



Guía para la indicación de métodos anticonceptivos

Junio 2022

Colaboradoras: Daniela Epstein y Natalia Mandel

Índice

Introducción	2
Consejería en métodos anticonceptivos	3
Criterios de elegibilidad	7
Anticonceptivos combinados inyectables	11
Parche anticonceptivo	12
Anillo vaginal	13
Anticonceptivos orales de progestágenos	14
Anticonceptivo de sólo progestágeno inyectable	17
Implantes subdérmicos	19
Dispositivo intrauterino	22
SIU	25
Anticoncepción de emergencia	26
Métodos quirúrgicos	28
Cambio de método anticonceptivo	30
¿Cómo descartar un embarazo?	32
Circuitos hospitalarios	33
Bibliografía	38



Introducción

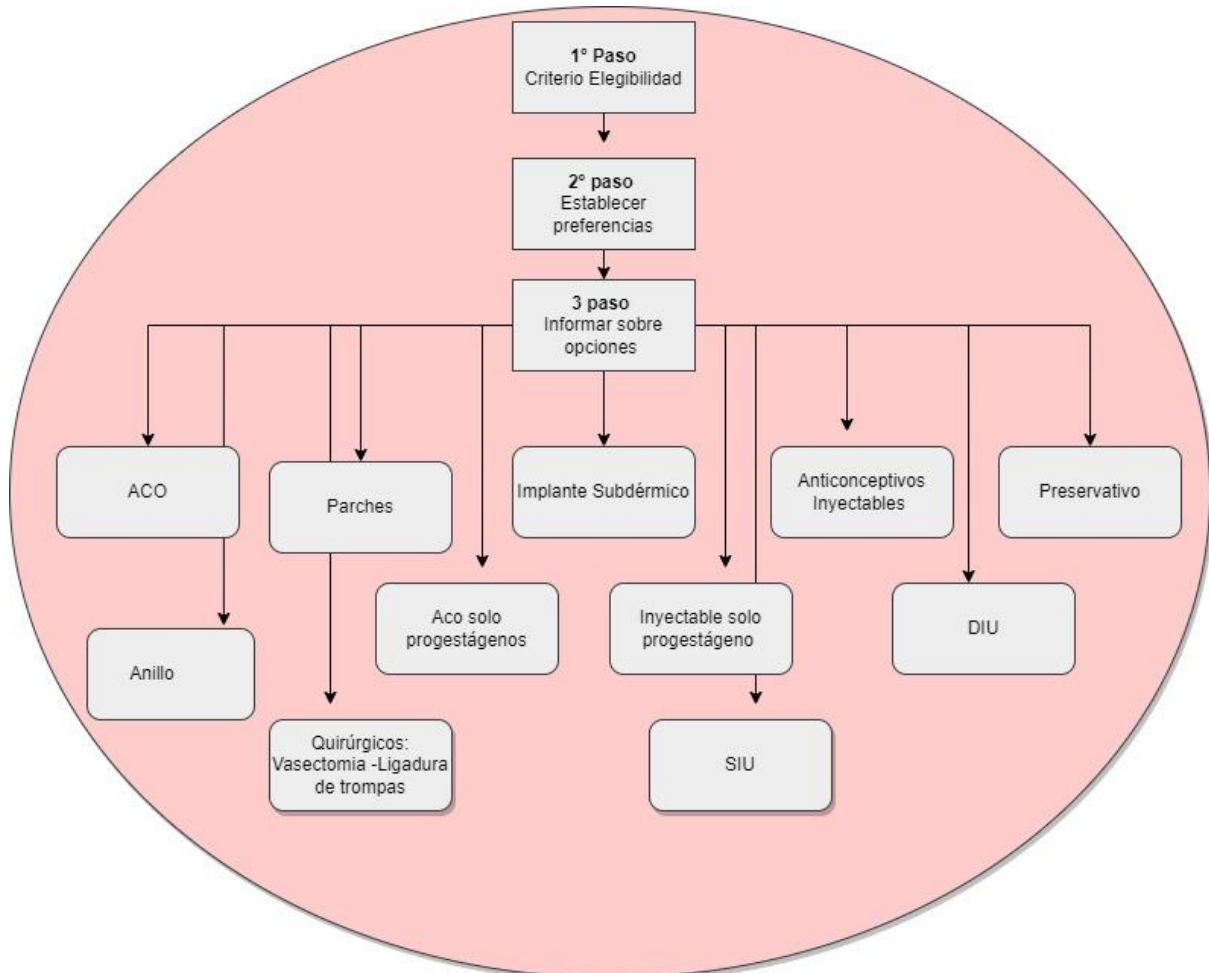
El presente es un resumen que tiene como objetivo ser una guía sencilla y práctica para utilizar en consultorio al momento de indicar métodos anticonceptivos (MACs) que no sean pastillas anticonceptivas orales combinadas. La exclusión de las mismas en estos materiales se debe a que, tal como surgió en una encuesta realizada en el Servicio, la mayoría de los/as profesionales sienten comodidad al momento de indicarlos. Cualquier duda al respecto, o que pueda surgir de otros métodos, puede ser consultada en la bibliografía. En este texto encontrarán los puntos más relevantes acerca de: cómo realizar una correcta consejería en anticoncepción, puntos a tener en cuenta para indicar MACs, forma de intercambiar MACs y circuitos hospitalarios.

Si bien este texto excluye los métodos de barrera, vale recordar que no presentan contraindicaciones para su uso (excepto alergia al látex), y que para el caso de preservativos y campos de látex, son los únicos que previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS).



Consejería en métodos anticonceptivos

La consejería es un dispositivo de atención que implica el asesoramiento personalizado, realizado por personal capacitado, con el objetivo de acompañar a las personas en la toma de decisiones autónomas, en este caso, sobre su salud sexual y reproductiva (SSyR). Esta consejería busca, entre otras cosas, aumentar y mejorar la accesibilidad a la información, a los métodos anticonceptivos y a los servicios de atención de la salud. Si bien es importante conocer todas las opciones de MACs disponibles, en una consejería no es necesario dar información sobre todos los métodos, ya que, por ejemplo, puede haber uno o varios que estén contraindicados o no accesibles/disponibles por distintos motivos, en cuyo caso, no sería útil hablar de ellos. A continuación les daremos una propuesta de pasos a seguir pero no siempre son estrictos, y aunque la demanda de un MAC es una urgencia, lo más importante en este tipo de espacios es abrir la escucha para dar respuesta.



Primer paso: criterios de elegibilidad

Los "Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son una guía para la correcta elección y uso de los MACs en variadas condiciones de salud. Estas condiciones se clasificaron en cuatro categorías:

- Categoría 1: Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo = El método anticonceptivo en cuestión puede usarse.
- Categoría 2: Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados = El método anticonceptivo en cuestión puede usarse.
- Categoría 3: Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método = Se sugiere fuertemente elegir otro método anticonceptivo, en caso de disponibilidad.
- Categoría 4: Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo = método anticonceptivo contraindicado



Para conocer los criterios de elegibilidad de una persona en particular existen aplicaciones que pueden descargarse en el celular. Recomendamos:

- *WHO Contraception tool*
- *Contraception* (Centers for Disease Control and Prevention)
- O bien, consultar esta tabla:

https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart_spanish-w eb-508_tagged.pdf

También pueden encontrarlos en el próximo apartado (“criterios de elegibilidad”)

Los criterios de elegibilidad de la OMS están pensados para personas con vulva que tienen sexo con personas con pene no vasectomizadas y no consideran métodos de barrera.

