del uso de inyectables mensuales

- Después de la suspensión del uso de inyectables mensuales, la mujer puede demorar de 5 a 12 meses para recuperar su capacidad fértil.

13. ANTICONCEPTIVOS ORALES, PARCHES Y ANILLO VAGINAL COMBINADOS

Instrucciones para el uso de anticonceptivos orales combinados (0.15 mg de levonorgestrel y 0.03 de ethinyl estradiol), parche anticonceptivo combinado. (6 mg de norelgestromina “NGMN”) y 600 \times g de etinil estradiol) y anillo vaginal combinado (avc 11,7 mg de etonogestrel y 2,7 mg de etinilestradiol).

- Las usuarias pueden empezar a utilizar los anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinado en cualquier momento del ciclo, si existe la certeza razonable de que no está embarazada. Cuando una usuaria inicie el uso de alguno de estos métodos, tome en consideración las recomendaciones a continuación:

Usuaris con ciclos menstruales

- Si comienza con menos de 5 días de la última menstruación, obtendrá protección anticonceptiva inmediata.
- Si comienza después de los 5 días de última menstruación, y existe certeza razonable de que no está embarazada, indique o entregue método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 7 días después del inicio de uso de anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados.

Usuaris que cambian de otro método anticonceptivo a anticonceptivos orales, parches o anillo vaginal combinados

- Si la usuaria ha utilizado un método hormonal de manera correcta y consistente, y existe la certeza razonable de que no está embarazada, ofrezca inicio de anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados de inmediato, sin esperar la próxima menstruación.
- Si el método anterior era un inyectable, ofrezca inicio de anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados el día en que correspondía la dosis del inyectable, sin necesidad de doble protección.
- Si el método anterior era uno no hormonal (excepto DIU), y existe la certeza razonable de que no está embarazada, ofrezca inicio de anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados, sin esperar la próxima menstruación:

- Si la menstruación ha ocurrido 5 días o menos, infórmele que obtendrá protección inmediata.
- Si la menstruación ha ocurrido hace más de 5 días, indique uso de método de respaldo durante los primeros 7 días después de inicio de anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados.
- Si el método anterior era DIU o DIU-LNG:
 - Si la menstruación ha ocurrido 5 días o menos, ofrezca inicio de anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados cualquier día, retire el DIU o DIU-LNG e infórmele que obtendrá protección inmediata.
 - Si la menstruación ha ocurrido hace más de 5 días, ofrezca inicio de anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados y retire el DIU o DIU-LNG cuando se presente la próxima menstruación.
- Si la usuaria está en amenorrea, acoja las instrucciones para este tipo de usuarias descritas más adelante.

Usuaris en puerperio con lactancia

- Antes de las 6 semanas después de parto o cesárea: No ofrezca uso de anticonceptivos orales combinados, parches ni anillo vaginal combinados por ser categoría 4 en los CME.

- Entre 6 semanas - 6 meses de puerperio y, principalmente, amamantando: Solo ofrezca anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados si no hay disponibilidad de otro método adecuado, siendo categoría 3 en los CME.
- Más de 6 meses de puerperio y en amenorrea: Acoja las instrucciones de usuarias con amenorrea.
- Más de 6 meses de puerperio y con ciclos menstruales: Acoja las instrucciones de usuarias con ciclos menstruales.

Usuarías en puerperio sin lactancia

- Antes de los 21 días después de parto o cesárea: Solo ofrezca anticonceptivos orales, parches o anillo vaginal combinados si no hay disponibilidad de otro método adecuado, siendo categoría 3 en los CME.
- 21 días o más de puerperio, en usuaria con amenorrea y que reúnen los requisitos de los CME: descarte de manera razonable la posibilidad de embarazo, ofrezca inicio de anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados cualquier día que a la usuaria le resulte conveniente e indique uso de método de respaldo durante los primeros 7 días después.
- 21 días o más de puerperio, en usuaria con ciclos menstruales y que reúnen los requisitos de los CME: Acoja las instrucciones de usuarias con ciclos menstruales.

Usuaris en amenorrea

No vinculada con parto ni lactancia, inicie cualquier día, previa confirmación de que no hay embarazo, entregue o indique método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 7 días después de iniciar el uso anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinado.

Usuaris después de aborto

- Ofrezca inicio de anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados inmediatamente después de aborto completo, de manejo quirúrgico o farmacológico del aborto, sin necesidad de recomendar doble protección.
- Si han transcurrido 5 días o más después de un aborto, inicie cualquier día, previa confirmación de que no hay embarazo activo, e indique o entregue método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 7 días después de la inyección.
- Una usuaria puede iniciar anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados inmediatamente después del uso de anticoncepción oral de emergencia, pero requiere doble protección durante los primeros 7 días después de inyección. En este caso, advierta a la usuaria que debe acudir a la atención si presenta signos o síntomas de embarazo, además de no tener sangrado menstrual.

Informaciones que facilitar a las usuarias sobre retorno de fertilidad postsuspensión del uso de anticonceptivos orales, parche o anillo vaginal combinados

- Después de la suspensión del uso de anticonceptivos orales combinados, parche o anillo vaginal combinados la usuaria recupera su capacidad fértil de inmediato.