Segundo paso: establecer preferencias

Es necesario hablar con la persona interesada sobre otras cuestiones que harán a la elección del MAC, por ejemplo:

- duración (larga vs. corta)
- visibilidad / discreción
- deseo o no de manipular genitales
- deseo o no de incorporación de un hábito
- otros beneficios no contraceptivos
- reversibilidad / irreversibilidad
- deseos o prácticas sexuales
- posibilidad de negociación de adherencia a un método
- costo

Los MACs incluidos en el Plan Médico Obligatorio (PMO) (gratuitos) son:

- anticonceptivos hormonales orales (combinados y de sólo progesterona)
- anticonceptivos hormonales inyectables (el combinado/mensual y el sólo progesterona/trimestral)
- implante subdérmico
- dispositivos intrauterinos (DIU y SIU, este último con indicaciones*)
- anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía)
- preservativo
- anticoncepción hormonal de emergencia

**Indicaciones SIU: menorragias, endometriosis, adenomiosis, leiomiomas u otra enfermedad sistémica que contraindique los MACs hormonales o el DIU de cobre.*



Tercer paso: informar sobre opciones

Para una adecuada elección autónoma, es importante que las personas cuenten con información clara y validada científicamente sobre los diferentes MACs: cómo funcionan, su eficacia, su uso correcto, cuáles son los efectos secundarios comunes y qué puede hacerse ante su aparición, riesgos y beneficios para la salud inherentes al método, signos, síntomas o situaciones de alarma que requieren una nueva consulta y cómo acceder a la misma, y cómo protegerse de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.



Crterios de elegibilidad

RESUMEN: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS PARA EL INICIO Y CONTINUACIÓN DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

		ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cobre	DIU LNG	
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Edad	Desde la menarca a los 18 años	1	1	1	2	1	2	2
		Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1	1	1 ⁱ	1 ⁱ
		Desde los 40 años y más	2	2	1	1/2 ⁱⁱ	1	1	1
	Nulíparas		1	1	1	1	1	2	2
	Lactancia	Hasta 6 semanas post parto	4	4	2	3 ⁱⁱⁱ	2	*	*
		6 semanas hasta 6 meses post parto	3	3	1	1	1	*	*
		6 meses post parto a más	2	2	1	1	1	*	*
	Post parto (no amamantando)	Menor a 21 días	3/4 ^{iv}	3/4 ^{iv}	1	1	1	*	*
		Entre 21 días y 42 días	2/3 ^v	2/3 ^v	1	1	1	*	*
		Mayor a 42 días	1	1	1	1	1	*	*
	Post parto (amamantando o no, incluido post cesárea)	Menor a 48 hs	**	**	**	**	**	1	1/2 ^{vi}
		Entre 48 hs y 4 semanas	**	**	**	**	**	3	3
		Mayor a 4 semanas	**	**	**	**	**	1	1
		Sepsis Puerperal	**	**	**	**	**	4	4
	Post aborto	Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1
		Segundo trimestre	1	1	1	1	1	2	2
		Inmediatamente después de un aborto séptico	1	1	1	1	1	4	4
	Trastorno venosos superficiales	Várices	1	1	1	1	1	1	1
		Trombosis venosa superficial	2	2	1	1	1	1	1
	Tabaquismo	Edad menor a 35 años	2	2	1	1	1	1	1
		Edad mayor o igual a 35 años y consume MENOS de 15 cigarrillos día	3	2	1	1	1	1	1



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

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



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

C, I=Inicio y C=Continuación. Cuando I y C no se indican o aclaran, significa que la categoría es la misma para el inicio y la continuación.

* Considerar criterios para Post parto (amamantando o no, incluido post cesárea).

** Considerar criterios para Lactancia y Post parto (no amamantando).

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

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

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

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

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

VI. Con lactancia, es categoría 2

VII. Cuando una mujer tiene múltiples factores de riesgo importantes para enfermedad cardiovascular, el uso de anticonceptivos combinados hormonales puede incrementar ese riesgo a un nivel no aceptable. Si bien no se presenta una sumatoria simple de riesgos es necesario evaluar la situación singular de la persona. Sin embargo, la simple adición de categorías para múltiples factores de riesgo (por ejemplo, una combinación de 2 factores de riesgo asignados a una Categoría 2) puede no necesariamente garantizar una categoría más alta. Es necesaria una evaluación de cada situación singular. VIII. Si se está programando una cirugía con inmovilización prolongada se sugiere suspensión de los anticonceptivos previo a la cirugía. IX. No son necesarios los estudios de lípidos de rutina para el uso seguro de MAC.

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

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



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

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

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

XV. Si se diagnostica EPI durante el uso de DIU, no es necesario retirarlo para iniciar el tratamiento antibiótico. Se evaluará el retiro en función de la evolución de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento.

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

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

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

XIX. Estudios farmacocinéticos sugieren interacciones farmacológicas entre estos métodos anticonceptivos hormonales y estas drogas que pueden reducir la efectividad anticonceptiva. Debe tenerse en cuenta en el uso prolongado sumar preservativo o utilizar otro método.

XX. La recomendación es no utilizar anticonceptivos hormonales cuando la Lamotrigina es administrada con otras drogas inhibitorias o fuertemente inductoras del metabolismo como el Valproato de Sodio o la Carbamazepina.

XXI. VIH Estadío 1 o 2 de la OMS es Categoría 2 para inicio y continuidad. VIH Estadío 3 o 4 de la OMS es Categoría 3 para inicio y Categoría 2 para continuidad.



Anticonceptivos combinados inyectables (ACI)

Actúan por mecanismo anovulatorio. Son un método seguro, eficaz y reversible. Se aplican por inyección intramuscular mensual, cada 30 días, en la misma fecha calendario: se recomienda recordar el día en que se aplicó la primera inyección y luego, en los meses sucesivos, aplicar las siguientes inyecciones en esa misma fecha (ejemplo: si la primera inyección fue el 3 de febrero, se aplicarán las siguientes todos los 3 de cada mes). La inyección puede darse hasta con 7 días de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse y mantiene la eficacia anticonceptiva, sin embargo, se recomienda hacerlo siempre el mismo día y no adelantarse ni atrasarse más de 3 días. El sangrado suele presentarse entre los 15 y 20 días posteriores a la aplicación de la inyección.

Forma de presentación:

Estrógeno de acción breve + gestágeno de acción prolongada

• Valerato de estradiol 5 mg + Enantato de noretisterona 50 mg (Mesigyna® - Unimex®)

Pueden producir cambios en el patrón de sangrado. Al inicio del método: sangrados irregulares o prolongados. Con la continuación del método: disminución o ausencia del sangrado.

Forma de administración:

Si bien se puede empezar cualquier día del ciclo, se recomienda iniciar la aplicación el 1º día de la menstruación (1º día del ciclo). En este caso no se requiere método adicional de respaldo.

Si la primera inyección se aplica en cualquier otro momento del ciclo, o ante la ausencia de menstruación, podrá aplicarse siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo (ver apartado correspondiente). Debe considerarse el uso de un método anticonceptivo de respaldo (método de barrera, por ejemplo) durante los primeros siete días después de la inyección.

Eficacia anticonceptiva

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

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

Efectos secundarios:

- Cambios en los patrones de sangrado: en los 3 primeros meses, sangrado irregular o sangrado prolongado. Al año, amenorrea o sangrado infrecuente.
- Aumento de peso.
- Cefaleas.
- Mareos.
- Mastalgia (dolor mamario).



Parche transdérmico

El parche transdérmico es un plástico pequeño (4 cm x 4 cm), delgado, cuadrado, flexible, que se usa adherido a la piel. Libera diariamente 20 µg de Etinil Estradiol + 150 µg de norelgestromin. Actúa al inhibir la ovulación de manera altamente efectiva.

Forma de administración

Se coloca un parche nuevo cada semana durante tres semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana, se producirá el sangrado. Se recomienda rotar el sitio de aplicación.

No se entrega en forma gratuita en el sistema público, ni en obras sociales, ni prepagas.

Ventajas:

- Administración constante de la droga.
- Evita la absorción gastrointestinal.
- Evita el primer paso del metabolismo hepático.
- Buena adherencia.
- Margen de seguridad: garantiza 2 días adicionales de protección ante un olvido.
- Baja tasa de despegue.

Desventajas

- No protege contra el VIH y otras ITS.
- Las tasas de embarazo pueden ser levemente más altas entre las personas usuarias que pesen 90 kg o más.
- No se entrega en forma gratuita en el sistema público, ni en obras sociales, ni prepagas.



Anillo vaginal

Forma de administración

El anillo vaginal es un anillo flexible y transparente de 54 mm de diámetro externo y 4 mm de diámetro de corte, realizado de copolímero de acetato de vinilileno, libre de látex. Libera por día, de manera constante, 0,015mg de etinilestradiol y 0,120 mg de etonogestrel. Inhibe la ovulación de manera altamente efectiva.

Administración:

Cada anillo tiene un ciclo de uso. Una vez inserto en la vagina, se mantiene colocado tres semanas. En la cuarta semana se lo retira, y se producirá el sangrado. Ese anillo se descarta. Al término de 7 días libres de anillo debe insertarse otro nuevo.

No se entrega en forma gratuita en el sistema público, ni en obras sociales, ni prepagas.

Ventajas:

- Es fácil de insertar y remover, lo que permite a la persona el control de su método anticonceptivo.
- Puede removerse en cualquier momento.
- Ofrece una liberación hormonal continua, lo que evita las fluctuaciones diarias que pueden observarse con la toma de pastillas.
- Evita la absorción gastrointestinal y el pasaje por el primer paso hepático.
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Se pueden usar tampones, copa menstrual, antimicóticos (óvulos), antibióticos (amoxi-doxi), no alteran la eficacia del método.
- No altera resultados de PAP y se puede hacer con el anillo puesto.
- El uso del anillo no se asocia a mayores infecciones.

Desventajas:

- Efectos adversos locales: dolor, irritación, aumento de la secreción vaginal, lesiones epiteliales, incomodidad durante el coito, expulsión.
- Incomodidad y rechazo por parte de quienes tienen poca familiaridad en la manipulación de sus genitales.

¿Qué hacer si se sale el anillo?

Menos de 3 horas: se mantiene la eficacia anticonceptiva. Debe lavarse el anillo con agua (no caliente) y se puede volver a colocar en la vagina.

Más de 3 horas en la 1ª o 2ª semana: se reduce la eficacia anticonceptiva. Debe lavarse el anillo con agua (no caliente) y se puede volver a colocar en la vagina. Se recomienda utilizar preservativo masculino si mantiene relaciones sexuales durante esos 7 días.

Más de 3 horas en la 3ª semana: se reduce la eficacia anticonceptiva. Colocar un nuevo anillo inmediatamente e iniciar un nuevo ciclo de uso de tres semanas (sin descanso).



Anticonceptivos orales de progestágenos solo (AOPS)

Pueden utilizarse durante la lactancia. No afectan el volumen de la leche ni su composición. No tienen ningún efecto sobre el/la bebé. También presentan alta efectividad fuera de la lactancia, en especial las pastillas de desogestrel (que tienen efecto anovulatorio). Pueden ser usados por aquellas personas que tienen contraindicación de recibir estrógenos.

El modo de administración es a través de comprimidos de toma diaria, a la misma hora, sin descanso entre cada envase o blíster. Todos los comprimidos contienen hormonas.

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

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

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

La Minipíldora, al ser un método no anovulatorio, suele asociarse al MELA (método de lactancia amenorrea).

Condiciones que deben cumplirse para aplicar MELA:

- La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 hs.
- No reemplazar la lactancia con otros alimentos, los cuales no deben superar el 10% del total ingerido por el/la bebé.
- La lactancia debe ser diurna y nocturna.
- El MELA se discontinúa con un solo intervalo de 10 horas o intervalos frecuentes de más de 6 horas entre los amamantamientos.

Si bien se puede empezar cualquier día del ciclo, se recomienda iniciar el envase o blíster el primer día de la menstruación (primer día del ciclo). De esta manera, el método es efectivo prácticamente desde el inicio de la toma, y no se necesita usar método de respaldo. En caso de iniciar otro día del ciclo, o ante la ausencia de menstruaciones, se podrá iniciar siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo (ver apartado: ¿cómo



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

Eficacia anticonceptiva

Los AOPS tienen alta eficacia si se toman de manera correcta. En el caso del desogestrel, al producir anovulación, y brindar un amplio margen de seguridad (12 horas), presenta una eficacia anticonceptiva muy alta tanto durante la lactancia como fuera de ella. En el caso de la Minipíldora, si se toman durante la lactancia exclusiva, la suma de su efecto sobre el moco con la anovulación producida por inhibición del eje hormonal (por la lactancia exclusiva) genera una anticoncepción altamente efectiva. Combinada con el MELA, la Minipíldora es altamente efectiva.

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

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

Olvido de la toma

Minipíldora:

Frente al olvido de la toma de una pastilla, debe considerarse:

- Si pasaron menos de 3 horas del horario habitual de la toma, tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual. La eficacia anticonceptiva no se altera, y no necesita usar un método de respaldo.
- Si pasaron 3 o más horas, o si olvidó la toma por completo:
 1. Tomar la pastilla olvidada lo antes posible.
 2. Tomar la siguiente pastilla en el horario habitual (aunque esto implique tomar dos pastillas el mismo día o al mismo tiempo).
 3. Continuar tomando las pastillas como venía haciéndolo (todos los días en igual horario).
 4. Utilizar, además, un método de barrera por 48 horas. Recordar que se requieren 2 días de toma correcta de pastillas para garantizar el efecto anticonceptivo.
 5. Si tuvo relaciones sexuales con penetración vaginal dentro de los 5 días previos puede considerar la toma de anticoncepción hormonal de emergencia (AHE).

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

- Si pasaron menos de 12 horas del horario habitual de la toma, tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual. La eficacia anticonceptiva no se altera y no necesita usar un método de respaldo.
- Si pasaron 12 horas o más desde el horario en que debería haber tomado la pastilla, o si olvidó la toma por completo:
 1. Tomar la pastilla olvidada lo antes posible.



2. Tomar la siguiente pastilla en el horario habitual (aunque esto implique tomar dos pastillas el mismo día o al mismo tiempo).
3. Continuar tomando las pastillas como venía haciéndolo (todos los días en igual horario).
4. Utilizar además un método de respaldo durante los siguientes 7 días. Recordar que se requieren 7 días de toma correcta de pastillas para garantizar el efecto anticonceptivo.
5. Si tuvo relaciones sexuales con penetración vaginal dentro de los 5 días previos al olvido sin método de barrera puede considerar la toma de AHE.