13.1 ANTICONCEPTIVOS ORALES CON SOLO PROGESTERONA (0.03 DE LEVONORGESTREL)

Las usuarias pueden empezar a utilizar los anticonceptivos orales solo con progesterona en cualquier momento del ciclo, si existe la certeza razonable de que no está embarazada. Cuando una usuaria inicie el uso de alguno de estos métodos, tome en consideración las recomendaciones a continuación:

Usuarias con ciclos menstruales

- Si comienza con menos de 5 días de la última menstruación, obtendrá protección anticonceptiva inmediata.
- Si comienza después de los 5 días de la última menstruación, y existe certeza razonable de que no está embarazada, indique o entregue método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 2 días después del inicio de uso de anticonceptivos orales solo con progesterona.

Usuarías que cambian de otro método anticonceptivo a anticonceptivos orales solo con progesterona

- Si ha utilizado un método hormonal de manera correcta y consistente, y existe la certeza razonable de que no está embarazada, ofrezca inicio de anticonceptivos orales solo con progesterona de inmediato, sin esperar la próxima menstruación.
- Si el método anterior era un inyectable, ofrezca inicio de anticonceptivos orales solo con progesterona el día en que correspondía la dosis del inyectable, sin necesidad de doble protección.
- Si el método anterior era uno no hormonal (excepto DIU), y existe la certeza razonable de que no está embarazada, ofrezca inicio de anticonceptivos orales solo con progesterona, sin esperar la próxima menstruación:
 - Si la menstruación ha ocurrido 5 días o menos, infórmele que obtendrá protección inmediata.
 - Si la menstruación ha ocurrido hace más de 5 días, indique uso de método de respaldo durante los primeros 2 días después de inicio de anticonceptivos orales solo con progesterona.
- Si el método anterior era DIU o DIU-LNG:
 - Si la menstruación ha ocurrido 5 días o menos, ofrezca inicio de anticonceptivos orales solo con progesterona cualquier día, retire el DIU o DIU-LNG e infórmele que obtendrá protección inmediata.

- Si la menstruación ha ocurrido hace más de 5 días, ofrezca inicio inmediato de anticonceptivos orales solo con progesterona y retire el DIU o DIU-LNG cuando se presente la próxima menstruación.
- Si la usuaria está en amenorrea, acoja las instrucciones para este tipo de usuarias descritas más adelante.

Usuaris en puerperio con lactancia

- Antes de las 6 semanas después de parto o cesárea: Puede ofrecer uso de anticonceptivos orales solo con progesterona, siendo categoría 2 en los CME.
- Entre 6 semanas y 6 meses de puerperio, en usuaria con amenorrea: ofrezca inicio de anticonceptivos orales solo con progesterona cualquier día e indique método de respaldo durante 2 días si la lactancia no es exclusiva.
- Más de 6 semanas y con ciclos menstruales: Acoja las instrucciones de usuarias con ciclos menstruales.

Usuaris en puerperio sin lactancia

- Antes de los 21 días después de parto o cesárea: Puede ofrecer inicio de anticonceptivos orales solo con progesterona, siendo categoría 2 en los CME.
- 21 días o más de puerperio, en usuaria con amenorrea: descarte de manera razonable la posibilidad de embarazo, ofrezca inicio de anticonceptivos orales solo con

progesterona cualquier día que a la usuaria le resulte conveniente e indique uso de método de respaldo durante los primeros 2 días después del inicio.

- 21 días o más de puerperio, en usuaria con ciclos menstruales: Acoja las instrucciones de usuarias con ciclos menstruales.

Usuaris en amenorrea

No vinculada con parto ni lactancia, inicie cualquier día, previa confirmación de que no hay embarazo, entregue o indique método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 2 días después de iniciar el uso de anticonceptivos orales solo con progesterona.

Usuaris después de aborto

- Ofrezca inicio de anticonceptivos orales solo con progesterona inmediatamente después de aborto completo, de manejo quirúrgico o farmacológico del aborto, sin necesidad de recomendar doble protección.
- Si han transcurrido 5 días o más después de un aborto, inicie cualquier día, previa confirmación de que no hay embarazo activo, e indique o entregue método de respaldo o doble protección en caso de tener coito dentro de los primeros 2 días después del inicio.

Informaciones que facilitar a las usuarias sobre retorno de fertilidad postsuspensión del uso de anticonceptivos orales solo con progesterona

- Después de la suspensión del uso de anticonceptivos orales solo con progesterona, recupera su capacidad fértil de inmediato.

14 MÉTODOS DE BARRERA Y DE MUY CORTA DURACIÓN

- Preservativo masculino.
- Preservativo femenino.
- Anticonceptivo de emergencia.

14.1 PRESERVATIVO MASCULINO

Instrucciones para promoción y oferta de uso del preservativo masculino o condón

- Promueva el uso de preservativos masculinos en todas las personas usuarias sexualmente activas, por ser los únicos anticonceptivos que también pueden proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Entregue preservativos masculinos a los usuarios del servicio; muestre cómo utilizarlos y explique “los 5 pasos básicos para el uso del condón masculino”.

Apoye a los usuarios con el uso del condón

- Asegúrese que comprenda el uso correcto del condón.
- Sumínístrele condones suficientes.
- Promueva el uso del condón para la protección contra infecciones de transmisión sexual.
- Recuérdele el uso de anticoncepción de emergencia en caso de falla en el uso del condón.
- Háblele de técnicas de negociación con la pareja para el uso del condón.

14.2 PRESERVATIVO FEMENINO

Instrucciones para promoción y oferta de uso del preservativo o condón femenino

- Promueva el uso de preservativos femeninos a todas las personas usuarias sexualmente activas, por ser los únicos anticonceptivos que también pueden proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Entregue preservativos femeninos a las usuarias del servicio, muestre cómo utilizarlos y explique “los 5 pasos básicos para el uso del condón femenino”

Apoye a las usuarias con el uso del condón

- Asegúrese que comprenda el uso correcto del condón femenino.

- Sumínístrele condones suficientes.
- Promueva el uso del condón para la protección contra infecciones de transmisión sexual.
- Recuérdele el uso de anticoncepción de emergencia en caso de falla en el uso del condón femenino.
- Háblele de técnicas de negociación con la pareja para el uso del condón femenino.

14.3 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (0.75 DE LEVONORGESTREL)

Pueden ser utilizados como anticoncepción de emergencia

- Píldoras con solo levonorgestrel.
- Píldoras combinadas con estrógeno y progestágeno.
- Píldoras de acetato de ulipristal.
- Dispositivo intrauterino con cobre.

Indicaciones de anticoncepción de emergencia

- Ofrezca anticoncepción de emergencia ante las circunstancias que se enumeran a continuación, tomando en cuenta que todas las usuarias pueden tomar anticonceptivos orales de emergencia de manera segura y eficaz, incluso aquellas con contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales de manera continua:
- Contacto sexual sin protección.

- Usuaria víctima de violencia o coacción sexual.
- Usuaria que ha tenido contacto sexual, y presenta falla en el uso de cualquier otro método anticonceptivo, ya sea:
 - Retraso de dos semanas o más para recibir dosis correspondiente de inyectable trimestral.
 - Retraso de 7 días o más para recibir dosis correspondiente de inyectable mensual.
 - Olvido o retraso mayor de tres horas en la toma de anticonceptivos orales con solo progesterona.
 - Inicio de anticonceptivos orales combinados con tres días de retraso.
 - Olvidó tomar tres píldoras o más de anticonceptivos orales combinados durante la primera semana de uso.

Instrucciones para el uso de anticoncepción oral de emergencia

- Todas las usuarias pueden tomar anticonceptivos orales de emergencia de manera segura y eficaz, incluso aquellas con contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales de manera continua. Ante usuaria que refiere haber tenido contacto sexual sin protección, que haya sido víctima de violencia o coacción sexual o que haya identificado falla en el uso de cualquier otro método anticonceptivo, ofrezca anticoncepción de emergencia en base a las siguientes instrucciones:

- Cuando ha ocurrido la relación sexual no protegida, especifíquele que las píldoras anticonceptivas de emergencia deben ser tomadas con la mayor brevedad y solo son útiles para prevenir embarazo si se toman antes del cumplimiento de los 5 días de haber ocurrido el contacto de riesgo.
- Indique o entregue la píldora anticonceptiva de emergencia disponible y explique modo de uso y dosis en base al tipo de píldora y la siguiente posología:
 - Píldoras de solo levonorgestrel: 1.5 mg vía oral, dosis única o 0.75 mg vía oral, y una segunda dosis a las 12 horas.
 - Píldoras de solo norgestrel: 3 mg vía oral, dosis única.
 - Anticonceptivos orales combinados (Yuzpe): 0.1 mg de etinilestradiol + 0.5 mg de levonorgestrel, vía oral, y una segunda dosis a las 12 horas o 0.1 mg de etinilestradiol + 1 mg de norgestrel, vía oral, y una segunda dosis a las 12 horas.
 - Píldoras de acetato de ulipristal: 30 mg dosis única.
- Informe sobre efectos esperados: náuseas, cefalea, dolor abdominal, y especifique que estos no tienen repercusiones sobre su salud.
- Advértale que, ante la ocurrencia de vómitos en el marco de las 2 horas de haber tomado una dosis de anticoncepción oral de emergencia, esta deberá ser repetida.
- Infórmele que puede quedar embarazada inmediatamente después de haber tomado anticoncepción de emergencia y ofrézcale consejería para la selección de anticoncepción de uso continuo si la usuaria así lo requiere.

Instrucciones para el uso de dispositivo intrauterino como anticoncepción de emergencia

- Ofrezca la alternativa de anticoncepción de emergencia con la inserción de dispositivo intrauterino, de preferencia a aquellas usuarias que deseen la utilización de este método de manera continua.