Vómitos y diarrea:

- Vómitos: en caso de presentar vómitos dentro de las 4 horas posteriores a la toma, debe tomarse otra pastilla lo antes posible, y luego continuar con la toma diaria. En este caso, se terminará el envase un día antes de lo previsto, y se debe iniciar el próximo también un día antes. En el caso de la Minipíldora, si la nueva pastilla se toma más de 3 hs después del horario de toma habitual, debe procederse como en el caso de un olvido. Si los vómitos severos continúan por más de 24 hs, si es posible continuar tomando la pastilla y proceder como si hubiera presentado un olvido.
- Diarrea. Usar método adicional (preservativo) durante los síntomas y durante los siguientes 7 días en el caso de toma de Desogestrel y 2 días de Minipíldora.

Efectos secundarios:

- En general, prolonga la duración de la falta de menstruación de quien se encuentra amamantando.
- Irregularidades del sangrado menstrual e incluso amenorrea. Explicar que es normal y que el sangrado suele disminuir o incluso desaparecer luego de unos pocos meses de uso. Puede aconsejarse llevar un registro de los sangrados.
- Cefaleas: Pueden utilizarse AAS, AINES u otros analgésicos. Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso del método, debe ser evaluada.
- Mareos.
- Cambios de humor o del deseo sexual.
- Dolor mamario (mastalgia).
- Dolor abdominal.
- Náuseas.
- Acné.
- Manchas en la piel o cloasma.



Anticonceptivo inyectable de progestágeno

Actúa por anovulación. Existe una sola presentación:

- Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD) 150 mg (Depo-Provera®).

Se administra mediante una inyección intramuscular de aplicación trimestral (90 días o 13 semanas) fecha calendario, desde la primera inyección.

La inyección puede darse hasta con 2 semanas de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse, manteniendo la eficacia anticonceptiva. Luego deberán contarse tres meses (90 días o 13 semanas) desde la fecha de esta aplicación para determinar la siguiente.

Eficacia anticonceptiva:

Con el uso correcto: menos de un embarazo cada 100 mujeres (2 cada 1.000) por año de uso.

Con el uso habitual: 6 embarazos cada 100 mujeres por año de uso.

Inicio de administración

El uso de AMPD puede iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual.

- Si comienza a usarse durante los primeros siete días del ciclo menstrual (en el que el día 1 es el primer día de sangrado), no se necesita ningún método anticonceptivo de respaldo.
- Si la primera inyección se aplica en cualquier otro momento del ciclo, o ante la ausencia de menstruación, podrá aplicarse siempre y cuando exista razonable certeza de que no hay embarazo (ver apartado: ¿cómo descartar embarazo?). Se debe considerar el uso de un método anticonceptivo de respaldo durante los primeros siete días después de la inyección.

• Post parto: puede iniciarse inmediatamente si la persona usuaria no está amamantando. Las mujeres que están amamantando deberían comenzar a usar el método después de las 6 semanas post parto. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptado por la persona usuaria, el equipo de salud puede considerar adelantar el comienzo de la aplicación, por ejemplo al momento del alta. Esto debe ser especialmente tenido en cuenta en los casos en que resulta difícil para la persona regresar a que le administren la inyección en el momento apropiado.

• Post aborto: puede iniciarse inmediatamente.

• Después de la toma de AHE: comenzar con el inyectable el mismo día en que tomó la AHE o, si lo prefiere, dentro de los 7 días después del inicio de su menstruación. En ambos casos deberá utilizar método de respaldo hasta cumplir 7 días de aplicada la inyección. Es importante que la persona usuaria regrese si presenta signos o síntomas de embarazo, o ausencia de menstruación.



Si la persona usuaria se retrasa más de 4 semanas, debe usar un método de barrera durante los siguientes siete días o no mantener relaciones con penetración pene-vagina hasta que reciba nuevamente la inyección. En este caso, proceder como si iniciara nuevamente el método. Debe tenerse en cuenta que muchas de las personas que suspendieron el método o retrasaron la aplicación, pueden no presentar menstruación por algunos meses. Por lo tanto, no es recomendable esperar hasta la siguiente menstruación para reiniciar la aplicación de la inyección, dejándola sin protección hasta que esto suceda. Debe valorarse riesgo de embarazo, y en caso de descartarlo, iniciar el método (utilizando preservativo como método de respaldo los primeros 7 días).

Efectos secundarios:

Cambios en los patrones de sangrado. Suelen presentarse irregularidades en el patrón de sangrado durante los primeros meses (sangrado irregular, sangrado frecuente), y luego, al año generalmente, amenorrea o ausencia de sangrado. De todo esto debe informarse adecuadamente a la persona desde el principio, así como aclarar que la ausencia de sangrado no tiene implicancias clínicas. En caso de incomodidad con la ausencia de menstruación, ofrecer cambio de método. Si presenta sangrado abundante se puede sugerir tratar con anticonceptivos combinados, superponiendo los métodos. También se puede informar a la persona sobre los beneficios de un cambio de método anticonceptivo. De tomar esta decisión puede utilizarse pastillas anticonceptivas, el primer día del sangrado y continuando por 21 días (1 comprimido/día) durante algunos ciclos y reevaluar.

- Demora en el restablecimiento de la fertilidad. La recuperación de la fertilidad después del uso de AMPD suele ser a los 10 meses luego de la última inyección, independientemente de la duración de su uso.
- Aumento gradual de peso. Valorar la dieta que está llevando la persona y cuál es su actividad física.
- Cefaleas. Pueden utilizarse AAS, AINES u otros analgésicos. Toda cefalea que empeore o aparezca con el uso de inyectables debe ser evaluada.
- Mareos.
- Distensión y molestia abdominal.
- Cambios de humor y disminución del deseo sexual. Conversar con la persona sobre otras posibles causas que puedan estar afectándola. Si persisten los cambios, evaluar con la usuaria el cambio de método.
- Pérdida de densidad ósea. Las investigaciones no han demostrado un aumento de las fracturas óseas. En las mujeres en edad reproductiva, la densidad ósea vuelve a aumentar cuando dejan de usar AMPD.



Implante subdérmico

Son pequeños cilindros o cápsulas flexibles que se colocan debajo de la piel en la cara interna de la parte superior del brazo. Es uno de los LARC, es decir métodos reversibles de larga duración, porque previenen el embarazo a largo plazo y su acción es reversible cuando se extrae. Una vez colocados, no requieren que la persona usuaria realice ninguna acción para lograr el efecto anticonceptivo

Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, además del espesamiento del moco cervical que impide el ascenso de los espermatozoides.

Formas de presentación:

Levonorgestrel (LNG)

- Jadelle®: implante de 2 varillas, cada varilla contiene 75 mg de LNG. Efectivo durante 5 años.
- Sino-implant (II)® o Levoplant (también comercializados en otros países como Zarin, Femplant, Trust y Simplant): implante de 2 varillas, cada varilla contiene 75 mg de LNG. Según la ficha técnica puede dejarse colocado durante un período máximo de 4 años.

Etonorgestrel (ETG)

- Implanon NXT® o Nexplanon®: implante de una sola varilla que contiene 68 mg de ETG y 15 mg de sulfato de bario. En la información sobre el producto se indica que puede usarse durante un período de hasta 3 años (según un estudio reciente, puede ser muy efectivo durante 5 años), reemplaza al Implanon.