Instrucciones para inicio de otro tipo de anticonceptivo de uso continuo después del uso de anticoncepción de emergencia

- Enfatice que una dosis de anticoncepción oral de emergencia no protege contra otros contactos sexuales sin protección en el mismo ciclo ovulatorio.
- Si la usuaria no acepta o decide el uso de otro método anticonceptivo de manera continua después de la anticoncepción oral de emergencia, entregue otras dosis e instrúyala al respecto hasta que tome otro tipo de decisión sobre la anticoncepción.
- Si la usuaria selecciona otro método anticonceptivo para su uso continuo, previa consejería y cumplimiento de las instrucciones expresas en este documento, tomando en cuenta que:
 - La usuaria puede iniciar inyectables trimestrales o mensuales el mismo día de haber tomado la anticoncepción oral de emergencia, sin necesidad de esperar

- la menstruación, y con el uso del método de respaldo durante los primeros 7 días de inicio de este.
- La usuaria puede iniciar anticonceptivos orales, anillo o parche combinados al otro día de haber tomado la anticoncepción oral de emergencia, sin necesidad de esperar la menstruación, y con el uso del método de respaldo durante los primeros 7 días de inicio de este.
 - Ante selección del implante subdérmico, indique esperar la próxima menstruación y el método de respaldo mientras esto ocurre.
 - Las usuarias a quienes se les ha colocado dispositivo intrauterino como anticoncepción de emergencia pueden mantenerse con la utilización de este método de manera continua si así lo desean.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2013. MMWR 2013;62(5). 64 p.
2. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de conocimientos sobre la salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.
3. Ministerio de Salud Pública. Reglamento Técnico para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Santo Domingo, D.N., Julio 2015. 32 p.
4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; Fondo de Población de las Naciones Unidas. Protocolo de atención preconcepcional, Bogotá, 2014. 158 p.

5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, 3ra edición Ginebra, 2017. 75 p.
6. Politi, Mary C.; Estlund, Amy; Milne, Anne; Buckel, Christina M.; Peipert, Jeffrey F.; and Madden, Tessa, "Barriers and facilitators to implementing a patient-centered model of contraceptive provision in community health centers" (2016). Washington University School of Medicine. Public Health Faculty Publications. Paper 7.
7. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Access to contraception. Committee Opinion No. 615. *ObstGynecol* 2015; 125:250-255.
8. World Health Organization. Medical Eligibility criteria for contraceptive use. 5th edition. Geneva, 2015. 276 p.

ANEXOS



ANEXO**Recomendaciones de manejo de efectos esperados con el uso de contraceptivos****Absceso local del lugar de colocación de implante**

Oriente a la usuaria sobre la no necesidad de retirar el implante.

- Realice limpieza local del área con agua y jabón de clorhexidina o cualquier jabón antiséptico localmente disponible y drene el absceso.
- Realice cura local del área según se requiera.
- Indique antibióticos.
- Cite para control al completar esquema antibiótico:
 - Ante control de cuadro infeccioso, verifique que no haya habido expulsión del implante y ofrezca a la usuaria las informaciones pertinentes.
 - Ante persistencia de infección local, proceda a retirar implante y ofrezca consejería para selección de nuevo método anticonceptivo. Cite para cura local y seguimiento de condición hasta su resolución.

Absceso local de herida quirúrgica después de esterilización masculina o femenina

- Proceda a limpieza del área con agua y jabón antiséptico.
- Drene el absceso y trate la herida.
- Indique antibioterapia durante 7-10 días.
- Programe nueva cita al concluir la antibioterapia o antes si se mantienen los síntomas de infección.

Acné

- Informe a las usuarias que utilizan anticonceptivos orales combinados que el acné suele mejorar con este método y que el empeoramiento puede ocurrir con muy poca frecuencia.
- Si ha tomado el mismo tipo de píldoras durante varios meses y el acné persiste, indique un anticonceptivo oral combinado con una formulación diferente y ofrezca tres meses de prueba.
- En usuarias con implante, maneje con base en los recursos disponibles.

Afecciones clínicas graves, cardiopatía por estenosis, bloqueo arterial o ACV

- Si una usuaria de anticonceptivo oral combinado, inyectable mensual o implante debuta con alguna de las condiciones descritas, recomiende la suspensión o retiro del método y ofrezca asesoría para la selección de uno nuevo si mantiene la necesidad de anticoncepción, tomando en cuenta las recomendaciones de los criterios de elegibilidad de la OMS, según corresponda a su condición clínica.

Amenorrea

- Tranquilice a la usuaria, recordándole que es un efecto esperado común de los anticonceptivos inyectables mensuales, trimestrales, del implante, anticonceptivos orales solo de progesterona y de los combinados, que no tiene repercusiones sobre su salud, ni su capacidad fértil posterior.
- Ofrezca solo consejería y todas las informaciones que sean requeridas por la usuaria.
- En usuarias que utilizan inyectables o anticonceptivos orales solo de progesterona que prefieren tener sangrado menstrual, ofrezca la posibilidad de cambiar a un método inyectable u hormonal combinado.