Eficacia anticonceptiva:

Se producen menos de un embarazo cada 100 personas usuarias (5 cada 10.000 en un año).

Por lo general, puede colocarse el implante en cualquier momento del ciclo si existe una razonable certeza de que no hay embarazo (ver apartado: ¿cómo descartar embarazo?). Si se coloca dentro de los 5 días de inicio del ciclo o si existe razonable certeza de que no hay embarazo, no se requiere método de respaldo. En caso contrario, se recomienda método de respaldo por 7 días.

Para aplicarlo se requiere un entrenamiento sencillo.

Consejería específica del método

- Explicar que es un método de larga duración, ideal para aquellas personas que no planean un embarazo en los próximos años y buscan un método anticonceptivo duradero.
- Explicar que el efecto del implante cesa una vez que se retira. Sus hormonas no permanecen en el cuerpo. Y se recupera la fertilidad en forma inmediata.



- Explicar que el implante no se mueve a otras partes del cuerpo si fue correctamente colocado.
- Describir los efectos secundarios más frecuentes: cambios en el patrón de sangrado (siendo lo más frecuente el aumento de la frecuencia y/o volumen). Aclarar que los cambios del sangrado no son signos de enfermedad y que estos efectos secundarios suelen disminuir después de los primeros 6 meses de colocación aunque también pueden continuar.
- Explicar en qué consiste el procedimiento de colocación, cuánto tiempo va a durar y los cuidados inmediatos.
- Informar sobre que es posible que sienta alguna molestia durante la colocación, pero que para la mayoría de las usuarias resulta un procedimiento completamente tolerable.
- Explicar a la persona usuaria la necesidad de consultar ante la presencia de determinados síntomas que pueden advertir una complicación: enrojecimiento de la piel, aumento de la temperatura, dolor en la zona de la colocación (ya que pueden ser signos de infección), o si se observa que el implante se está saliendo por la incisión.
- Dar espacio a preguntas. Despejar dudas.
- Facilitar que pueda concurrir a nuevas consultas.

La extracción es sencilla. Requiere de anestesia local y se realiza una incisión de 1-1,5cm para poder extraerlo. De desear continuar con el método se puede colocar allí en el momento un nuevo implante.

Efectos secundarios:

• Alteraciones del sangrado. Son comunes, pero no son perjudiciales para la salud. Pueden consistir en un patrón de sangrado irregular (ausencia, disminución, sangrados más frecuentes o continuos) y cambios en la intensidad del sangrado (disminución o aumento), o en la duración. Una de cada 5 personas usuarias del implante experimenta amenorrea mientras que otra de cada 5 presenta sangrado frecuente y/o prolongado. El patrón de sangrado durante los tres primeros meses generalmente permite predecir el futuro patrón de sangrado. Lo más frecuente es que presenten sangrado irregular, que suele ser más prolongado durante el primer año y luego, se hace más regular o infrecuente, llegando incluso a la amenorrea. Cuando el sangrado es muy prolongado o molesto, puede intentarse tratamiento con AINES (ibuprofeno 600 mg cada 8 hs por 5 días; ácido mefenámico 500 mg cada 12 hs por 5 días), ACO de baja dosis (si es posible de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad) cíclicos durante 2 a 3 ciclos, noretisterona 5 mg cada 12 hs por 20 días durante 2 a 3 ciclos, estrógenos (parches o comprimidos). Si una persona usuaria del implante presenta de manera repentina una hemorragia uterina anormal, debe ser evaluada de forma similar a aquellas que no se encuentran utilizando este método y los diagnósticos diferenciales son los mismos, incluyendo embarazo y la neoplasia ginecológica. Por otro lado, debido a que muchas usuarias de implante son mujeres jóvenes, es posible esperar sangrado irregular e impredecible durante todo el tiempo de uso del método, lo cual no necesariamente requerirá una evaluación adicional.



- Cefaleas.
- Depresión.
- Acné (puede mejorar o empeorar).
- Variaciones de peso.
- Tensión mamaria.
- Mareos.
- Cambios de humor.
- Náuseas.

Para conocer la forma de acceder al implante subdérmico dentro del hospital, puede consultar en el apartado “¿cómo es el circuito en el hospital?”.



Dispositivo intrauterino (DIU)

La mayoría de los DIU están formados por una estructura de plástico, con un vástago vertical que es rodeado por el hilo de cobre y una o dos ramas horizontales (rectas o curvas, según el modelo de DIU), que en algunos modelos llevan unos anillos de cobre. Toda esta estructura va inserta dentro de la cavidad uterina. El otro extremo del vástago lleva anudados uno o dos hilos. Estos hilos atraviesan el canal cervical, asoman por el orificio cervical externo y servirán como guías del DIU, para el control periódico y para su extracción.

Los DIU con cobre (Cu) son los más utilizados en la actualidad. Existen diferentes modelos: T, 7, Multiload, Nova T, siendo uno de los más difundidos a nivel mundial el DIU T Cu 380. El número que acompaña al nombre del DIU se refiere a la superficie de cobre. La carga de cobre varía según el modelo de DIU y determina la duración de su efecto anticonceptivo.

Eficacia anticonceptiva:

Con el uso correcto: menos de 1 embarazo cada 100 mujeres por año de uso (6 embarazos cada 1.000 mujeres).

Con el uso habitual: menos de 1 embarazo cada 100 mujeres por año de uso (8 embarazos cada 1.000 mujeres).

Duración del efecto anticonceptivo: el DIU es un método anticonceptivo de acción prolongada. La duración está en relación a la carga de cobre. Los DIU que tienen menos de 300 mm de cobre tienen una duración aproximada de 3 años. En cambio, el modelo T Cu 380 puede usarse hasta 10 años.

La mayoría de las personas con útero pueden utilizar DIU como método anticonceptivo.

En la mayoría de personas con capacidad de gestar puede colocarse el DIU en cualquier momento, si existe una razonable certeza de que no está embarazada (ver apartado “¿cómo descartar embarazo?”). Puede ser utilizado en personas nuligestas y adolescentes.

No es necesario ningún tipo de estudio previo a la colocación de un DIU, con excepción del examen ginecológico bimanual y especuloscopia.

Seguimiento:

El control del DIU de cobre es clínico: se realiza una especuloscopia para observar los hilos y detectar si existe algún proceso infeccioso. Si está disponible un ecógrafo, el control se puede realizar mediante ecografía.

Controles sugeridos en los casos en que sea posible:

- A los 7 días de la colocación. Se recomienda no tener relaciones sexuales con penetración vaginal, no usar tampón vaginal o copa menstrual, ni realizar baños de inmersión.
- Después de la menstruación siguiente a la inserción.
- A los 6 meses de colocado y luego una vez por año.



En determinadas circunstancias en las que el acceso al sistema de salud es muy complejo, por razones geográficas o cualquier otra razón, o ante la solicitud de la persona, se puede explicar cómo controlar los hilos del DIU, introduciendo los dedos en la vagina, indicándole que no tire de ellos.

La ecografía no es un estudio que deba solicitarse de rutina. Si en el examen los hilos no se observan, tienen un largo mayor al que se dejó al cortarlos o la persona usuaria presenta sangrado o dolor persistente, se solicitará una ecografía, para observar su posición intraútero.