- En usuarias en amenorrea que usan anticonceptivos orales combinados indague:
 - Si ha presentado algún tipo de manchado y descarte que realmente se presente un flujo muy escaso que no está identificando como el sangrado menstrual.
 - Verifique si ha estado tomando los anticonceptivos orales combinados según se recomienda y en caso positivo refuerce la información sobre las bajas probabilidades de embarazo por falla anticonceptiva.
 - Descarte que no haya saltado los 7 días de descanso entre un ciclo de píldoras anticonceptivas y otro.
 - Si refiere haber omitido tres píldoras o más, descarte la posibilidad de embarazo.

Anemia

- A las usuarias que presentaban algún nivel de anemia antes de la inserción del DIU, adviértales que el sangrado menstrual puede ser más profuso y de manera más frecuente que en aquellas que no tienen anemia.
- Indague la ocurrencia de síntomas como debilidad general, mareos, fatiga, cefaleas, irritabilidad, y verifique signos como palidez general, del interior de los párpados o del lecho ungueal.
- Ante sospecha de anemia, indique realización de hemograma: Si Hb U9 grs/dl o hematocrito U30, indique hematinicos orales y recomiende dieta a base de alimentos ricos en hierro, tales como carnes, aves y pescado, verduras de hojas verdes y legumbres.

Cambios de humor o de la libido

- Son efectos esperados entre usuarias de inyectables trimestrales, implante, anticonceptivos orales solo de progesterona o combinados.

- Indague sobre situaciones de vida o con la pareja sexual que pueden afectar el ánimo y la libido.
- Ofrezca la consejería que corresponda o interconsulta con prestador/a de este tipo de servicios.
- Ante la detección de cambios importantes de humor o signos de trastorno de la salud emocional, refiera a profesional de psicología o psiquiatría.

Cambios de peso

- Son efectos esperados entre usuarias de inyectables trimestrales, implantes, anticonceptivos orales solo de progesterona o combinados.
- Indague sobre el apetito y el hábito de dieta.
- Oriente sobre hábito dietético saludable.

Cefaleas no migrañosas frecuentes

- Es un efecto esperado entre usuarias que usan inyectables mensuales, trimestrales, implantes, anticonceptivos orales solo de progesterona o combinados.
- Indique manejo a base de ácido acetil salicílico 325-650 mg, ibuprofen 200-400 mg o paracetamol 325-1000 mg.
- Si la cefalea ocurre durante los días de descanso, recomiende la utilización de ciclos prolongados.
- Si los cuadros de cefalea han aparecido o empeoran a partir del inicio del anticonceptivo que la usuaria está utilizando, considere la asesoría para selección de otro contraceptivo. En el caso de aquellas que utilizan anticonceptivos orales combinados.

Condiciones que impiden la deambulaci3n

- Entre usuarias que usan inyectables mensuales o anticonceptivos orales combinados, ante la programaci3n de procedimiento quir3rgico o cualquier condici3n que impida la deambulaci3n por per3odo mayor de una semana, advierta a la usuaria que debe informar a su/s m3dicos/as tratantes sobre el uso del anticonceptivo.
- De ser posible, recomiende la suspensi3n del uso de los inyectables mensuales o anticonceptivos orales combinados por lo menos un mes antes del procedimiento quir3rgico, previa oferta de consejer3a para la utilizaci3n de un m3todo de respaldo.
- Recomendemos el reinicio de cualquiera de los dos m3todos luego de dos semanas de que la usuaria haya iniciado la deambulaci3n.

Distensi3n y dolor abdominal leve

- Es un efecto esperado entre usuarias que usan inyectables o anticonceptivos orales solo de progesterona.
- Ofrezca manejo sintom3tico en base a los recursos disponibles.

Dolor abdominal o p3lvico intenso

- En el caso de usuarias con implante subd3rmico:
 - Mediante un lenguaje claro y llano, explique a la usuaria las diferentes causas probables del dolor abdominal bajo, entre ellas, crecimiento exagerado de los fol3culos ov3ricos y el embarazo ect3pico.
 - Informe que no todas las causas de dolor abdominal implican la necesidad de retiro del implante.

- Proceda a la evaluación pélvico-abdominal e indique sonografía pélvica o abdominal si lo considera necesario para validar sospecha diagnóstica.
- Ante la detección de folículos aumentados, explique a la usuaria que es un efecto esperado y conocido del implante, que suele resolverse de manera espontánea sin repercusiones a su salud.
- Advierta que existe un riesgo mínimo de torsión ovárica o ruptura de los quistes e instruya estar pendiente de aumento de la severidad del dolor o agudización del mismo, por lo que debe asistir a evaluación clínica inmediata. Ante la ausencia de estos síntomas, cite para nuevo control en 6 semanas.
- Si además del dolor, la usuaria también refiere mareo o desmayo, inmediatamente proceda a descartar la presencia de embarazo ectópico, realice evaluación pélvica e indique gonadotropina coriónica humana sérica y sonografía pélvica.
- En caso de diagnóstico de embarazo ectópico, proceda a la información sobre este y maneje según el Protocolo de Manejo del Embarazo Ectópico.
- En caso de usuarias con dispositivo intrauterino de cobre:
 - Explique a la usuaria que la ocurrencia del dolor abdominal puede ser por diferentes condiciones clínicas, ginecológicas o no, sobre las cuales hay que investigar.
 - Confirme sobre la ocurrencia o no de secreción vaginal inusual, fiebre, escalofríos, dolor o ardor durante la micción, sangrado poscoito, náuseas, vómitos.
 - Realice examen físico con énfasis en la evaluación abdominal y pélvica con tacto vaginal, verificando si hay sensibilidad a la palpación abdominal o signo de rebote.
 - Ante la verificación de los síntomas y signos anteriores, ofrezca manejo para enfermedad pélvica inflamatoria y explique a la usuaria que no hay necesidad de retiro del DIU.