Extracción del DIU

La extracción del DIU suele ser un procedimiento sencillo, no complicado. Puede hacerse al final de la vida útil del DIU o a pedido de la persona usuaria, ya sea porque quiere abandonar el método o desea buscar un embarazo, por intolerancia, por razones médicas, o en la menopausia. Para extraerlo, es importante cumplir con antisepsia rigurosa igual que en la colocación. Se toman los hilos del DIU con una pinza y se tracciona suavemente de los mismos. Es recomendable tomar el hilo del punto más alto posible, no de las puntas, y tener en cuenta que una fuerza excesiva en la tracción puede cortarlos. Durante la extracción, la persona puede experimentar alguna molestia como dolor tipo cólico, sangrado o mareo. Es por eso que se debe contemplar un tiempo para su recuperación

Recambio de DIU

Una vez cumplido el tiempo de vida útil del dispositivo, si la persona desea continuar con el método, puede colocarse un nuevo DIU. Se sugiere que la extracción y la colocación se realicen en el mismo procedimiento, manteniendo las pautas de asepsia. El diferir la colocación a un segundo tiempo aumenta el riesgo de embarazo no planificado durante el intervalo, y también los riesgos de infección.

Efectos secundarios

- Aumento del sangrado menstrual / cambios en el patrón menstrual: es un efecto secundario frecuente; puede producirse aumento en la cantidad o en la duración del sangrado.
- Expulsión del DIU: las contracciones uterinas pueden generar la expulsión total o parcial del DIU a través del cérvix. En la mayoría de los casos, la persona experimenta fuertes dolores y goteos o sangrados previamente a la expulsión, aunque en un 10% de los casos, la expulsión puede ser asintomática.
- Perforación uterina: es una de las complicaciones más graves y está asociada a la inserción del dispositivo. Es muy infrecuente (aproximadamente una en 1000 inserciones) y está estrechamente relacionada con la habilidad del/de la profesional que lo coloca.
- Dolor pelviano: puede ser intramenstrual (dismenorrea), intermenstrual o sin relación con el ciclo menstrual. Se realizará la valoración clínica para determinar su relación con el DIU y descartar otras etiologías. Tratamiento: AINES y/o antiespasmódicos. Disminución de la



actividad física intramenstrual. Si no mejorase: extracción del DIU y elección de otro método.

- Leucorrea: descartada la causa infecciosa, dicha leucorrea se considerará debido al efecto del DIU sobre el endocérvix.
- Infección post colocación: es una complicación infrecuente (< al 0,3%) si el DIU es colocado respetando la técnica y las normas de asepsia. En general, se presenta dentro de los primeros 20 días, por lo cual toda infección posterior a ese plazo no es vinculable al procedimiento de la colocación.

DIU e Infecciones de transmisión sexual (ITS): si la persona usuaria se encuentra cursando una infección por clamidia o gonorrea (o cursando infección pélvica inflamatoria por cualquier germen) está contraindicada la colocación del DIU en el período agudo. Si ya lo tiene colocado, y se administra adecuadamente el tratamiento antibiótico, generalmente no hay necesidad de retirarlo.

Colocación de DIU post parto (DIUPP)

Promover el acceso al DIU luego de un parto, cesárea o aborto forma parte de la estrategia de Anticoncepción Post Evento Obstétrico. La consejería para la colocación del DIUPP (ya sea postparto o postcesárea) se debe realizar con anticipación, preferentemente durante los controles del embarazo.

Está recomendado colocarlo antes de cumplidas las 48 horas o luego de las cuatro semanas después del parto, porque hay evidencia de que aumenta el índice de expulsión.

Para conocer la forma de acceder al DIU dentro del hospital, puede consultar en el apartado “¿cómo es el circuito en el hospital?”.



Sistema Intrauterino (SIU)

El SIU o dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU- LNG) es un LARC seguro y eficaz. Si bien cualquier persona con capacidad de gestar puede usarlo, está especialmente indicado en aquellas que tienen menstruaciones muy abundantes, dado que su principal ventaja es reducir el sangrado menstrual en forma significativa. Es un dispositivo en forma de T que se coloca en el interior del útero, similar a un DIU T de cobre, pero se diferencia de éste en que libera una sustancia llamada levonorgestrel, en forma constante, durante un período de 5 años.

El SIU está cubierto por el Plan Médico Obligatorio (PMO) en determinadas circunstancias. En el Hospital Italiano, esas indicaciones están definidas por el servicio de Ginecología. Para conocer la forma de acceder al implante subdérmico dentro del hospital, puede consultar en el apartado “¿cómo es el circuito en el hospital?”.



Anticoncepción de emergencia

Toda persona en edad fértil podría necesitar anticoncepción de emergencia en algún momento de su vida para evitar un embarazo luego de una relación sexual sin una correcta protección.

Existe opción de anticoncepción de emergencia NO hormonal, que es la colocación de un DIU de cobre, dentro de las 120 horas (5 días) posteriores a la relación sexual sin protección. La principal limitación a este método es la dificultad en nuestro medio para acceder al mismo en el corto plazo. Por este motivo, la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) es el método más accesible con el que contamos.

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

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

- Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg por un comprimido. Se indica dosis única (se recomienda esta dosis por ser la más eficaz, ya que disminuye el riesgo de olvido y tiene menos efectos secundarios).
- Levonorgestrel 0,75 mg por dos comprimidos. Se indica un comprimido cada 12 horas o los dos comprimidos juntos.

.

El principal mecanismo anticonceptivo de la AHE de levonorgestrel es bloquear o alterar la ovulación. Además puede evitar que el espermatozoide y el óvulo se encuentren al afectar el moco cervical y la motilidad y/o la capacidad de los espermatozoides para unirse al óvulo.

Eficacia anticonceptiva:

Si se toma dentro de las primeras 12 horas, la eficacia de la AHE es del 95% y ésta disminuye progresivamente con los días.

Cuando ya han pasado entre 48 y 72 horas de la relación sexual, la efectividad es del 58%. En personas con obesidad la AHE puede ser menos efectiva, por lo que se recomienda que en personas con un índice de masa corporal ≥ 30 kg/m² se use una doble dosis de AHE de levonorgestrel.

El uso de Efavirenz (ARV, inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa) puede disminuir significativamente la concentración de progestágenos y probablemente la eficacia anticonceptiva de la AHE. Por eso es necesario emplear una dosis única de 3 mg de LNG.



Criterios de elegibilidad:

La AHE puede ser tomada sin riesgos, sin importar la edad, incluso por las personas que no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis de hormonas de la pastilla es relativamente pequeña y se utiliza por un corto tiempo. No existe contraindicación para recibir AHE.

Si bien no debe usarse la AHE si existe un embarazo confirmado, puede suministrarse cuando no hay certeza sobre un embarazo y no es posible realizar una prueba para confirmarlo, ya que hay suficiente evidencia de que no tiene ningún efecto en el embarazo ni altera su curso, no produce malformaciones congénitas ni altera el peso al nacer.

Situaciones en las que se recomienda indicar AHE:

La anticoncepción hormonal de emergencia está recomendada en las siguientes situaciones:

1. Ante una relación sexual sin protección.
2. Ante un uso incorrecto o accidente con otro método anticonceptivo: falla del preservativo (se salió, deslizó o rompió); si se desplazó el diafragma; uso incorrecto de un método anticonceptivo basado en el conocimiento de la fertilidad; olvido de la toma de las pastillas anticonceptivas; expulsión de DIU; atraso en la colocación de la anticoncepción inyectable, etc..
3. Ante una violación, si la persona no estaba usando algún método regularmente.

Efectos secundarios:

La toma de levonorgestrel según las dosis de la AHE puede provocar los siguientes efectos:

- Cambios en la fecha de menstruación: la menstruación puede presentarse antes, en fecha o después de lo esperado. El 50% de las personas usuarias menstrua en la fecha prevista, 35% se adelanta y 13% presenta retraso. Puede realizarse una prueba de embarazo si el retraso se prolonga más allá de una semana.
- Náuseas y vómitos: se pueden tomar antieméticos. Si se presentan vómitos dentro de las 4 horas de haber tomado las pastillas, se debe repetir la dosis.
- Dolor abdominal.
- Fatiga.
- Cefalea.
- Dolor en las mamas similar a la tensión premenstrual.
- Mareos.

Método Yuzpe

Si no se cuenta con la anticoncepción hormonal de emergencia, se puede recurrir al Método Yuzpe, que consiste en tomar pastillas anticonceptivas combinadas (ACO) en una cantidad y frecuencia mayor a la utilizada para lograr el efecto anticonceptivo normal. La efectividad del método varía entre 56 a 86%.



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

Si bien es conveniente aprovechar la oportunidad de la entrega de la AHE para hacer una consejería y hablar del uso correcto de los métodos o dar información para apoyar la decisión de un método anticonceptivo de uso regular, esto no debería ser un factor limitante para la entrega de la AHE. Siempre es prioridad la accesibilidad a la prevención de un embarazo no intencional, y esta oportunidad de facilitar el acceso puede capitalizarse en la construcción de un vínculo de confianza con la persona que requirió la AHE, que contribuya luego a que la persona usuaria vuelva al efector de salud para continuar el asesoramiento o la atención.



Métodos quirúrgicos

Ligadura tubaria

Procedimiento en el HIBA:

Cirugía translaparoscópica, se secciona el tercio medio de ambas trompas.

Falla teórica: 1/1500

Reversibilidad: muy variable (5-50%). Se hace con cirugía de recanalización tubaria.

Planificar un MAC hasta que se concrete el alta para uso del método, que suele ser al mes de la intervención.

Vasectomía

Procedimiento en el HIBA:

Técnica sin bisturí. No se realiza técnica convencional.

Ambulatorio, dura 30 min. Anestesia local más sedación.

Reposo relativo 48hs.

Falla: 0% según el servicio de Urología

Reversibilidad: 85%

Control con espermograma a los 30/45 días. Para ese momento, el 60% de los pacientes vasectomizados ya presentan azoospermia. En caso de que no se obtenga ese resultado, se repite el espermograma al mes. Con el tiempo todos terminan con azoospermia.

Consejería:

Reforzar el concepto de que NO es un método temporario, más allá de la tasa de reversibilidad.

En caso de que existan preocupaciones en torno a las características de la eyaculación, el deseo, el orgasmo y la erección, aclarar que la vasectomía no modifica ninguna de esas cuestiones de manera directa.

Planificar un MAC hasta que se concrete el alta de la cirugía.



¿Cómo cambiar de método anticonceptivo?

Cuando se desea cambiar de método anticonceptivo, se utiliza la premisa de que no exista “brecha”, es decir, que en caso de que el nuevo método requiera algunos días hasta empezar a ser efectivo, debe garantizarse que la persona usuaria superponga métodos.

MAC	Comienzo del efecto anticonceptivo	Margen de seguridad anticonceptiva
ACO (anticonceptivos combinados orales)	7 días	Hasta 48 hs en caso de olvido de toma
AOPS (anticonceptivos orales de progestágeno solo)	Minipíldora: 2 días Desogestrel: 7 días	Minipíldora: hasta 3 hs Desogestrel: hasta 12 hs en caso de olvido de toma
Parche transdérmico	7 días	Hasta 48 hs en caso de olvido de colocación
Anillo vaginal		Hasta 3 hs sin anillo
ACI (anticonceptivos combinados inyectables)		Hasta 7 días en caso de olvido de aplicación
AMPD (anticonceptivo de medroxiprogesterona de depósito)		Hasta 4 semanas en caso de olvido de aplicación
Implante subdérmico		Hasta 4 años desde colocación*
SIU (sistema intrauterino liberador de levonorgestrel)	Inmediato	Hasta 6 años desde colocación**
DIU (dispositivo intrauterino de cobre)		Hasta 12 años desde colocación***

*Implante de etonorgestrel

**SIU liberador de levonorgestrel 52 mg

***DIU-Cu 380

En los casos en que no se realice “puente” (es decir, aquellas situaciones en las que no pudo asegurarse la superposición de métodos), se deberá indicar un método de respaldo, como por ejemplo preservativo, teniendo en cuenta la demora en el comienzo del efecto anticonceptivo.



En la siguiente tabla podrá ver las consideraciones específicas de cada método:

 Switch de métodos



¿Cómo descartar un embarazo?

En el texto se menciona con frecuencia el concepto de “certeza razonable de que no existe embarazo”. En este apartado encontrará la explicación del mismo.

La utilización de la menstruación para descartar un embarazo suele retrasar el inicio de un método anticonceptivo seguro (hasta el momento de la menstruación). Sin embargo, negar el inicio inmediato de un método anticonceptivo puede tener como consecuencia un embarazo no intencional que implica riesgos más serios que los inherentes al uso de anticonceptivos durante el embarazo. No se conoce ningún daño que se produzca sobre la persona embarazada o el feto por exposición a métodos anticonceptivos hormonales. Por lo tanto, los beneficios de un incremento en el acceso a estos métodos superan los riesgos asociados a las consecuencias de negar el inicio inmediato de un método anticonceptivo.

Se puede tener certeza razonable de que una persona con capacidad de gestar no está embarazada si no presenta otros síntomas o signos de embarazo y cumple cualquiera de los criterios mencionados a continuación:

- Menstruación típica y en fecha, con MAC seguro y bien utilizado.
- Menstruación típica y en fecha, sin relaciones sexuales desde la fecha de última menstruación
- Se encuentra en los primeros siete días desde el inicio de una menstruación normal.
- Todavía no pasó la cuarta semana del puerperio (en el caso de no estar amamantando).
- Está amamantando en forma exclusiva y regularmente, tiene amenorrea desde el momento del parto y lleva menos de seis meses de puerperio.



¿Cómo es el circuito en el hospital?

Anticonceptivos orales e inyectables, anticoncepción de emergencia, preservativo

Plan de Salud (PS):

Tiene cobertura del 100%. Se debe cargar en la historia clínica electrónica (HCE) en el problema "Anticoncepción". Se debe evolucionar la indicación y que se brindó consejería. Se pueden pedir por delivery, excepto los preservativos, que se debe presentar receta en persona. Se entregan 12 preservativos por mes.

OSDE:

En la farmacia del Hospital tiene una cobertura del 40%. Para acceder a la cobertura de 100% la persona usuaria debe acceder a "gestiones online" en la página de OSDE y se deberá completar el formulario "anticonceptivos" una vez al año, presentar una receta con 3 cajas cada 3 meses. Se retira en farmacias específicas.

Anillo vaginal y parche

Por ahora no se encuentran en canasta básica de Nación.

Si tienen indicación específica por contraindicación de otros métodos:

-Debe estar asentado en la HCE

-Va a auditoría

En casos autorizados, tendría cobertura al 100%

En el HIBA hay Nuvaring (anillo vaginal) (precios de Junio 2022)

PS cubre un 60%

Sin PS: \$4010

Con PS: \$1600

No hay parches disponibles en HIBA.

La marca que se suele usar es Evra.

La única opción es comprarlo afuera y en ese caso es sin cobertura del costo de ningún tipo.

DIU / SIU / Implante subdérmico

En el caso en que la persona usuaria decida utilizar alguno de esos LARCs, recordá que está activo un circuito entre Medicina Familiar y Planificación Familiar (Ginecología), mediante el cual el médico de cabecera puede realizar la consulta de consejería (similar a la primera consulta de planificación familiar) y luego pasar directamente a un turno en la agenda de prácticas de Planificación Familiar.



Para ello, deben cumplirse los siguientes pasos:

1. Evolucionar la realización de consejería. Un modelo de evolución podría ser:

"Paciente que consulta por asesoramiento anticonceptivo. Se explican métodos disponibles, reversibles e irreversibles. Se plantean ventajas y desventajas de cada método.

Edad:

Antecedentes ginecoobstétricos (gestas, partos, cesáreas, abortos, otros antecedentes de relevancia):

Fecha De Última Menstruación:

Contraindicación para algún MAC:

MAC previo: (si/no - cual?)

Dispositivo Intrauterino previo: SÍ / NO

La paciente opta por utilización de: DIU / Implante subdérmico / SIU

Se explica procedimiento de colocación de DIU / Implante subdérmico / SIU. Se explica eficacia anticonceptiva y mecanismo de acción del método, así como riesgos y posibles efectos no deseados (incluidos sangrados / expulsión parcial o total / migración y perforación / cambios en el peso). La/el paciente comprende lo explicado. Se entrega consentimiento informado de la práctica.

Se entrega orden para provisión y colocación de DIU / SIU / Implante subdérmico en consultorio de planificación familiar. Concurrir al turno durante el periodo menstrual o con test de embarazo negativo."

2. Generar la orden digital. En la sección *Estudios/Prácticas*, se encontrarán como:
 - Implante: Implanon NXT implante subdérmico
 - DIU cobre: Colocación de DIU
 - SIU: Colocación de sistema intrauterino con liberación de levonorgestrel
3. Orden en papel: debe decir *"Provisión y colocación de (elegir el que corresponda) DIU / SIU / Implante"*. La persona usuaria debe dirigirse al Centro de la Mujer con esta orden para solicitar turno en agenda de Planificación Familiar. **Aclarar siempre que la decisión de cobertura o no del SIU será definida en la consulta con Ginecología.**
4. Generar el consentimiento informado. En la sección *Consentimientos* → *Ginecología*
 - Colocación Implante subdermico Implanon NXT
 - Colocación de dispositivo intrauterino Mirena
 - Colocación de dispositivo intrauterino



Se lo entregamos y leemos con la persona usuaria. Nosotros **no** lo firmamos, lo firmará ginecología.

Si bien este circuito está pensado para que la persona acceda rápidamente a este tipo de LARCs, hay que tener en cuenta que esto puede no ser así, de manera que **siempre** hay que indicar otro **MAC “puente”** hasta que se efectivice la colocación del LARC.

El DIU de cobre está 100% cubierto por PS y OSDE.
La colocación está a cargo del equipo de Planificación Familiar.

Las siguientes ginecólogas aceptan que enviemos usuarixs de Plan de Salud para colocación de DIU de cobre directamente a la agenda de prácticas, habiendo hecho en nuestro consultorio la consejería correspondiente y habiendo cargado la orden en sistema.

- Centro Barrio Norte: Dra Starvaggi Agustina
- Centro Virrey del Pino: Dra Prada Mariela, Dra Zabalza María
- Central: Dra Mariela Orti

El implante subdérmico está 100% cubierto por PS.
OSDE no lo cubre. Se dirige a usuarixs a consultar dónde colocarlo o sino pueden colocarse en el HIBA por privado, sin cobertura.
Otras obras sociales: Cada usuarix según su cobertura y plan consulta en el momento con personal administrativo.

El SIU está cubierto 100% por PS siempre que exista una indicación para su uso:

- menorragias
- endometriosis
- adenomiosis
- leiomiomas
- cualquier enfermedad sistémica que contraindique los anticonceptivos hormonales o DIU de cobre para la colocación

Dejarlo aclarado en la evolución sobre consejería.

Recordar que este circuito es nuevo, con lo cual pueden surgir inconvenientes. En tal caso, contactarse con Daniela Epstein.



Para pacientes con otras prepagas / obras sociales:

Consultorios particulares de ginecología:

- Agustina Starvaggi (DIU/SIU/implante)
Prepagas: Medife, Swiss Medical, William Hope, Sancor Salud, Dosuba, Osdipp, Serve Salud.
 - ❖ Barrio Norte: M T Alvear 1550, 3°A, Tel 5811-4331
 - ❖ Caballito: Av La Plata 213, 4°B, Tel 4903-4705/4398
 - ❖ Belgrano: O'Higgins 2062, 5° piso, Tel: 4788-1375/9336, 4896-1653
 - ❖ Centro Médico Pueyrredón
- Prada Mariela (DIU/SIU)
Prepagas: Luis Pasteur, Omint
Vicente Lopez: J. Haedo 1599, Consultorios médicos Quintana. Turnos por página web: www.consultoriosquintana.com o teléfono: 4795-1824.

Métodos quirúrgicos

- Ligadura tubaria:
PS y OSDE cubren el 100%
En el HIBA se realiza a mayores de 18 años.

Circuito:

1ero: turno en Planificación Familiar para asesoramiento:

- Hospital Central: Dra Andrea Velazco
- San Justo: Dra Florencia Marcos

2do: turno quirúrgico.

Suele demorar 1-2 meses desde la consulta de asesoramiento a la fecha de la cirugía.

Si la elección de la ligadura es en marco de embarazo se planifica con Obstetricia.

- Vasectomía:
PS cubre el 100%
OSDE tiene copago
En el HIBA se realiza a mayores de 18 años.

Circuito:

1ero: turno en Urología:

- Rey Valzacchi, Gastón (sólo Htal Central)



- Layus, Omar (Central y San Justo)
- Dalvit, Marcos (Central y San Justo)

2do: turno quirúrgico.

Suele demorar 1 mes y medio desde la consulta de asesoramiento a la fecha de la vasectomía.



Bibliografía

- *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición, 2018. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- *Métodos Anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. 2019. Ministerio de Salud de la nación.*

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001777cnt-Guia-MAC-2019-para-web.pdf>

- *Tabla Resumida de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivo*

https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart_spanish-web-508_tagged.pdf

- *Reproductive Health Access Project, sobre switch de métodos anticonceptivos. Junio 2015. Disponible en:*

www.reproductiveaccess.org

- *Uso prolongado de anticonceptivos reversibles de acción prolongada durante la pandemia COVID- 19*

<http://www.amada.org.ar/index.php/numeros-antiguos/volumen-17-n-1-2021/63-revista/revista-n1-2021/466-uso-prolongado-de-anticonceptivos-reversibles-de-accion-prolongada-durante-la-pandemia-covid-19>

- *Métodos anticonceptivos: acceso y recambio en el contexto de pandemia Nota informativa 2 Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.*

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/metodos-anticonceptivos-pandemia-nota-2.pdf>

- *Métodos anticonceptivos: acceso y recambio en el contexto de pandemia. Novedades sobre el DIU con levonorgestrel. Nota informativa 3 Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.*

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/metodos-anticonceptivos-pandemia-di-u-levonorgestrel-nota-3.pdf>