- Si la usuaria solicita el retiro del DIU, proceda a retirarlo antes de iniciar el tratamiento y ofrezca consejería para la utilización de otro método en caso de mantenerse la necesidad anticonceptiva, según ya se ha descrito en este documento.
- Si además del dolor, también refiere retraso menstrual o amenorrea, sangrado transvaginal anormal, mareo o desmayo, inmediatamente proceda a descartar la presencia de embarazo ectópico, realice evaluación pélvica e indique gonadotropina coriónica humana sérica y sonografía pélvica.
- En caso de diagnóstico de embarazo ectópico, proceda a la información sobre este y maneje según el Protocolo de Manejo del Embarazo Ectópico.

Dolor después de la inserción o extracción del implante

- Revise que el apósito esté colocado de manera correcta y no genere mucha presión local.
- Indique manejo a base de ácido acetil salicílico 325-650 mg, ibuprofen 200-400 mg o paracetamol 325-1000 mg si la usuaria considera que la intensidad del síntoma lo amerita.

Dolor pélvico o tipo cólico

- Es un efecto esperado entre usuarias con dispositivo intrauterino.
- Explique que la ocurrencia de este tipo de dolor es un efecto secundario común entre usuarias del DIU dentro de los primeros 3-6 meses de uso, que suele resolverse sin repercusiones para su salud.
- Recomiende el uso de ibuprofen 400 mg, después de la ingesta de alimentos, hasta cada 8 horas o paracetamol 325-1000 mg, según la intensidad del dolor.

- Si el síntoma persiste después de varios meses de uso del DIU, indique sonografía pélvica para verificar que este se encuentre ubicado correctamente o considere evaluación clínica completa, con la que se descarte alguna otra condición que esté provocando el dolor.
- Ante persistencia del dolor y solicitud de la usuaria, retire el dispositivo previa asesoría para la selección de otro método.

Dolor testicular prolongado

- Es un efecto esperado entre usuarios que se han sometido a vasectomía.
- Sugiera elevar el escroto con calzoncillos ajustados o suspensorios.
- Recomiende baños de agua tibia.
- Indique analgesia con ibuprofen 200-400 mg, paracetamol 325-1000 mg u otro analgésico disponible, sobre todo, para los dos primeros días después del procedimiento.
- Si sospecha infección, indique antibioterapia durante 7-10 días.
- Ante persistencia o intolerabilidad del dolor, indique las evaluaciones que considere pertinentes o refiera a atenciones de mayor nivel de complejidad.

Expulsión del implante subdérmico

- Explicar a la usuaria que esta es una complicación rara, pero que puede ocurrir antes del cierre de la piel o posterior a una infección o absceso del punto de inserción.
- Confirme con la usuaria su deseo de continuidad con el implante o no.

- Si la usuaria decide continuidad con el mismo método y no hay evidencia de infección del punto de inserción, retire el implante expulsado e inserte un nuevo implante en un punto de inserción cercana, pero diferente al original.
- Si la usuaria decide no continuar con el implante y mantiene deseo de anticoncepción, retire el implante y ofrezca consejería para la selección de un nuevo método.
- Si la expulsión del implante se vincula con infección del punto de inserción, maneje según se ha descrito anteriormente.

Expulsión parcial o completa del DIU

- Explique a la usuaria que el dispositivo ha sido expulsado parcial o completamente y que este debe ser removido.
- Verifique si la usuaria mantiene necesidad anticonceptiva.
- Si usuaria desea mantener anticoncepción ofrezca recolocación del DIU o consejería para la selección de otro método.
- Si la usuaria no desea anticoncepción, informe sobre la recuperación inmediata de su capacidad fértil.

Infección de la herida quirúrgica después de esterilización quirúrgica femenina o masculina

- Infección del sitio de punción o herida quirúrgica
- Limpie el área infectada con agua y jabón antiséptico.
- Indique antibióticos por vía oral, durante 7-10 días.

- Programe nueva cita al concluir la antibioterapia o antes si se mantienen los síntomas de infección.

Infección del sitio de inserción del implante

- Oriente a la usuaria sobre la no necesidad de retirar el implante.
- Realice limpieza local del área con agua y jabón de clorhexidina o cualquier jabón antiséptico localmente disponible.
- Indique antibióticos.
- Cite para control al completar esquema antibiótico:
 - Ante control de cuadro infeccioso, verifique que no haya habido expulsión del implante y ofrezca a la usuaria las informaciones pertinentes.
 - Ante persistencia de infección local, proceda a retirar implante y ofrezca consejería para selección de nuevo método anticonceptivo.

Mareos

- Es un efecto esperado en usuarias que utilizan inyectables mensuales, trimestrales y anticonceptivos orales solo de progesterona.
- Maneje de manera sintomática, según los recursos farmacológicos disponibles.

Migraña

- Usuarias que usan inyectables mensuales y anticonceptivos orales combinados: Ante la aparición de migraña o empeoramiento de esta, con o sin aura, recomiende la discontinuación de

uso del contraceptivo y ofrezca consejería para apoyar a la usuaria en la selección de un nuevo método que no contenga estrógenos en su composición.

- En usuarias que utilizan inyectables trimestrales, anticonceptivos orales solo con progesterona o implante:
 - Si la migraña se presenta sin aura, recomiende continuidad en el uso del método.
 - Si la migraña se presenta con aura, recomiende discontinuación de uso del contraceptivo y ofrezca consejería para apoyar a la usuaria en la selección de un nuevo método.

Náuseas o mareos

- Es un efecto esperado en usuarias que utilizan implantes y anticonceptivos orales combinados.
- Maneje de manera sintomática, según los recursos farmacológicos disponibles.
- Adicionalmente, a usuarias que toman anticonceptivos orales combinados:
 - Sugiera tomar las píldoras al acostarse o junto con la ingesta de comidas.
 - Si las náuseas ocurren al iniciar un nuevo ciclo de píldoras, recomiende el esquema de uso prolongado.

Pareja percibe los hilos del DIU

- Ante la ocurrencia de este evento, explique a la usuaria que esta situación puede ocurrir si los hilos han sido dejados muy largos.
- Ofrezca a la usuaria la opción de cortar los hilos hasta dejarlos dentro del canal endocervical.

Sangrado irregular

- Explique a la usuaria que la ocurrencia de sangrado irregular es un síntoma esperado tanto con las inyectables mensuales como con las trimestrales, los implantes, los anticonceptivos orales combinados o solo con progesterona.
- Recuerde que la ocurrencia del sangrado irregular no tiene repercusiones sobre su salud y que suele remitir después en un tiempo variable según el contraceptivo que se use.
- Si la usuaria desea manejo farmacológico indique una de las siguientes alternativas:
 - Inyectables mensuales: Ibuprofen 800 mg, cada 8 horas, después de la ingesta de alimentos, durante 5 días.
 - Inyectables trimestrales: Ácido mefenámico 500 mg, dos veces por día, después de la ingesta de alimentos, durante 5 días o Valdecoxib 40 mg por día, durante 5 días.
 - Implante: Ibuprofen 800 mg, cada 8 horas, después de la ingesta de alimentos, durante 5 días o Ácido mefenámico 500 mg, cada 8 horas, después de la ingesta de alimentos, durante 5 días.
 - Anticonceptivos orales solo de progesterona: Ácido mefenámico 500 mg, dos veces por día, después de la ingesta de alimentos, durante 5 días o Valdecoxib 40 mg por día, durante 5 días.
- Ante fracaso del manejo farmacológico de sangrado irregular de usuarias con implantes, ofrezca:
 - Anticonceptivos orales combinados a base de etinil estradiol y levonorgestrel, un comprimido por día, a la misma hora, durante 21 días.
 - Solo etinil estradiol 50 mcg por día, a la misma hora, durante 21 días.

- En usuaria con cualquiera de los contraceptivos citados, si el sangrado irregular persiste a los manejos previos o reanuda después de varios meses de un patrón regular o si existe la sospecha de patología, considere investigación clínica para descartar una causa de sangrado no vinculada al uso del contraceptivo.

Sangrado irregular en usuarias con anticonceptivos orales combinados

- Tranquilice a la usuaria, recordándole que es un efecto esperado común, que no tiene repercusiones sobre su salud y que suele remitir después del primer año de uso.
- Indague cómo se ha estado tomando los anticonceptivos orales combinados, verificando si ha habido omisión de alguna/as píldora/s, regularidad en el horario en que las toma, ocurrencia de vómitos o diarrea, uso de anticonvulsivantes o rifampicina.
- Para controlar la ocurrencia de sangrado irregular por el uso de anticonceptivos orales combinados, recomiende:
 - Tomar las píldoras todos los días y a la misma hora.
 - Instruya cómo debe compensar píldoras omitidas.
 - Indique Ibuprofen 800 mg cada 8 horas, después de la ingesta de alimentos, durante 5 días.
- Si ha tomado el mismo tipo de anticonceptivos orales combinados y no mejora el sangrado irregular con el manejo previo, indique un anticonceptivo oral combinado con una formulación diferente y ofrezca tres meses de prueba.
- Ante fracaso de manejo anterior y el sangrado irregular persiste a los manejos previos o reanuda después de varios meses de un patrón regular o si existe la sospecha de patología,

considere investigación clínica para descartar una causa de sangrado no vinculada al uso de anticonceptivos orales combinados.

Sangrado menstrual abundante o prolongado

- Explique a la usuaria que la ocurrencia de sangrado irregular es un síntoma esperado tanto con los inyectables mensuales como las trimestrales, anticonceptivos orales solo con progesterona, implante y DIU.
- Recuerde a la usuaria que el sangrado abundante o prolongado suele no tener repercusiones sobre su salud y remite después en un tiempo variable según el contraceptivo que se use.
- En las usuarias que usan inyectables mensuales, implantes y anticonceptivos orales solo de progesterona, maneje con las mismas recomendaciones farmacológicas para el sangrado irregular.
- En usuarias que usan inyectables trimestrales agregue como opción de manejo la indicación de 50 mcg de etinilestradiol por día, durante 21 días.
- En usuarias con DIU, recomiende el uso de ibuprofen 400 mg dos veces al día, después de la ingesta de alimentos, durante 5 días, a partir del comienzo del sangrado profuso.
- Indique manejo preventivo de anemia, consejería sobre dieta rica en hierro, con la ingesta de alimentos como carnes, aves y pescado, verduras de hojas verdes y legumbres.
- Si el sangrado profuso o prolongado persiste o reanuda después de varios meses de un patrón regular o si existe la sospecha de patología, considere investigación clínica para descartar una causa de sangrado no vinculada al uso del contraceptivo.

Sangrado o coágulos en la incisión después de vasectomía

- Explique que la ocurrencia de sangrados leves y coágulos pequeños pueden desaparecer sin tratamiento y no tienen repercusiones negativas sobre su salud.
- Ante la presencia de coágulos de gran tamaño, evalúe la necesidad de drenaje quirúrgico.
- Ante la presencia de coágulos y signos de infección, maneje con antibioterapia y considere el ingreso hospitalario de ser requerido.

Sangrado transvaginal de origen indeterminado

- Proceda a evaluación clínica completa.
- Si la ocurrencia del sangrado es vinculable a la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria o infección de transmisión sexual, proceda al manejo de esta, sin la necesidad de discontinuar el uso del inyectable mensual. Ofrezca a la usuaria todas las informaciones pertinentes a su condición y manejo.
- En usuarias que usan inyectables mensuales y anticonceptivos orales combinados, si no es posible la determinación de una causa evidente del sangrado, recomiende la continuidad del inyectable mientras se investiga la condición subyacente.
- En usuarias que usan inyectables trimestrales, anticonceptivos orales solo de progesterona e implantes, si no es posible la determinación de una causa evidente del sangrado, instruya a la usuaria la discontinuación del uso del contraceptivo y ofrezca consejería para apoyarla en la selección de un nuevo método y continúe con la investigación y manejo del sangrado.

Sensibilidad en los senos

- Recomiende uso de sostenes con soporte, incluso al dormir.
- Sugiera uso de compresas frías o calientes, según la usuaria perciba mayor mejoría.
- Indique manejo a base de ácido acetil salicílico 325-650 mg, ibuprofen 200-400 mg o paracetamol 325-1000 mg si la usuaria considera que la intensidad del síntoma lo amerita.

Sospecha de embarazo

- Haga confirmación diagnóstica con examen físico, indicación de gonadotropina coriónica sérica y sonografía pélvica de considerarlo necesario.
- Descarte embarazo ectópico.
- Ante el diagnóstico de gestación intrauterina, suspenda el uso del contraceptivo que había estado utilizando e informe a la usuaria que no hay evidencia científica de riesgo o daño fetal de los productos concebidos con el uso de cualquier contraceptivo.

Sospecha de embarazo ectópico

- Descarte la posibilidad de embarazo ectópico y maneje según protocolo correspondiente.

Sospecha de perforación uterina

Si al momento de realizar el procedimiento de colocación del DIU sospecha de la ocurrencia de perforación uterina, suspenda su realización de inmediato.

- Explique a la usuaria la sospecha de la complicación y cómo será manejada.

- Mantenga a la usuaria en observación durante una hora, con la medición de signos vitales y verificación de síntomas cada 10 minutos:
 - Ante la ausencia de síntomas y estabilidad de signos vitales: Mantener una hora más en observación y luego dar de alta a su casa, con orientación sobre señales de alarma en caso de dolor persistente, fiebre, debilidad general, mareo o desmayo. Indique abstinencia de relaciones sexuales durante 2 semanas. Si la usuaria desea suspensión del uso del DIU, ofrezca consejería para selección de otro método anticonceptivo. Cite para evaluación clínica en dos semanas.
 - Si ocurre aumento de frecuencia cardíaca o disminución de tensión arterial o intensificación del dolor pélvico- abdominal proceda a manejo o referimiento a servicio de salud de mayor capacidad resolutive.
- Si después de dar de alta a una usuaria a quien se le ha colocado DIU, con o sin sospecha previa de perforación, presenta algunos de los síntomas previamente descritos, proceda a confirmación diagnóstica, manejo o referimiento a servicio de salud de mayor capacidad resolutive.

Ver Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, 3ra edición Ginebra, 2017. 75 p.



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA