

Guía AIPEO

Anticoncepción inmediata posevento obstétrico

Guía orientada a integrantes de los equipos de salud
para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud

Argentina unida



Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina

Guía AIPEO

Anticoncepción inmediata posevento obstétrico

Guía orientada a integrantes de los equipos de salud
para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud

La presente Guía está aprobada por la **Resolución 2821/2022 del Ministerio de Salud de la Nación**.
Contiene lineamientos para la aplicación en instituciones públicas, privadas y obras sociales.



Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Directora Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Valeria Isla

Argentina **unida**



Autoras: Dra. Ana Belén Orrigo y Dra. Analía Messina
Colaboración en investigación: Dra. Maria Solange Moran
Colaboración en edición: Melanie Siverino

Este documento fue realizado con la colaboración técnica de UNFPA.

Producción gráfica: Daniel P. Zárate
Edición y corrección: Andrea Franco
Diseño: Mauro Salerno

Cita sugerida: Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021). Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico. Guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los servicios de salud. Ana Belén Orrigo y Analía Messina. 1a ed. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

En el siguiente documento se han respetado los lineamientos de lenguaje inclusivo establecidos por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, Argentina (2020).

Messina, Analía

Guía AIPEO-Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico : guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los centros de salud / Analía Messina ; Ana Belén Orrigo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2021. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-38-0309-7

1. Embarazo Adolescente. 2. Embarazos no Deseados. 3. Políticas Públicas. I. Orrigo, Ana Belén. II. Título. CDD 362.732



Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asigne los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales. Distribución gratuita.

Índice de contenidos

1. Introducción	8
1.1. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico, ¿por qué?	8
1.2. Antecedentes de la estrategia de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO)	11
1.3. Justificación	11
1.4. Metodología	12
1.5. Alcance	12
2. AIPEO en el mundo	14
2.1. Objetivos de desarrollo sostenible. La importancia de AIPEO para alcanzarlos	14
3. Situación en la Argentina	16
3.1. Embarazos no intencionales	16
3.2. AIPEO: herramienta fundamental para disminuir la mortalidad materna	16
4. Acceso a los métodos anticonceptivos (MAC)	18
4.1. Necesidades insatisfechas en anticoncepción	18
4.2. Los beneficios de los servicios mejorados de salud sexual y reproductiva no se limitan a la salud	18
4.3. Costoefectividad de la estrategia AIPEO durante la pandemia COVID-19	19
5. ¿Qué importancia tiene el consentimiento informado en salud sexual y reproductiva? ¿Cómo se aplica en AIPEO?	20
6. Valor de la consejería en salud sexual y reproductiva en AIPEO	24
6.1. ¿Qué es la consejería en salud sexual y reproductiva?	24
6.2. Tipos de consejería	24
6.3. ¿Cuál es el momento ideal para realizar consejería en AIPEO?	24
6.4. Consejería en mujeres y personas con capacidad de gestar (PCG) que cursan un aborto	27
6.5. Consejería eficaz	28
6.6. Falla del MAC	28
6.7. La consejería como eje central en la elección de MAC: Proyecto Choice	29
6.8. Criterios médicos de elegibilidad de MAC	30
6.9. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona	31
6.10. Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de MAC	31
6.11. Criterios de elegibilidad posparto	37
6.12. Características de los MAC	37
7. Ventajas sobre el uso de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC O MALD)	39
7.1. LARC definición	39
7.2. ¿Cuáles son los LARC?	39

7.3. Principales ventajas de los LARC	40
7.4. Posibles beneficios adicionales según el LARC elegido	41
7.5. Colocación del dispositivo intrauterino posevento obstétrico	41
7.6. DIU posparto (DIUPP)	41
7.7. Fundamento de la colocación de DIUPP	41
7.8. Enfoque de la salud pública con relación al DIUPP	42
7.9. Tipos de dispositivos intrauterinos para colocación posevento obstétrico	43
7.10. Momentos de colocación de DIUPP	43
7.11. Instrumental necesario para la colocación de DIUPP	44
7.12. Preparación para la colocación de DIUPP	44
7.13. Técnica de colocación de DIU posparto	45
7.14. Contraindicaciones de la colocación de DIUPP	49
7.15. ¿Cuál es el seguimiento de la mujer o PCG con DIUPP colocado posevento obstétrico?	49
7.16. Colocación de DIU posaborto	50
7.17. ¿Qué profesionales de la salud intervienen en el circuito de la colocación del DIU posevento obstétrico?	50
7.18. Ventajas de la inserción de DIU posevento obstétrico	51
7.19. Efectividad del dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)	51
7.20. Efectos adversos de la colocación de DIU-Cu	52
7.21. Consejos útiles para generar circuitos eficaces en pos de obtener el mayor impacto	52
7.22. Implante subdérmico posevento obstétrico	53
7.23. Mecanismo de acción del implante subdérmico	54
7.24. Efectividad del implante subdérmico	54
7.25. Indicaciones y contraindicaciones de la colocación del implante subdérmico posevento obstétrico	54
7.26. Técnica de colocación del implante subdérmico	56
7.27. Complicaciones del implante subdérmico	59
7.28. Importantes aclaraciones para las mujeres o PCG en la consejería	59
7.29. Técnica de extracción del implante subdérmico	57
7.30. Ventajas del uso de implante subdérmico	60
7.31. Efectos adversos del uso de implante subdérmico	60
7.32. Efectos adversos y sus tratamientos posibles	61
7.33. Beneficios de la colocación de implante subdérmico en el momento de la consejería de IVE/ILE	64
7.34. Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-Lng)	65
7.35. Mecanismo de acción del DIU-Lng	66
7.36. Eficacia del DIU-Lng	66
7.37. Indicaciones del uso de DIU-Lng posevento obstétrico	66
7.38. Técnica de colocación de DIU-Lng	67
7.39. Colocación de DIU-Lng posaborto	67
7.40. Contraindicaciones	67
7.41. Efectos adversos del DIU-Lng	69
7.42. Ventajas del uso de DIU de Lng posevento obstétrico	69
7.43. Probables complicaciones	69
7.44. DIU-Lng y lactancia	70

8. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico con métodos de corta duración (SARC)	71
8.1. Beneficios de los SARC	71
8.2. ¿Cuáles son los SARC?	71
8.3. Modalidad de provisión recomendada para facilitar el acceso a las pastillas y los inyectables mensuales y trimestrales	72
8.4. Consejería en SARC luego del nacimiento	73
8.5. Consejería en SARC en situación de aborto	74
8.6. Riesgo de tromboembolismo con los distintos métodos hormonales	74
8.7. Recomendaciones antes de indicar un AHC o gestágeno solo	75
8.8. Manejo de las alteraciones del patrón de sangrado en anticoncepción hormonal	75
8.9. Método de barrera: preservativos en AIPEO	76
8.10. Método de lactancia y amenorrea (MELA)	77
8.11. Métodos anticonceptivos y VIH	78
8.12. Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)	80
9. Contracepción quirúrgica (CQ) posevento obstétrico inmediato	81
9.1. Ley de contracepción quirúrgica	81
9.2. Características de la CQ	81
9.3. Requisitos para acceder a la CQ	81
9.4. Consejería en CQ	82
9.5. Momento oportuno para realizar la ligadura tubaria (LTB)	83
9.6. Efectividad de la LTB	84
9.7. Contraindicaciones	84
9.8. Prequirúrgico	84
9.9. Procedimiento quirúrgico: ligadura tubaria posparto (LTBPP), intracesarea, posaborto	84
9.10. Cuidados posoperatorios	86
9.11. Complicaciones	86
9.12. Derribando mitos en torno a la LBT	87
9.13. Fallas del método	87
10. Experiencia AIPEO a nivel nacional	88
10.1. Trabajos publicados. Experiencia a nivel nacional de la estrategia AIPEO	88
10.2. Resultados de la inserción de DIU posevento obstétrico Hospital Materno Neonatal Ramón Carrillo. Córdoba, Argentina. 2015-2016	88
10.3. Estrategia AIPEO en el Hospital Álvarez. Un modelo de calidad de atención en el hospital público	90
10.4. Elección de métodos anticonceptivos en el puerperio. Hospital Penna	93
11. Bibliografía	96
12. Anexo	104
Métodos más efectivos	104
Métodos efectivos	106
Métodos menos efectivos	108
Anticoncepción para mujeres o PCG en tratamiento con antirretrovirales por HIV	110
Métodos anticonceptivos para iniciar posevento obstétrico	111

1. Introducción

1.1. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico, ¿por qué?

La anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO) es una de las estrategias previstas para ampliar y mejorar el acceso a métodos anticonceptivos luego de un parto, cesárea o aborto poniendo énfasis en la oferta y colocación de los métodos de larga duración (LARC) antes del alta.

Es un modelo de calidad de atención que beneficia a las mujeres y a las personas con capacidad de gestar (PCG) al entregar y/o colocarle un método anticonceptivo (MAC) previo al alta institucional, con el objetivo de evitar la pérdida de oportunidad en salud. Su pilar esencial es la consejería en salud sexual y reproductiva (SSR), la cual debe ser oportuna, clara, precisa y con perspectiva de derechos y género (DSSR, 2019; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, s/f; ONU Mujeres, 2020).

OPORTUNIDAD EN SALUD:

Posibilidad que tienen las personas de obtener los servicios que requieren sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, s/f).

PERSPECTIVA DE GÉNERO:

La incorporación de una perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para las personas cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, monitoreo y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es conseguir la igualdad de género (ONU Mujeres, 2020).

PERSPECTIVA DE DERECHOS:

Orientar la consulta hacia el cumplimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que son el marco legal desde el cual el equipo de salud desarrolla la consejería.

El enfoque basado en los derechos humanos (EBDH) se centra la integración de una mirada de derechos basada en la dignidad, la igualdad y la libertad para todas personas, enfocando en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación. Este enfoque requiere un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población.

Uno de los principales fundamentos de esta estrategia se basa en comprender que el embarazo, parto, puerperio y situación de aborto es para muchas mujeres o PCG el primer contacto con el sistema de salud, por lo que estas situaciones se constituyen como una oportunidad de oro para adquirir, luego de recibir la información necesaria, un MAC, de acuerdo a sus necesidades y preferencias, respetando y favoreciendo el ejercicio de su autonomía (Secretaría de Gobierno de Salud, 2018b). Para que una consejería sea considerada de calidad, debe ser veraz, oportuna y ofrecida en lenguaje claro, donde las personas puedan comprender para elegir y adherir entonces al MAC que deseen. Además, es necesario entender a las personas dentro de su contexto sociocultural donde se manifiestan aspectos emocionales y afectivos singulares (ONU, 2018).

AUTONOMÍA:

El principio de autonomía se expresa como respeto a la capacidad de decisión de las personas y propone tener en cuenta sus preferencias en aquellas cuestiones relativas a su salud.

AUTONOMÍA PROGRESIVA:

Es el reconocimiento jurídico de que la niñez y la adolescencia son períodos de la vida de las personas en que se está consolidando su capacidad de discernimiento. Es decir, la habilidad para comprender información, aplicarla a una situación particular para poder definir alternativas de actuación y, finalmente, tomar decisiones. Esta capacidad se desarrolla de manera diferente en cada persona dependiendo del contexto en el que habita, los recursos con los que cuenta (materiales, intelectuales y sociales) y sus características individuales (Plan Enia, 2018b).

AUTONOMÍA CORPORAL:

Consiste en que las personas tengan el poder y la capacidad de decidir sobre sus cuerpos y su futuro sin violencia ni coacciones. Esto incluye decidir si se desea tener relaciones sexuales, cuándo o con quién. Incluye decidir si se quiere quedar embarazada, cuándo o con quién. Significa la libertad de acudir a un médico cuando sea necesario (DEIS, 2018).

Las personas que ejercen como profesionales de salud deben tener presente que en la Argentina cerca del 100 % de los partos son institucionales y que las mujeres permanecen internadas un promedio de 48 horas (DEIS, 2018). Por ello es fundamental aprovechar este momento para aconsejar y aplicar MAC antes del alta.

Si bien la anticoncepción es importante a lo largo de toda la vida reproductiva de una persona, la AIPEO facilita la reducción de los intervalos intergenésicos cortos con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna (Conde Agudelo et al., 2000).

Desde una perspectiva pediátrica, los intervalos cortos entre nacimientos se asocian con un mayor riesgo de mortalidad neonatal, mortalidad infantil, muertes en niñas/es/os menores de 5 años y desnutrición infantil (WHO, 2007; Rutstein SO, 2005).

Desde un punto de vista obstétrico, se han asociado intervalos entre nacimientos cortos con mayor riesgo de parto prematuro, nacimiento de un bebé pequeño para la edad gestacional y de aborto espontáneo (ver Tabla 1) (Shulman y Merritt, 1976). Además el uso de la anticoncepción segura moderna y, en lo posible de larga duración, podría evitar el 32 % de las muertes maternas mediante la prevención de partos inseguros, así como abortos (Arulkumaran et al., 2018).

Tabla 1: Riesgos cuando el embarazo ocurre en períodos intergenésicos corto

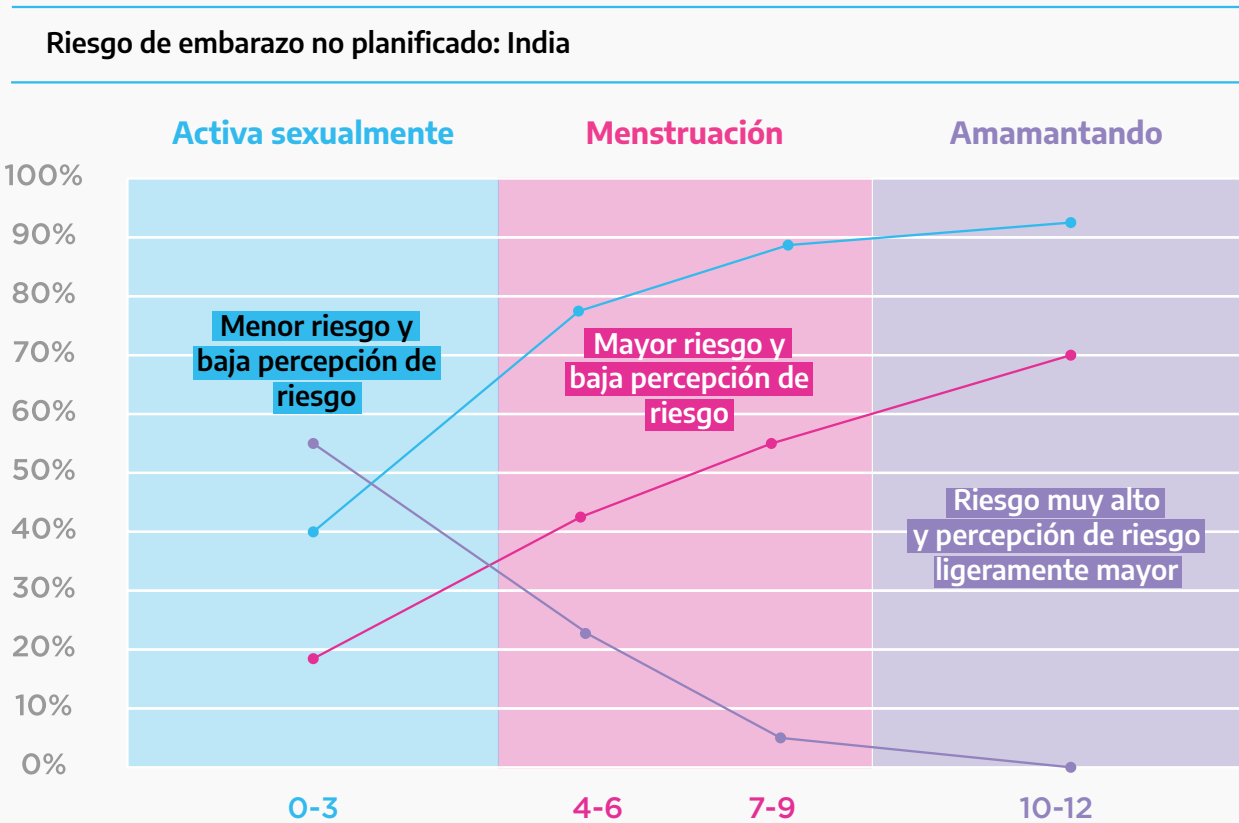
Mayores riesgos cuando el embarazo ocurre 6 meses después de un nacimiento con vida	
Resultado adverso	Mayor riesgo
Aborto inducido	650 %
Aborto espontáneo	230 %
Muerte del recién nacido/a/e < 9 meses	170 %
Muerte materna	150 %
Pretérmino	70 %
Nacida/e/o muerto	60 %
Bajo peso al nacer	60 %

Mayores riesgos cuando el embarazo ocurre menos de 6 meses después de un aborto inducido o aborto espontáneo		
Mayor riesgo	Con intervalo de 1-2 meses	Con intervalo de 3-5 meses
Bajo peso al nacer	170 %	140 %
Anemia materna	160 %	120 %
Pretérmino	80 %	40 %

Se ha observado que el 90 % de las mujeres o PCG retoman la actividad sexual en un plazo de 4 a 6 meses después del parto y que la menstruación retorna en el 50 % durante este mismo período, exponiéndose al riesgo de embarazo con baja percepción de este (USAID y ACCESS, s/f). Además, se ha evaluado que la lactancia materna exclusiva disminuye al 51 % a los 2-3 meses de posparto

y al 28 % a los 4-5 meses. Esto muestra un período crítico para riesgo de embarazo, que comienza aproximadamente a los 3-6 meses (IIPS, 2006). Trabajar sobre la estrategia AIPEO es una de las respuestas posibles frente al contexto planteado; permite ofrecer una respuesta acorde y evitar que mujeres y PCG se expongan al riesgo que significa, no dimensionar el retorno a la fertilidad y la posibilidad concreta de un nuevo embarazo durante el primer año posevento obstétrico (ver Tabla 2).

Tabla 2: Riesgo y percepción de riesgo de embarazo en el puerperio



1.2. Antecedentes de la estrategia de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO)

Se estima que, a nivel mundial, 214 millones de mujeres o PCG tienen necesidades insatisfechas de anticoncepción (ONU, 2018). En 2013, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) dio comienzo a la Iniciativa de institucionalización de servicios de DIU posparto inmediato (DIUPP) (FIGO, 2020a). En la Argentina, la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), incorpora la iniciativa de anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPEO) en el año 2015 y la incluye entre los objetivos de gestión para los años siguientes. Esta estrategia también fue incorporada entre los objetivos del Plan Nacional de Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan Enia, 2020).

Si bien la AIPEO es una estrategia que tiene la particularidad de aprovechar la oportunidad posevento obstétrico, en la Argentina la cobertura y la protección del derecho a la anticoncepción es igual independientemente del momento en el que se ejerza y cuenta con las mismas garantías que en cualquier otro momento. Por tanto, se rige por la provisiones de la Ley 25.673, Ley 26.130 y todas las normas concordantes.

1.3. Justificación

Se estima que cada día mueren en el mundo 830 mujeres o PCG por causas prevenibles relacionadas con el embarazo o el parto. Una gran proporción de estas muertes maternas son debido a necesidades insatisfechas en anticoncepción (OMS, 2019a).

Según el análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95 % de las mujeres o PCG que cursan el período de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70 % de ellas no usan métodos anticonceptivos. La planificación familiar puede evitar más del 30 % de la mortalidad materna y del 10 % de la mortalidad infantil si las personas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años (OMS, 2014).

Establecer el asesoramiento y la entrega de anticonceptivos como una parte rutinaria de la atención durante el parto, cesárea o aborto, aumenta el acceso de las mujeres a los cuidados anticonceptivos, convirtiéndose en una estrategia clave para disminuir la morbilidad materno-infantil relacionada con embarazos no intencionales.

1.4. Metodología

Se utilizará la metodología propuesta por la Guía para la adaptación de guías de práctica clínica generada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Argentina en 2019 (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

1.5. Alcance

Objetivo general

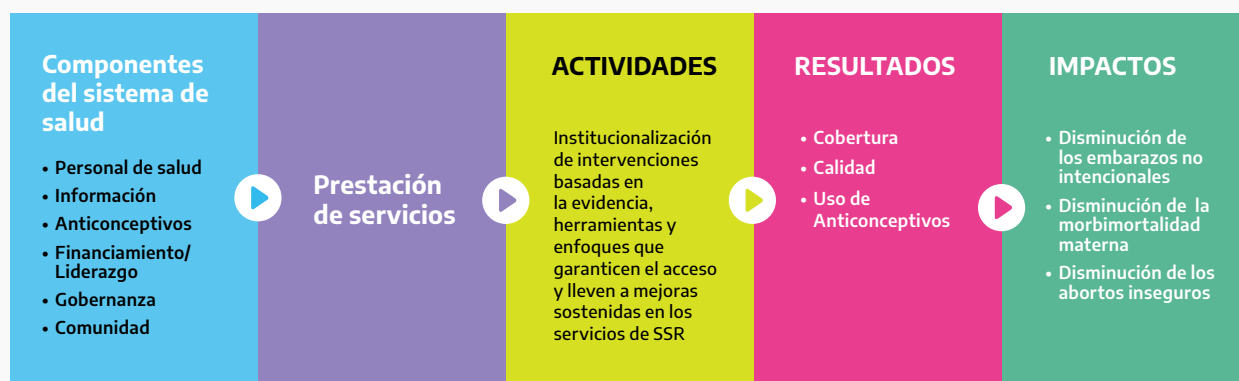
El objetivo principal de esta guía es ofrecer a quienes sean efectores de salud intervinientes en la atención de mujeres y PCG, orientaciones útiles, basadas en la mejor evidencia científica disponible al momento de esta publicación, que faciliten la implementación exitosa de la estrategia AIPEO en todos los niveles de atención del país.

Objetivos específicos

- Establecer recomendaciones en anticoncepción para las distintas situaciones vitales de las mujeres y PCG que atraviesen un evento obstétrico.
- Facilitar la adopción de conceptos orientados a mejorar y aumentar los dispositivos de atención que permitan implementar la estrategia AIPEO en todas las jurisdicciones del país.
- Establecer recomendaciones para que la consejería en salud sexual y reproductiva sea oportuna, con perspectiva de derechos y enfoque de género, basada en las necesidades y preferencias de cada persona, contemplando la interculturalidad, respetando y favoreciendo el ejercicio de su autonomía.

Quienes integran el equipo de salud que forman parte del circuito de atención de mujeres y PCG ya sea durante el control prenatal, parto, puerperio o aborto deberían estar instruidas/es/os en esta estrategia con el objetivo de disminuir obstáculos y garantizar derechos.

Es necesario implementar programas holísticos, basados en la evidencia, que refuercen los sistemas de salud brindando atención de alta calidad que coloquen a las mujeres y PCG en el centro de la atención de la salud (OMS, 2014).



2. AIPEO en el mundo

2.1. Objetivos de desarrollo sostenible. La importancia de AIPEO para alcanzarlos

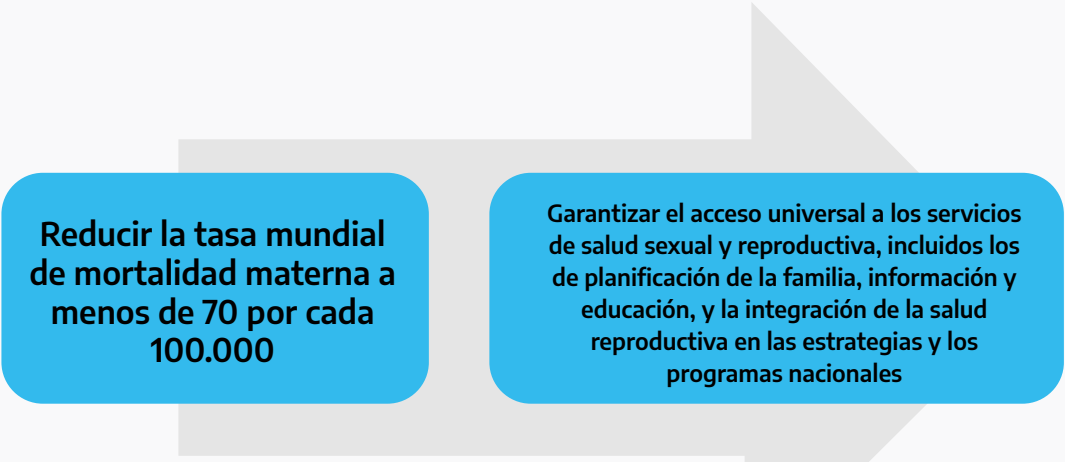
La Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el 25 de septiembre de 2015 la agenda 2030 que incluye los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) (ONU, 2015). Argentina se compromete junto a otros países del mundo a incluirlos en su agenda. Los ODS tres y cinco se refieren específicamente a la salud sexual y la salud reproductiva:

- **ODS 3:** Salud y bienestar. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades.

3.1. Reducir la tasa mundial de mortalidad materna.

3.7. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

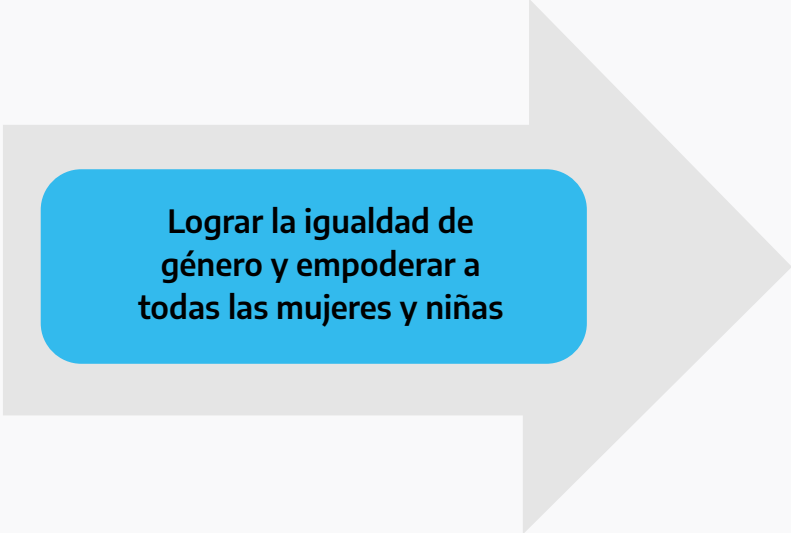


Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000

Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

- **ODS 5:** Igualdad de género. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.



Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas

Durante el año 2020 y en contexto de pandemia por COVID-19, a nivel mundial, FIGO ha pedido un mayor establecimiento de servicios de planificación familiar posparto, en particular anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) para abordar la necesidad global no satisfecha de anticoncepción durante la pandemia de COVID-19. A medida que las clínicas de salud sexual y reproductiva cierran, los servicios de maternidad en todo el mundo deberían aprovechar la oportunidad ideal para brindar a las mujeres servicios de planificación familiar posparto de calidad durante el pico de la pandemia y más allá. Establecer el asesoramiento anticonceptivo como una parte rutinaria de la atención de maternidad, no solo aumenta el acceso de las mujeres a los servicios anticonceptivos, sino que también reduce la presión sobre los sistemas de salud (FIGO, 2020b).

3. Situación en la Argentina

3.1. Embarazos no intencionales

Los embarazos no intencionales son un grave problema de salud pública. Cada año hay 74 millones de mujeres y PCG de países de ingresos bajos y medianos con embarazos no planificados que son causa de 25 millones de abortos peligrosos y 47.000 muertes maternas al año (OMS, 2019b). Aunque existe una gran disponibilidad de MAC de alta efectividad siguen produciéndose embarazos no intencionales.

EMBARAZO NO INTENCIONAL:

Aquel que no fue buscado, planeado o planificado. Puede ocurrir ante la falta de un método anticonceptivo eficaz, la falla del método o una relación sexual no consentida u otras formas de violencia sexual que también configuran un embarazo forzado.

En la Argentina, el 59.3 % de los embarazos son no intencionales y de estos el 72.2 % de las mujeres y PCG no utilizaba ningún MAC (Secretaría de Gobierno de Salud, 2018a; Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF, 2017; DEIS, 2018).

Se producen 10 nacimientos por hora de madres adolescentes; y si bien los últimos años hubo un descenso en los embarazos en el grupo etario de 15 a 19 años la cifra entre la población de 10 a 14 continúa estable (Secretaría de Gobierno de Salud, 2018a). El 70 % de los embarazos en adolescentes no son intencionales: ocurrieron durante una relación sexual sin protección anticonceptiva o por imposición.

El embarazo precoz afecta a las/es/os jóvenes de todo el mundo y se incrementa aún en situaciones de distanciamiento como el que impone el COVID-19. Cada 6 meses que se mantenga el aislamiento social, preventivo y obligatorio, se proyectan 7 millones más de embarazos no planeados en el mundo (UNFPA, 2020).

3.2. AIPEO: herramienta fundamental para disminuir la mortalidad materna

Sería posible prevenir la mayoría de las defunciones ocurridas a raíz del embarazo y el parto si las mujeres y PCG tuvieran acceso a servicios modernos de planificación de la familia y salud materna (Singh, S. et al., 2009). Si se respondiera a la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos, se reducirían las cantidades de defunciones derivadas de la maternidad en aproximadamente dos terceras partes (OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas, 2015).

MORTALIDAD MATERNA:

Es la defunción de una mujer o PCG mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. La muerte materna tardía se define como la muerte de una mujer o PCG por causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Durante el 2018, se registraron en la Argentina 257 muertes maternas, lo que representa una razón de mortalidad materna de 3,7 muertes cada 10.000 bebés que nacen con vida. La tendencia de la composición de la mortalidad materna permite observar, desde 2005, que las muertes por “embarazo terminado en aborto” se han reducido en un 62 %, en tanto que las debidas a “causas indirectas” han aumentado alrededor de 2 % y son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo como anemia, el VIH/SIDA, enfermedades cardiovasculares, respiratorias o endémicas (OMS, 2005). Las muertes maternas son un problema de salud pública prioritario y la mayoría de estas muertes son evitables, muchas de las mujeres o PCG con enfermedades preexistentes carecen de anticoncepción adecuada para evitar embarazos de alto riesgo.

4. Acceso a los métodos anticonceptivos (MAC)

4.1. Necesidades insatisfechas en anticoncepción

Para que un grupo de personas utilice un servicio no existe una fórmula mágica, pero sí muchos caminos. La mayoría de ellos parten de un mismo punto: el acceso y la oportunidad.

Los equipos de salud son uno de los “caminos” por el cual las personas usuarias deben transitar para llegar a “destino”. El agente de salud debe convertirse en un facilitador de acceso al MAC.

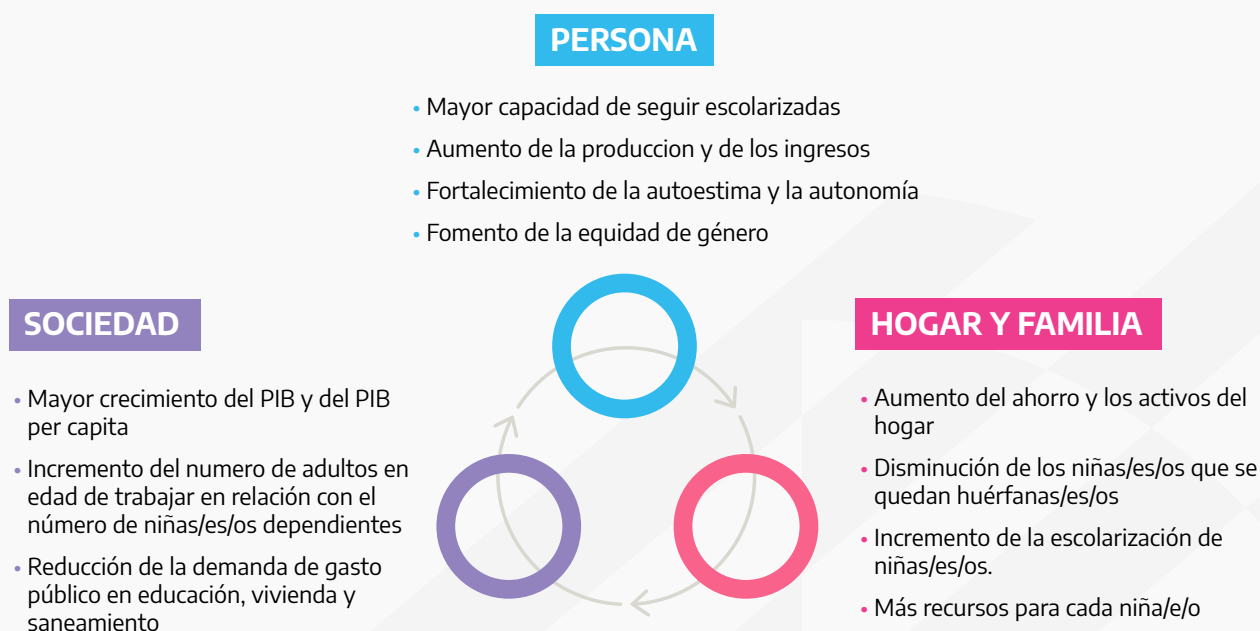
Acceso quiere decir “poder llegar a” y en este caso implica desarrollar estrategias para que las personas puedan llegar hasta el sitio donde se ofrecen los servicios de salud sexual y reproductiva y hacer uso de ellos. En esa ruta no solo encontrarán barreras físicas sino también sociales. Pero una vez que se llegue y se tenga acceso entra en juego la oportunidad, que no es otra cosa para la persona usuaria que la conveniencia del lugar y el momento (UNFPA, 2008).

El término “acceso” de las personas a los servicios se refiere no solo al acceso físico o a los costos (tanto financieros como operativos) sufragados por la persona receptora de la atención sanitaria. Más bien, el acceso suele representar un concepto amplio que incluye la disponibilidad de servicios, la información sobre ellos, y el costo y la calidad de los mismos (Goddard y Smith, 2001).

La AIPEO es una estrategia en materia de salud sexual y reproductiva que garantiza acceso y derechos.

4.2. Los beneficios de los servicios mejorados de salud sexual y reproductiva no se limitan a la salud

(UNFPA, 2017)



4.3. Costoefectividad de la estrategia AIPEO durante la pandemia COVID-19

La pandemia de COVID-19 constituye la mayor crisis de salud pública mundial en un siglo, con enormes desafíos socioeconómicos y de gestión en salud. La pandemia ya ha interrumpido e interrumpe gravemente el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que salvan vidas. Agrava las desigualdades existentes entre mujeres y niñas y PCG y profundiza la discriminación contra otros grupos marginados. La salud y los derechos sexuales y reproductivos es un importante problema de salud pública que exige una atención e inversión urgentes y sostenidas.

En este contexto es central implementar como estrategia y política de salud pública la anticoncepción posevento obstétrico, aprovechando la oportunidad de contacto de la mujer o PCG con el sistema de salud para otorgar información y que puedan iniciar sin demoras un MAC, es fundamental aconsejar en LARC.

Luego de 12 meses de haberse declarado la pandemia por COVID-19 se estima que 12 millones de mujeres o PCG han experimentado interrupciones en los servicios de SSR, lo que ha provocado 1,4 millones de embarazos no intencionales (UNFPA, 2021).

La SSR es una urgencia, y por esto los servicios que brindan anticoncepción a las mujeres o PCG son esenciales. Los severos impactos sociales y económicos del COVID-19 exigen una acción intensificada para mujeres, niñas y PCG.

La experiencia de los brotes de enfermedades del virus del Ébola y Zika muestran que durante las epidemias el acceso a los servicios de SSR puede verse gravemente interrumpido, perjudicando a las personas, en particular mujeres y niñas, y exponiéndolas a riesgos de salud prevenibles. La falta de acceso a estos servicios puede resultar en un aumento de la mortalidad materna y neonatal debido a millones de embarazos, abortos inseguros y partos complicados sin acceso a atención esencial y de emergencia. Incluso una reducción del 10 % en estos servicios podría resultar en un estimado de 15 millones de embarazos no intencionales, 3.3 millones de abortos inseguros y 29.000 muertes maternas adicionales durante los próximos 12 meses.

5. ¿Qué importancia tiene el consentimiento informado en salud sexual y reproductiva? ¿Cómo se aplica en AIPEO?

El consentimiento informado es un proceso dinámico que recorre toda la atención y está enmarcado en los principios establecidos en las normas vigentes (sobre derechos de pacientes, sobre anticoncepción, entre otras), en particular, los principios de autonomía de las personas, confidencialidad, privacidad y acceso a la información.

En este proceso resultan clave, la entrega de información adecuada, completa, actualizada y en formatos accesibles, la comprensión por parte de la persona titular del derecho a la anticoncepción y su decisión libre y sin influencias indebidas sobre la práctica.

El resultado del proceso de consentimiento informado, es la decisión acerca de la solicitud de una práctica de AIPEO y debe quedar constancia del sentido de esa decisión en la historia clínica. Solo en el caso de la anticoncepción quirúrgica, se requiere consentimiento por escrito.

Brindar o no el consentimiento para la realización de cada una de las prácticas sanitarias es un derecho de todas las personas en el proceso de atención, regulado por la Ley 26.529 de Derechos del Paciente. El resultado del mismo es la toma de decisiones, libre e informada, por parte de la persona usuaria.

En casi todas las oportunidades el consentimiento informado es brindado por la persona en forma oral. En algunas situaciones puntuales debe ser por escrito. Estas son las que implican internación, intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos o de riesgo (AMAda, 2018a).

¿Cuáles son sus elementos relevantes?

(REEDAS, 2017; Ipas, 2003; PBA SSR, 2017).

- **Información:** Las personas usuarias deben recibir información oportuna y suficiente relacionada con su estado de salud, las alternativas disponibles y adecuadas a su situación particular, los riesgos y beneficios asociadas con cada una, así como el marco legal que las protege y los derechos que las asisten en el cuidado de su propio cuerpo y su salud.
- **Comprensión:** La persona prestadora del servicio de salud debe asegurarse que las personas usuarias comprendan toda la información brindada. Para ello, la comunicación deberá ser clara, precisa, imparcial y entendible. Se recomienda el uso de un lenguaje sencillo, práctico, adaptado culturalmente, y evitar en la medida de lo posible el empleo de términos técnicos y científicos.

En el área de la anticoncepción, el consentimiento informado es el proceso que garantiza que las personas usuarias han decidido de manera libre y sin coerción el uso del método anticonceptivo más acorde a sus necesidades y preferencias, después de haber recibido y comprendido la información respecto a sus efectos, beneficios, posibles riesgos y molestias, las alternativas disponibles, sus derechos y responsabilidades.

Respecto a los métodos anticonceptivos, los únicos para los que es necesario el consentimiento informado por escrito son los quirúrgicos: la ligadura de trompas y la vasectomía. El resto de los métodos anticonceptivos, que son reversibles, no requieren consentimiento informado escrito, basta con el consentimiento verbal (art. 7, Ley 26.529).

La consejería es un dispositivo privilegiado para el proceso de consentimiento informado que deberá consignarse en la historia clínica (HC).

El consentimiento informado es indelegable, puesto que el derecho a la salud es un derecho personalísimo. Las personas con discapacidad (PCD), como todas las personas, tienen derecho a brindar su consentimiento informado en forma autónoma. El Código Civil y Comercial (CCyC), vigente desde agosto de 2015, reconoce el derecho de las PCD a contar con los apoyos que soliciten y a que se realicen los ajustes necesarios para que puedan ejercer su derecho a tomar las decisiones respecto de su salud en forma autónoma.

Además, cabe aclarar que el personal sanitario deberá informar a las personas solicitantes de métodos anticonceptivos transitorios que podrán discontinuar el uso de los mismos cuando así lo decidan y las consecuencias de dicha decisión, en el caso de los métodos de larga duración podrán revocar el consentimiento antes de su colocación o solicitar su extracción cuando lo decidan. En el caso de la anticoncepción quirúrgica el consentimiento podrá ser revocado hasta antes de la intervención. En todos los casos el equipo deberá dejar constancia en la historia clínica de la revocación y de la información acercada a la paciente sobre las consecuencias de la misma. La revocación del consentimiento, no implica la imposibilidad de solicitar la práctica nuevamente en el futuro.

Consentimiento informado de niñas y adolescentes

Pautas para el consentimiento informado de niñas y adolescentes

La atención autónoma de NNA se realizará en base a las siguientes pautas:

- **Niñas/es/os hasta los 13 años:** pueden brindar su consentimiento con asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente tareas de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos. Se debe considerar el interés superior y la autonomía progresiva.
- **Adolescentes de 13 a 16 años:** pueden consentir toda práctica que no implique un riesgo grave para su salud o su vida.
- **Adolescentes a partir de los 16 años:** tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como una persona adulta.

Las niñas/os/es y adolescentes con discapacidad tienen los mismos derechos que las demás personas a decidir y acceder a servicios, insumos y prácticas de salud, incluyendo la anticoncepción.

El consentimiento informado para la provisión de métodos anticonceptivos en personas menores de 18 años debe seguir las reglas que se encuentran en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud modificada por Ley N° 26.742, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) y la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación.

Así, es importante destacar que, toda persona sin importar su edad o si tiene alguna discapacidad tiene derecho a:

- Aceptar o rechazar terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. (art. 2 Ley de derechos del paciente)
- Recibir la información necesaria y suficiente para la toma de su decisión, a entenderla claramente (El Decreto 1.089/2012)
- Que en todos los casos se registre en la historia clínica su decisión y también la eventual revocación del consentimiento para una práctica (Decreto 1.089/2012)

De acuerdo con el artículo 7 de la mencionada Ley de derechos del paciente, **el consentimiento informado es verbal por regla general, con excepción de la internación, intervención quirúrgica, procedimientos invasivos y procedimientos que implican riesgos graves o cuando la regulación particular así lo determine.** Por tanto, en general, la anticoncepción transitoria no requiere consentimiento por escrito en ningún caso. De todas formas, deberá dejarse constancia en la historia clínica de la voluntad de la persona titular del derecho y de la asistencia de las personas que ejerzan roles formales o informales de cuidado que la acompañe en casos de personas menores de 13 años de edad.

Por otro lado, es necesario reiterar que, tal y como surge del artículo 26 del CCyC y de la Resolución 65/2015:

- **Todas las personas de 16 años o más son consideradas por la legislación argentina como adultas** en lo referente al cuidado del propio cuerpo. Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado en todos los casos.
- **Todas las personas adolescentes de entre 13 y 16 años pueden brindar su consentimiento en forma autónoma si se trata de prácticas que no representen un riesgo grave para su vida o su salud.** La Res. 65/2015 indica que las prácticas de salud reproductiva incluyendo anticoncepción transitoria no son de riesgo y no pueden considerarse invasivas, por tanto, pueden ser consentidas por las personas desde los 13 años de edad si necesidad de asistencia de otras personas.
- **Todas las niñas y personas con capacidad de gestar menores de 13 años pueden brindar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos.** Estas/os deben participar en conjunto con la niña en la toma de decisiones y deben firmar también el consentimiento informado. El principio de autonomía progresiva debe guiar el accionar del equipo de salud y de las personas que la acompañan.

Consentimiento informado de personas con discapacidad

En el caso de las personas con discapacidad (PCD), como fue reconocido por Ley 26.378 que aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y su protocolo facultativo, y por la Ley 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental, las PCD tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el resto de las personas. Además, en virtud de esta Convención, el Estado se comprometió a tomar medidas activas para evitar la discriminación por razón de discapacidad y a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las PCD (art. 23 y 25 CDPD).

Así, las PCD tienen derecho a solicitar y acceder a la anticoncepción a través de cualquier de los métodos disponibles, así como a negarse a recibirla, en igualdad de condiciones que el resto de las personas. El personal de salud debe entregarles toda la información necesaria, de forma accesible y

adecuada a sus particularidades, de manera que la persona pueda decidir con plena comprensión de las circunstancias. Esto implica el uso de medios y tecnologías adecuadas y flexibles para asegurar su participación en todo acto y la adopción de una decisión personal y autónoma.

Respecto del consentimiento informado, se puede ofrecer a la persona con discapacidad que una o más personas de su confianza, ya sea de la familia, la comunidad, el equipo de salud o las instituciones de protección de derechos, le presten el apoyo necesario para tomar una decisión autónoma y brindar o no su consentimiento. Eso es lo que se conoce como sistema de apoyos.

En relación con la anticoncepción quirúrgica, la Ley 26.130 que en su artículo 3 dispone que:

“Todas las personas con discapacidad, sin excepción, tienen derecho a brindar su consentimiento informado para acceder a intervenciones de contracepción quirúrgica, por sí mismas y en igualdad de condiciones con las demás personas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2° de la presente ley.

En ningún caso se requiere autorización judicial.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir información sobre las prácticas reguladas en esta ley en medios y formatos accesibles y a solicitar sistemas de apoyo y ajustes razonables que les permitan consentir en forma autónoma. Deben adoptarse salvaguardas para evitar la sustitución en la toma de decisiones.

Si se tratara de persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la misma no refiere al ejercicio del derecho que otorga la presente ley, ella debe prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento. Si la sentencia de restricción a la capacidad designa apoyo para el ejercicio del derecho previsto en la presente ley, el consentimiento informado debe ser prestado por la persona con discapacidad con la asistencia prevista por el sistema de apoyos del artículo 32 del Código Civil y Comercial”.

Tal y como lo indica la norma, no todas las personas con discapacidad tienen su capacidad restringida para tomar decisiones sobre su propio cuerpo. En realidad, las restricciones son excepcionales y se toman en beneficio de la persona con discapacidad. Por tanto, se debe presumir que las personas son capaces de tomar sus propias decisiones y preguntarles qué tipo de apoyos o ajustes necesitan para poder hacerlo.

Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho.

En el caso de las personas que tengan su capacidad restringida, por sentencia judicial de restricción a la capacidad para prestar consentimiento informado para la anticoncepción, o en el caso de que la persona haya sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

6. Valor de la consejería en salud sexual y reproductiva en AIPEO

6.1. ¿Qué es la consejería en salud sexual y reproductiva?

CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La consejería es un espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud, que tiene como meta principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y reproductiva.

En este sentido, la atención debe no solo abordar el problema sino también al contexto (ideas, creencias, preferencias, posibilidades) y a la propia persona. La consejería utiliza como base el saber que poseen las personas sobre sí mismas. Actualmente las personas usuarias tienen la posibilidad de acceder a gran variabilidad de información a través de internet, más allá de la que brinda el equipo de salud, lo que abre una dimensión de mayor complejidad en la gestión de la misma. Ya no se trata de ser la fuente de saber sino de poder dialogar con una diversidad de saberes y crear un escenario de reflexión informada para que la persona que solicita atención pueda beneficiarse de manera integral.

6.2. Tipos de consejería

(DSSR, 2019)

Se mencionan dos modalidades:

- La consejería propiamente dicha.
- La oportunidad en la asistencia.

La consejería propiamente dicha: es un espacio pensado específicamente para propiciar reflexiones, brindar información y acompañar la toma de decisiones. La cita puede ser espontánea o programada, pero requiere mayor disponibilidad de tiempo, y se debe garantizar un espacio íntimo y sin interrupciones.

La oportunidad en la asistencia: es posible que se cuente con menor cantidad de tiempo, pero es una ocasión válida para generar un vínculo de confianza que habilite las demandas en relación con las necesidades de las personas.

6.3. ¿Cuál es el momento ideal para realizar consejería en AIPEO?

La consejería en AIPEO es un claro ejemplo del trabajo en la oportunidad en la asistencia. Es un reto de los equipos de salud lograr que circunstancias diversas tales como la consulta de control prenatal, el puerperio, la atención durante la interrupción voluntaria del embarazo y otras situaciones puedan adaptarse a un espacio de consejería de manera respetuosa. Para ello es necesario desarrollar algunas competencias: es indispensable tener gran flexibilidad para identificar la oportunidad y

adquirir progresivamente la habilidad de generar preguntas abiertas y también la escucha activa para abordar la atención con el fin de percibir lo que las personas necesitan. Estas actitudes por parte de profesionales posibilitan que se cree un espacio donde las personas se expresen y se registren sus necesidades y deseos.

La habilidad de identificar la oportunidad en la asistencia garantiza acceso y derechos.

Nunca se puede perder de vista que la oportunidad es de la persona; el equipo de salud solo puede habilitarla.

Situaciones oportunas:

- **Mujeres o PCG que cursan un embarazo**

1. Durante el control prenatal:

Hace referencia a los encuentros pautados y establecidos entre profesionales de salud y pacientes durante el embarazo. Por un lado, el control prenatal se basa en prácticas para garantizar la salud materno-fetal, mediante un vínculo de confianza, durante el tiempo que transcurre el embarazo. Por el otro, se vuelve un momento oportuno e ideal para aconsejar y orientar sobre la importancia de las opciones anticonceptivas disponibles, con fuerte recomendación de aquellas que pueden ofrecerse en el momento del posparto inmediato si se produce en un centro de atención. Puede brindarse información y orientación sobre la inserción del DIUPP y puede obtenerse el consentimiento antes del trabajo de parto si la mujer o PCG opta por este método (RCOG, 2015).

Para la pareja, mujer o PCG que no desee embarazos futuros, se puede ofrecer orientación sobre los métodos permanentes, y puede obtenerse el consentimiento informado voluntario, en el que la firmante confirma que ha entendido la naturaleza irreversible de tales opciones. Las mujeres y PCG deben recibir información verbal y escrita sobre todas las opciones de anticoncepción. Las mujeres y PCG que cursen un embarazo deben tener la oportunidad de hacer preguntas sobre anticoncepción cada vez que acudan al control. El método que la mujer o PCG ha elegido debe documentarse en la historia clínica, en el caso que opte por métodos que se colocan en la instancia inmediata al parto, es de buena práctica un llamado de atención en la historia clínica para que no sea pasado por alto durante la internación. Si se elige anticoncepción oral hormonal o métodos de barrera, estos se pueden proporcionar durante la última etapa del embarazo para que las PCG tengan un suministro en casa para comenzar en el momento adecuado después del parto.

2. Durante el nacimiento:

Este punto de contacto comprende distintos momentos durante la estancia en el centro de atención, desde la admisión, el inicio del trabajo de parto, la sala de partos, la unidad de maternidad, el posparto inmediato y el período antes del alta. Durante este período, se recomienda brindar orientación sobre la importancia de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos disponibles, el riesgo que implican los períodos intergenésicos cortos. En el caso de las mujeres o PCG cuyo acceso a la atención en establecimientos sanitarios es limitado, el momento del parto constituye la única oportunidad para tratar sus intenciones de fertilidad y su necesidad de anticoncepción.

Se debe preguntar a las mujeres o PCG si han recibido consejos anticonceptivos antes del parto y, si es así, el método que han elegido debe confirmarse y luego proporcionarse a menos que haya complicaciones.

No se debe discutir la anticoncepción con una mujer o PCG que está en trabajo de parto activo. Si la mujer o PCG desea que se le inserte un DIU o se le practique algún procedimiento de esterilización inmediatamente después del parto, se debe indagar hasta tener la certeza de que esta ha recibido orientación de buena calidad como comprobación de su elección.

3. Posparto y antes del egreso institucional:

Es otro de los momentos posibles para brindar orientación a las mujeres o PCG sobre el espaciamiento de los partos y MAC.

Es importante que el equipo de salud transmita información clara en esta instancia, si la mujer o PCG aún no ha tenido acceso a un MAC en el posparto inmediato, se puede ofrecer el uso de otros MAC. Si ya ha elegido el DIUPP o ligadura tubaria posparto (LTB posparto) se deben transmitir los cuidados y si es necesario regresar a control de los mismos, crear estrategias para poder otorgar el turno de control antes del alta para asegurar en lo mayor posible el regreso de la mujer al centro (ver capítulo 7).

Las intervenciones de los agentes de salud en este período son fundamentales para comunicar los riesgos de los períodos intergenésicos cortos, exponer las opciones para espaciar los embarazos futuros y sus beneficios en la salud materno neonatal, explicar sobre el retorno de la fertilidad y también para orientar sobre las actividades sexuales seguras, lo que incluye el uso de preservativo.

4. Puerperio:

A las mujeres o PCG que asisten para recibir atención posparto se les debe preguntar si están usando o recibieron un suministro de anticoncepción. Debe confirmarse con las mujeres o PCG que han elegido su método si están contentas con su elección, si conocen el método, si tienen suficientes insumos y saben dónde pueden obtener más, si corresponde. En caso de que una mujer o PCG no haya instaurado un método anticonceptivo después del egreso institucional, se le debe informar sobre todos los métodos, particularmente los métodos más efectivos y proporcionarles en caso de que esté disponible en ese momento, u orientarla para que así sea.

Después del parto, la mayoría de las mujeres o PCG permanecen amenorreicas durante períodos variables, según sus prácticas de lactancia. Para las mujeres o PCG que no amamantan a sus bebés, el embarazo puede producirse dentro de los 45 días después del parto. Las PCG que no practican la lactancia exclusiva pueden quedar embarazadas antes del retorno de la menstruación. Se debe explicar a la PCG que la lactancia disminuye la fertilidad, pero que debe tener en cuenta que la anovulación se sostiene siempre y cuando se mantenga la lactancia exclusiva (ver punto 8).

6.4. Consejería en mujeres y personas con capacidad de gestar (PCG) que cursan un aborto

Consideraciones

- El personal de salud que atiende mujeres y PCG que cursan un aborto ya sea por una interrupción voluntaria o un aborto espontáneo deben adquirir competencias en la consejería de MAC y prácticas seguras en la actividad sexual. Es esencial empoderar a las mujeres o PCG de información y, si aceptan un MAC, es esencial que puedan iniciarlo inmediatamente luego de la evacuación uterina para evitar futuros embarazos no intencionales. Siempre se debe tener en cuenta el deseo de procrear de la PCG para la elección del método, así como gustos y hábitos personales.

La consejería debe llevarse a cabo en los servicios de atención para garantizar que cada mujer y PCG acceda al MAC inmediatamente, de esta manera se evitan demoras innecesarias y barreras que puedan interferir en el futuro para iniciar la anticoncepción.

- El personal de salud que atiende mujeres y PCG que cursan un aborto ya sea por una interrupción voluntaria o un aborto espontáneo deben adquirir competencias en la consejería de MAC y prácticas seguras en la actividad sexual. Es esencial empoderar a las mujeres o PCG de información y, si aceptan un MAC, es esencial que puedan iniciarlo inmediatamente luego de la evacuación uterina para evitar futuros embarazos no intencionales. Siempre se debe tener en cuenta el deseo de procrear de la mujer para la elección del método, así como gustos y hábitos personales.
- La consejería puede ocurrir antes (en el caso de las interrupciones voluntarias), durante y después que la mujer o PCG recibe tratamiento médico. Es recomendable que la consejería comience antes del tratamiento, siempre y cuando la salud de la PCG no se ponga en riesgo por la demora en el tratamiento y ella pueda entender la información y tomar decisiones.
- Uno de los fundamentos para iniciar la anticoncepción inmediata en el posaborto se basa en que la ovulación puede ocurrir en la tercer semana después de un aborto. Se han realizado estudios acerca del retorno de la ovulación luego del uso de mifepristona y misoprostol observando la ovulación 15 días luego de la evacuación uterina (Schreiber et al., 2011). El equipo de salud se encuentra ante una oportunidad a veces única para iniciar y aconsejar en MAC.
- La experiencia de una mujer o PCG durante la atención posaborto es tanto física como emocional. Las/es/os profesionales de la salud deben estar preparadas/es/os para tener una actitud comprensiva, comunicativa y brindar apoyo emocional eficiente y consejería centrada en la necesidad de la mujer o PCG, en caso de ser necesario. Cada PCG presenta circunstancias únicas en torno a su necesidad de recibir atención posaborto y podría experimentar una variedad de emociones. La PCG y quien preste servicios posiblemente tengan diferentes valores y orígenes culturales y sociales, e incluso podrían hablar diferentes idiomas, lo cual podría crear barreras para entenderse.

6.5. Consejería eficaz

Cada persona prestadora de servicios de salud tiene la responsabilidad de reconocer barreras en la comunicación y hacerles frente de manera positiva para crear un ambiente de empatía y comprensión.

Una consejería se considera eficaz cuando es caracterizada por un intercambio respetuoso y sensible entre las personas que trabajan en salud y la mujer o PCG y cuando puede ayudar a la PCG a tomar decisiones relacionadas con el embarazo y el aborto, afirmar dichas decisiones y prepararse para el procedimiento de aborto (Ipas, 2014).

La consejería eficaz puede mejorar tanto la experiencia como los resultados y hacer a las PCG más propensas a confiar en servicios y buscar atención médica apropiada en el futuro.

La consejería anticonceptiva debe basarse en la realidad, es decir, debe iniciarse por averiguar qué creen las personas usuarias y abordarlo, ya sea correcto o incorrecto, a fin de evitar la discontinuación del método. La persona que presta el servicio también debe averiguar qué barreras se interponen a que la PCG use diferentes métodos anticonceptivos y debe ayudarla a identificar la opción más indicada para ella. Asimismo, las necesidades de privacidad de la PCG podrían influir en la selección de un método.

En la prestación de servicios de anticoncepción y consejería en el posaborto es importante preguntar a las mujeres o PCG cuáles son sus planes reproductivos inmediatos y a largo plazo y luego proporcionar la consejería correspondiente, informando los beneficios de espaciar los embarazos mínimo por tres meses, para evitar riesgos en el próximo embarazo. Estas mujeres o PCG pueden beneficiarse de MAC de corta duración para la planificación.

En aquellas mujeres o PCG que presenten abortos repetidos y no deseen el embarazo, la persona que preste los servicios de salud debe ayudar a detectar cualquier dificultad que encuentre en usar u obtener anticonceptivos y trabajar con ella para resolver esas dificultades.

6.6. Falla del MAC

Es probable que el personal de salud atienda a mujeres o PCG que han experimentado una falla del método anticonceptivo. Las fallas en los MAC pueden ocurrir por varias razones:

Falla del anticonceptivo:

- Ningún método es 100 % eficaz. Aun cuando un método anticonceptivo moderno se usa correcta y sistemáticamente, algunas mujeres o PCG quedan embarazadas.

La falta de uso del método o su uso incorrecto y no sistemático por distintas razones como:

- olvidarse de usar el método de manera sistemática;
- dejar de usarlo debido a efectos secundarios inesperados o desconocimiento de los efectos en la fertilidad y la salud;
- desaprobación por parte del esposo o pareja, la suegra u otros parientes, líderes religiosos u otras personas influyentes;

- relaciones sexuales no consensuadas;
- creencias sobre ser estigmatizada por las actitudes culturales que equiparan el uso de anticonceptivos con la promiscuidad.

También existen fallas relacionadas con el sistema de salud, las cuales ocasionan que las mujeres o PCG no puedan obtener métodos anticonceptivos o usarlos correctamente, entre ellas se encuentran:

- La persona prestadora de servicios no explicó debidamente cómo usar el método.
- Acceso limitado a métodos anticonceptivos.
- La ubicación y el horario de los servicios de anticoncepción no son convenientes para la mujer o PCG.
- Los protocolos de los servicios de anticoncepción limitan el reabastecimiento; por ejemplo, solo despachan un mes de insumos anticonceptivos a la vez.

Un enfoque de atención centrada en las mujeres y PCG

Significa que cada persona que presta servicios debe:

- Identificar sus creencias y valores personales acerca de los servicios relacionados con el aborto y otros factores afines tales como el género, la edad y la sexualidad.
- Separar sus creencias y valores de los de sus pacientes y centrarse en las necesidades de las mismas.
- Mostrar respeto a todas las mujeres, sin importar su edad, estado civil y comportamientos y decisiones de salud sexual y reproductiva.
- Tratar a las mujeres con empatía, comprendiendo sus sentimientos y perspectivas, y comunicándoles dicho entendimiento.

6.7. La consejería como eje central en la elección de MAC: Proyecto CHOICE

En el Proyecto CHOICE realizado en St. Louis, alrededor de 9000 mujeres de 14 a 45 años recibieron asesoramiento anticonceptivo escalonado para aumentar el conocimiento de todos los métodos reversibles disponibles, en particular los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC). A las participantes se les proporcionó un método anticonceptivo de su elección sin costo durante 2-3 años. El 75 % de los participantes del estudio eligieron uno de los tres métodos LARC, con una mayor continuación que las personas no usuarias de LARC a los 12 meses.

Se pudo observar que es crucial empoderar a las mujeres y PCG con información para la elección del MAC, ya que al eliminar barreras de educación, costo y acceso se logró disminuir los embarazos no intencionales.

Al eliminar la barrera financiera de todos los métodos anticonceptivos, al introducir los métodos LARC como una opción anticonceptiva de primera línea y abordar las percepciones erróneas con respecto a los métodos LARC, CHOICE ha proporcionado a casi 1700 de las primeras 2500 personas participantes un método anticonceptivo reversible de acción prolongada. El uso generalizado de LARC puede reducir drásticamente los embarazos no deseados al tiempo que reduce los costos a largo plazo asociados con la anticoncepción. Los análisis futuros investigarán la continuación, satisfacción, complicaciones y tasas de embarazo entre las usuarias de LARC en comparación con las mujeres que usan métodos anticonceptivos de acción más corta e identificarán posibles subgrupos de mujeres y PCG que tienen más probabilidades de seleccionar LARC o métodos LARC específicos (Secura et al., 2010).

6.8. Criterios médicos de elegibilidad de MAC

La consejería en MAC posevento obstétrico por parte de las personas que integran equipos de salud debe basarse en las recomendaciones basadas en la evidencia que propone la OMS. Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasifican en categorías. Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías es esencial una adecuada ananesis e historia clínica detallada.

Criterios de elegibilidad de la OMS Anticonceptivos posparto		ACO, ACI, Anillos y Parches	AOPS Implante	AMPD	DIU-Cu
Lactancia Exclusiva	Hasta las 6 semanas posparto	4	2	3	
	6 semanas a 6 meses posparto (con lactancia exclusiva)	3	1	1	
	6 meses posparto o más	2	1	1	
Posparto no amamantando	Menor a 21 días	3/4*	1	1	
	Entre 21 y 42 días	2/3**	1	1	
	Mayor a 42 días	1	1	1	
Posparto amamantando o no, incluido poscesárea	Menor a 48 horas				1
	Entre 48 horas y 4 semanas				3
	Mayor a 4 semanas				1

* Si presenta otros factores de riesgo de TEV (antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, preeclampsia, tabaquismo), es categoría 4.

** Si presenta otros factores de riesgo de TEV (antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, preeclampsia, tabaquismo), es categoría 3.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015.

6.9. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías.

Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona	
Categorías	Condiciones
1	Una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2	Una condición en donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015.

6.10. Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de MAC

En los criterios, también se valoran los criterios médicos para el inicio (cuando la condición clínica es previa a la elección de un método) y/o la continuación (en el caso en que se presente la condición clínica mientras la persona esté usando el método) del uso de los métodos.

Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos			ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cu	DIU Lng
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 posparto	4	4	2	3 ^{III}	2	*	*
		6 semanas hasta 6 meses posparto	3	3	1	1	1	*	*
		6 meses post parto a más	2	2	1	1	1	*	*
	Posparto 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	*	*
	Posparto 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
	Posaborto	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
	Trastornos 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	
Edad mayor o igual a 35 años y consume MÁS de 15 cigarrillos día.		4	3	1	1	1	1	1	
Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m ²)		2	1	1	1	1	1	1	

^{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.

ACI: anticonceptivo combinado inyectable (mensual).

AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito (anticonceptivo solo de progestágeno inyectable trimestral).

AOPS: anticonceptivo oral de progestágeno solo (incluye minipíldora y desogestrel).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015.

Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos		ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cu	DIU Lng	
Enfermedades cardiovasculares	Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad mayor, fumar, DBT, HTA, obesidad, dislipemia, etc.)	3/4 ^{IV}	3/4 ^{IV}	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 ^{VIII}	4 ^{VIII}	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	1:2/C:3	3	1:2/C:3	1	1:2/C:3		
Dislipidemia diagnosticada sin otro factor de riesgo cardiovascular ^{XX}	2	2	2	2	2	1	2		

^{XX}. 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.

ACI: anticonceptivo combinado inyectable (mensual).

AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito (anticonceptivo solo de progestágeno inyectable trimestral).

AOPS: anticonceptivo oral de progestágeno solo (incluye minipíldora y desogestrel).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015.

Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos			ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cu	DIU Lng
Enfermedades 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	
Trastornos neurológicos	Cefaleas ^{xi}	No migrañosas	1:1/C:2	1:1/C:2	1	1	1	1	1
		Migraña sin aura en menores de 35 años	1:2/C:3	1:2/C:3	1:1/C:2	2	2	1	2
		Migraña sin aura en mayores de 35 años	1:3/C:4	1:3/C:4	1:1/C:2	2 1	2	1	2
		Migraña con aura	4	4	1:2/C:3	1:2/C:3	1:2/C:3	1	1:2/C:3

^{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 Estadio 1 o 2 de la OMS es Categoría 2 para inicio y continuidad. VIH Estadio 3 o 4 de la OMS es Categoría 3 para inicio y Categoría 2 para continuidad.

ACI: anticonceptivo combinado inyectable (mensual).

AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito (anticonceptivo solo de progestágeno inyectable trimestral).

AOPS: anticonceptivo oral de progestágeno solo (incluye minipildora y desogestrel).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015.

Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos		ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cu	DIU Lng	
Infecciones y trastornos del tracto reproductivo	Miomas uterinos	1	1	1	1	1	1/4 ^{XII}	1/4 ^{XII}	
	Cánceres	Cáncer de mama	4/3 ^{XIII}	4/3 ^{XIII}	4/3 ^{XIII}	4/3 ^{XIII}	4/3 ^{XI-}	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	1:4/C:2	1:4/C:2
		Cáncer de ovario	1	1	1	1	1	1:3/C:2	1:3/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	1:4/C:2	1:4/C:2	
	Enfermedad inflamatoria pélvica	Actual	1	1	1	1	1	1:4/C:2 ^{XV}	1:4/C:2 ^{XV}
		Pasada	1	1	1	1	1	1/2 ^{XV}	1/2 ^{XV}
	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Gonorrea y clamidiasis u otras formas de cervicitis	1	1	1	1	1	1:4/C:2	1:4/C:2
		Otras ITS y vaginitis	1	1	1	1	1	2	2
		Alto riesgo de ITS	1	1	1	1	1	1:2/3 ^{XVII} C:2	1:2/3 ^{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	1:3/C:2	1:3/C:2	
Enfermedades del hígado	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	1:3/4 ^{XVI} C2	1:3/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
	Cirrosis	Relacionada con el embarazo	2	2	1	1	1	1	1
Relacionada con los anticonceptivos orales		3	2	2	2	2	1	2	

^{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 Estadio 1 o 2 de la OMS es Categoría 2 para inicio y continuidad. VIH Estadio 3 o 4 de la OMS es Categoría 3 para inicio y Categoría 2 para continuidad.

ACI: anticonceptivo combinado inyectable (mensual).

AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito (anticonceptivo solo de progestágeno inyectable trimestral).

AOPS: anticonceptivo oral de progestágeno solo (incluye minipíldora y desogestrel).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015.

Guía AIPEO. Anticoncepción inmediata posevento obstétrico.

Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos			ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cu	DIU Lng
Interacciones farmacológicas	Antibióticos	Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	1
		Rifampicina o Rifabutina	3 ^{XIX}	2	3 ^{XIX}	1	2 ^{XIX}	1	1
	Antifúngicos / antiparasitarios		1	1	1	1	1	1	1
	Anticonvulsivantes	Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos, Primidona, Topiramato	3 ^{XIX}	2	3 ^{XIX}	1	2 ^{XIX}	1	1
		Lamotrigina	3 ^{XIX}	3	1	1	1	1	1
	Antiretrovirales ^{***}	Inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa	1	1	1	1	1	1:2/3 ^{XXI} C:2	1:2/3 ^{XXI} C:2
		Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa	1/2 ^{XIX}	1/2 ^{XIX}	1/2 ^{XIX}	1	1/2 ^{XIX}	1:2/3 ^{XXI} C:2	1:2/3 ^{XXI} C:2
		Inhibidores de la proteasa reforzado con Ritonavir	2 ^{XIX}	2 ^{XIX}	2 ^{XIX}	1	2 ^{XIX}	1:2/3 ^{XXI} C:2	1:2/3 ^{XXI} C:2
Inhibidores de la integrasa (Raltegravir)		1	1	1	1	1	1:2/3 ^{XXI} C:2	1:2/3 ^{XXI} C:2	

^{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 Estadio 1 o 2 de la OMS es Categoría 2 para inicio y continuidad. VIH Estadio 3 o 4 de la OMS es Categoría 3 para inicio y Categoría 2 para continuidad.

ACI: anticonceptivo combinado inyectable (mensual).

AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito (anticonceptivo solo de progestágeno inyectable trimestral).

AOPS: anticonceptivo oral de progestágeno solo (incluye minipíldora y desogestrel).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015.

6.11. Criterios de elegibilidad posparto

Criterios de elegibilidad de la OMS Anticonceptivos posparto		ACO, ACI, anillos y parches	AOPS implante	AMPD	DIU-Cu
Lactancia Exclusiva	Hasta las 6 semanas posparto	4	2	3	
	6 semanas a 6 meses posparto (con lactancia exclusiva)	3	1	1	
	6 meses posparto o más	2	1	1	
Posparto no amamantando	Menor a 21 días	3/4*	1	1	
	Entre 21 y 42 días	2/3**	1	1	
	Mayor a 42 días	1	1	1	
Posparto amamantando o no, incluido poscesárea	Menor a 48 horas				1
	Entre 48 horas y 4 semanas				3
	Mayor a 4 semanas				1

* Si presenta otros factores de riesgo de TEV (antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, preeclampsia, tabaquismo), es Categoría 4.

** Si presenta otros factores de riesgo de TEV (antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, IMC mayor a 30 kg/m², hemorragia posparto, preeclampsia, tabaquismo), es Categoría 3.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015.

6.12. Características de los MAC

En un método anticonceptivo se evalúan varias características:

- **Eficacia:** capacidad de un método anticonceptivo para evitar una gestación. Se mide por **Índice de Pearl (IP)**.

IP:

Número de embarazos que se presentaría teóricamente en 100 mujeres o PCG que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año.

Se obtiene la “eficacia teórica” con el uso perfecto de cualquier método anticonceptivo y la efectividad o “eficacia real” que se obtiene en condiciones normales o típicas de uso, para la población general y en condiciones de posibles fallos de uso. La “eficacia del uso típico” refleja el uso en la vida real y explica el uso inconsistente o incorrecto.

- **Seguridad:** capacidad del método de no producir efectos indeseados sobre la salud, los posibles efectos beneficiosos añadidos no contraceptivos; por ejemplo, el uso de algunos anticonceptivos en el caso de acné y/o hirsutismo.

- **Facilidad o complejidad de uso:** adecuada comprensión por parte de la persona en el uso del método anticonceptivo, la reversibilidad, que es la recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir un método anticonceptivo.

Un método que puede mantener su uso correcto en el tiempo previene eficazmente el embarazo no intencional y ofrece una ventaja adicional ya que, cuando una mujer o PCG desea interrumpir un LARC, debe acudir a un centro de salud. Esto genera una oportunidad para una nueva consejería, y la continuidad de ese u otro método anticonceptivo elegido.

Entre las personas usuarias de los LARC no hay diferencia entre el uso típico y el perfecto porque estos métodos anticonceptivos no requieren ninguna acción por parte de la usuaria después de la inserción, lo que significa que la usuaria no puede alterar la eficacia del método.

Método de larga duración	Duración	Tasa de falla
Dispositivo intrauterino liberador de Cu (DIU-Cu)	5-10 Años	uso típico 0.8 % uso perfecto 0.6 %
Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel 52mg (DIU-LNG)	5 Años	uso típico y uso perfecto 0.2 %
Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel 13.5 mg	3 Años	uso típico y uso perfecto 0.33 %
Implante subdérmico de etenogestrel	3 Años	uso típico y uso perfecto 0.05 %

A pesar de la alta eficacia de los LARC registrada en múltiples estudios, en la Argentina y en el mundo, la tasa de utilización aún es sumamente baja. En nuestro país la tasa de uso de DIU es de 9,2 % (AMAda, 2018a; INDEC, 2013).

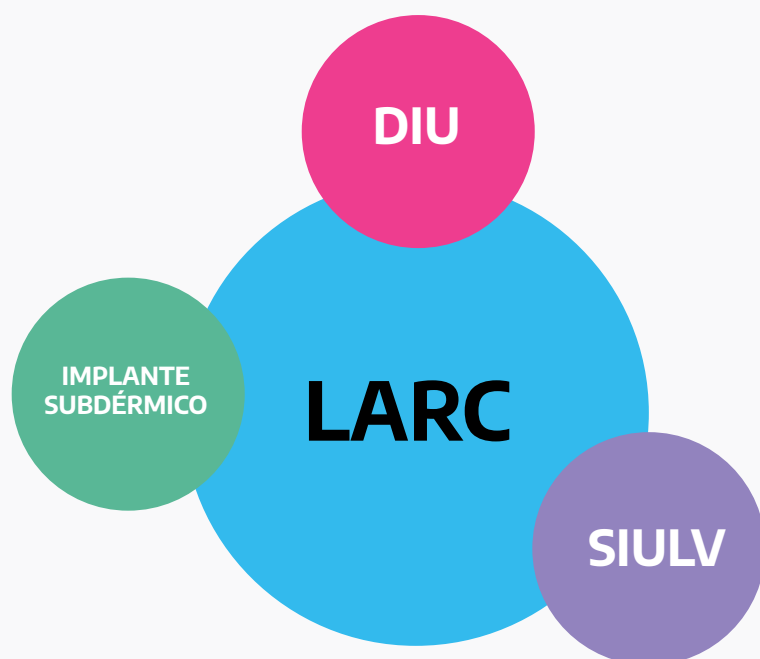
7. Ventajas sobre el uso de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC o MALD)

7.1. LARC definición

El gran número de embarazos no intencionales plantea la necesidad de introducir nuevas formas de tecnología anticonceptiva que no estén basadas en la toma diaria, semanal o mensual del anticonceptivo y que a la vez tengan una alta eficacia (ACOG, 2015).

Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (MALD por sus siglas en español o **LARC** por sus siglas en inglés –long acting reversible contraception–), son métodos anticonceptivos reversibles ya que al suspender su uso se logra el retorno de la fertilidad rápidamente, y consideran de larga duración debido a que una vez colocados puede durar entre 3 y 10 años según el método elegido.

7.2. ¿Cuáles son los LARC?



- **DIU de cobre:** según el modelo y la cantidad de cobre que tenga tiene una duración de entre 3 a 10 años.
- **DIU liberador de hormonas:** también llamado sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIUIng), o DIU-Lng. Existen diferentes tipos, de distinto tamaño y carga hormonal que duran 3 o 5 años.
- **Implante subdérmico:** libera una hormona llamada etonorgestrel, y se coloca en la cara interna del brazo. Tiene 3 años de duración (ACOG, 2011).

Uno de los indicadores de calidad de la respuesta en salud sexual y reproductiva refiere a la proporción que existe entre los métodos de corta y larga duración que los programas ofrecen a las personas. Esto se debe a que los métodos de larga duración tienen mayor eficacia y adherencia (Trussell, 2011). Los citados LARC se encuentran disponibles en la canasta de insumos del Programa de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación (MinSal, s/f).

7.3. Principales ventajas de los LARC

- Hacer uso de la oportunidad en salud de manera eficiente: en un único contacto con un/a/e agente de salud, con una consejería adecuada, la mujer o PCG puede optar por un LARC que le brinde seguridad anticonceptiva por al menos 3 o 10 años.
- Practicidad: evita que la mujer o PCG tenga que recordar cada día que debe tomar una píldora, o aplicarse mensualmente o trimestralmente una inyección anticonceptiva, o hacer algo para prevenir un embarazo cada vez que se tenga una relación sexual.
- Accesibilidad: son altamente rentables ya que no se requiere visitas frecuentes para reabastecimiento y no se requiere financiación adicional para un uso constante una vez colocado.
- Mayor tasa de satisfacción y tasa de continuidad que los MAC de corta duración (SARC).
- Alta eficacia anticonceptiva debido a su baja tasa de falla intrínseca (menor al 1 %, la tasa de falla de los SARC es de alrededor de 9 %), y a que son independientes del comportamiento de la persona, determinando que la eficacia con el uso habitual sea similar a la del uso perfecto. Eficacia independiente del coito, la motivación de la usuaria y la adherencia. La eficacia de un MAC está estrechamente relacionada con la tasa de continuidad.
- Alta tasa de continuidad: a los 12 meses muestran una continuidad muy elevada, mayor al 80 %; mientras que, en los métodos anticonceptivos reversibles, de corta duración o SARC (pastillas anticonceptivas, anillos vaginales, parches, inyectables) es menor al 60 % (Peipert et al., 2011).
- Reversible: con un rápido retorno a la fertilidad después de la remoción.
- Pocas contraindicaciones (ACOG, 2015).
- Ahorro de costos en salud pública aun si no se utilizan durante toda su duración de eficacia (Trussell et al., 2015).

La tasa de continuidad del MAC depende en gran medida de la calidad de la consejería previa que se le ha brindado a las mujeres o PCG

- 
- Efectividad anticonceptiva independiente de la motivación o adherencia de la usuaria.
 - Más alta efectividad anticonceptiva y continuidad de todos los métodos reversibles.
 - Anticoncepción duradera.
 - No requieren de visitas frecuentes al sistema de salud y ni de mayores gastos luego de colocados.
 - Reversible en forma inmediata.
 - Desvinculados del coito.
 - Baja posibilidad de falla por error de la usuaria.

7.4. Posibles beneficios adicionales según el LARC elegido

- Reducción del sangrado menstrual, mejoría en los síntomas de endometriosis y dismenorrea, reducción en los síntomas hormonales cíclicos, adecuado para mujeres o PCG que no pueden recibir estrógenos, anticoncepción discreta.

7.5. Colocación del dispositivo intrauterino posevento obstétrico

- **DIU posalumbramiento: DIU posparto (DIUPP) o poscesárea**
- **DIU posaborto**

7.6. DIU posparto (DIUPP)

En los últimos años, ha habido un gran interés en aumentar el uso de LARC en muchos entornos, incluido el posparto inmediato. Esta práctica está justificada porque la evidencia muestra que muchas mujeres nunca regresan al servicio obstétrico para recibir algún método anticonceptivo. Sin embargo, el retorno de la fertilidad puede ocurrir tan pronto como 4 semanas después del parto (Bahamondes et al., 2020).

Consideraciones

- En la consejería que se realiza durante el control prenatal se debe explicar a las mujeres o PCG la importancia de que esperen al menos 24 meses después del parto antes de intentar un nuevo embarazo para evitar un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna e infantil.
- En los sucesivos controles se debe ofrecer información en MAC y hacer hincapié en los LARC y los beneficios que se obtienen al elegirlos inmediatamente después del nacimiento.
- El procedimiento para la inserción de DIUPP es seguro y fácil si bien las tasas de expulsión son más altas en comparación con las inserciones a intervalos (42 días después del parto), las altas tasas de continuación después de la inserción inmediata del DIUPP superan el riesgo descenso del dispositivo y, en consecuencia, el procedimiento es altamente rentable (Bahamondes et al., 2020).

7.7. Fundamento de la colocación de DIUPP

Esta forma de anticoncepción se fundamenta desde distintas perspectivas, una es como política de salud pública para poder abordar la mayor cantidad de mujeres y PCG con anticoncepción de alta eficacia cuando toman contacto con el sistema de salud o desde una perspectiva de derechos ya que garantiza el acceso a salud sexual y reproductiva.

En la colocación de DIUPP se debe soslayar algunas barreras que se construyen por el escepticismo del equipo de salud, producidas principalmente por la falta de información basada en evidencia científica (Goldthwaite et al., 2017).

Uno de las principales interrogantes que surge es: ¿por qué colocar DIUPP¹ si este presenta una

¹ Se hace referencia sobre la colocación posparto, porque la tasa de descenso de colocación posaborto inmediato en comparación con la colocación del intervalo es similar y ronda el 1 %.

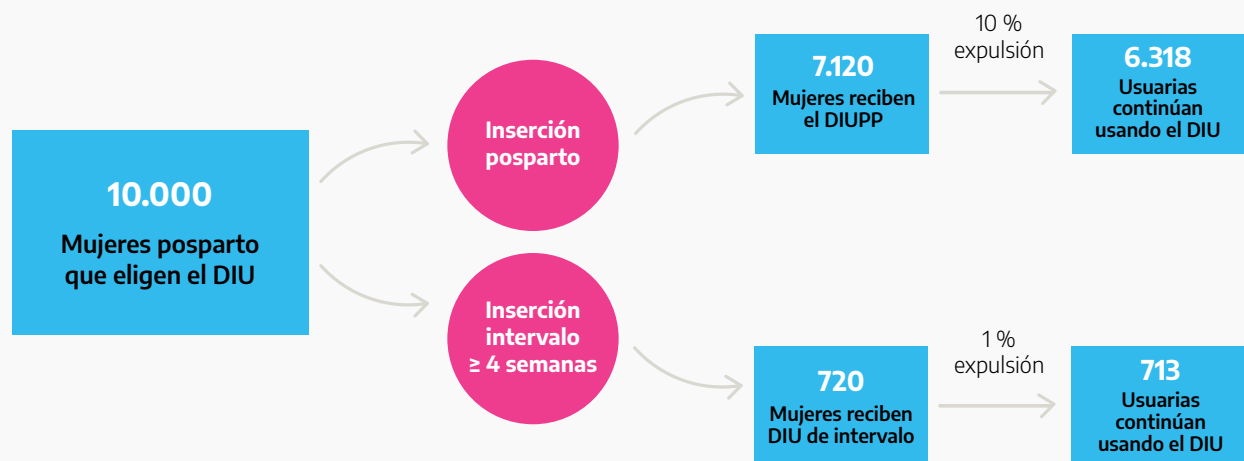
tasa de descenso elevada con respecto a la colocación en el intervalo? Y la respuesta es, porque aún así considerando la tasa de descenso que es mayor a la del intervalo, el número de mujeres o PCG que quedará cubierta con una anticoncepción segura, de eficacia y de larga duración es alta. Más aún si se tiene en cuenta que en la Argentina casi del 100 % de los nacimientos se producen en instituciones, y que las mujeres tienen muy baja adherencia a regresar en búsqueda de un MAC luego del alta, de esta forma quedan expuestas a embarazos no intencionales y sus repercusiones psicológicas sociales y biológicas.

Aunque la tasa de expulsión DIUPP puede ser de hasta 10%-15 %, la tasa de retención es más del 85%-90 %, lo cual, desde una perspectiva de la salud pública, puede ser aceptable. Asimismo, en situaciones donde el acceso a la atención médica es limitada o el uso de los servicios de seguimiento posparto infrecuente, este potencial de usar el método anticonceptivo de manera continua constituye una consideración importante (USAID y ACCESS, 2010). Las tasas de expulsión publicadas a nivel mundial fueron de un 2,6 %. Las tasas de infección grave (enfermedad inflamatoria pélvica) fueron tan bajas como 0,01 % y no hubo un solo caso de perforación (Makins et al., 2018).

7.8. Enfoque de la salud pública con relación al DIUPP

(USAID y ACCESS, 2010)

El dispositivo intrauterino posparto es una buena opción para las mujeres o PCG que están amamantando, así como para aquellas que no lo están haciendo. Debido a su inserción inmediatamente después del parto. El DIUPP permite a las mujeres o PCG abandonar el establecimiento con un método anticonceptivo seguro y extremadamente efectivo, de acción prolongada y reversible (ver Tabla 3, pág. 68).



En este gráfico se representa a 10.000 mujeres que eligieron DIU como MAC y 7.120 lo recibieron inmediatamente luego del parto. De estas mujeres que optaron por la colocación de DIUPP, el 10 % tendrá descenso del dispositivo, es decir que 6.318 mujeres finalmente quedarán cubiertas con anticoncepción de alta eficacia y duradera.

El resto de las mujeres optó por regresar y colocar el DIU en 4 semanas, pero debido a que se considera que muy pocas regresan (la tasa es en general es del 30 %), serán solo 720 mujeres o PCG las que regresen para colocación del DIU. Aún así, si se tiene en cuenta la tasa de expulsión 10 veces más elevada que presenta la colocación del DIUPP, el número final de mujeres que tendrán cobertura anticonceptiva eficaz y duradera es considerablemente mucho mayor si egresan del centro con el DIU colocado.

7.9. Tipos de dispositivos intrauterinos para colocación posevento obstétrico

- a. **Dispositivo intrauterino con cobre, DIU-Cu:** 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 determina la duración de su efecto anticonceptivo. Es un dispositivo de marco en T con una superficie de cobre de 380 mm distribuida en sus dos brazos (Bahamondes et al., 2020).²
- b. **Dispositivo intrauterino con progestágeno (levonorgestrel), DIU-Lng:** es un dispositivo en forma de T que se coloca en el interior del útero, libera una sustancia llamada levonorgestrel, en forma constante, durante un período de 5 años (ver capítulo 7.34).



Tanto el DIU-Cu como el DIU-Lng pueden insertarse de manera segura en el período posparto inmediato.

7.10. Momentos de colocación de DIUPP

- **Período posalumbramiento:** inmediatamente después de la expulsión de la placenta (requiere el manejo activo de la tercera etapa del parto).
- **Intracesárea:** después de la extracción de la placenta durante una cesárea, insertándose el DIU antes de cerrar la incisión uterina.
- **Parto temprano:** no ocurre inmediatamente después de la expulsión/extracción de la placenta sino dentro de los dos días/48 horas del parto.

² En 1988, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA de los Estados Unidos) aprobó el DIU de cobre más eficaz, el TCu380A.

Consideraciones

- Los DIU insertados durante el período posparto inmediato (posplacenta e intracesárea) presentan las tasas más altas de retención, sin embargo es posible insertar el DIU de manera segura en cualquier momento durante el período posparto temprano, es decir, dentro de las primeras 48 horas después del parto.
- Hay mayores tasas de expulsión, en comparación con la inserción posparto tardía y la inserción de intervalo, que deben sopesar frente al riesgo de que las pacientes no regresen para el seguimiento posparto (Prager et al., 2015).
- Es fundamental tener en cuenta que la capacitación de las/es/os profesionales permite disminuir significativamente la tasa de expulsión (Oizerovich y Perrota, 2020).

Un estudio de cohorte prospectivo comparó la expulsión posplacentaria entre el DIU de levonorgestrel versus el dispositivo intrauterino de cobre, y el resultado demostró que la tasa de expulsión a los 6 meses no difirió entre el tipo de DIU (Hinz et al., 2019).

7.11. Instrumental necesario para la colocación de DIUPP

Es necesario que en la sala de partos o quirófano se encuentre disponible el siguiente material:

- DIU T-Cu/ DIU-Lng.
- Pinza Pean sin cremallera o Kelly larga de 33 cm (para tomar el DIU).
- Pinza de anillos (para tomar el cuello). Tipo Foester. Ideal de ramas largas.
- Espejo de SIMMS.
- Gasas esterilizadas para embrocar.
- Antiséptico con base de agua.

Pinza Foerster



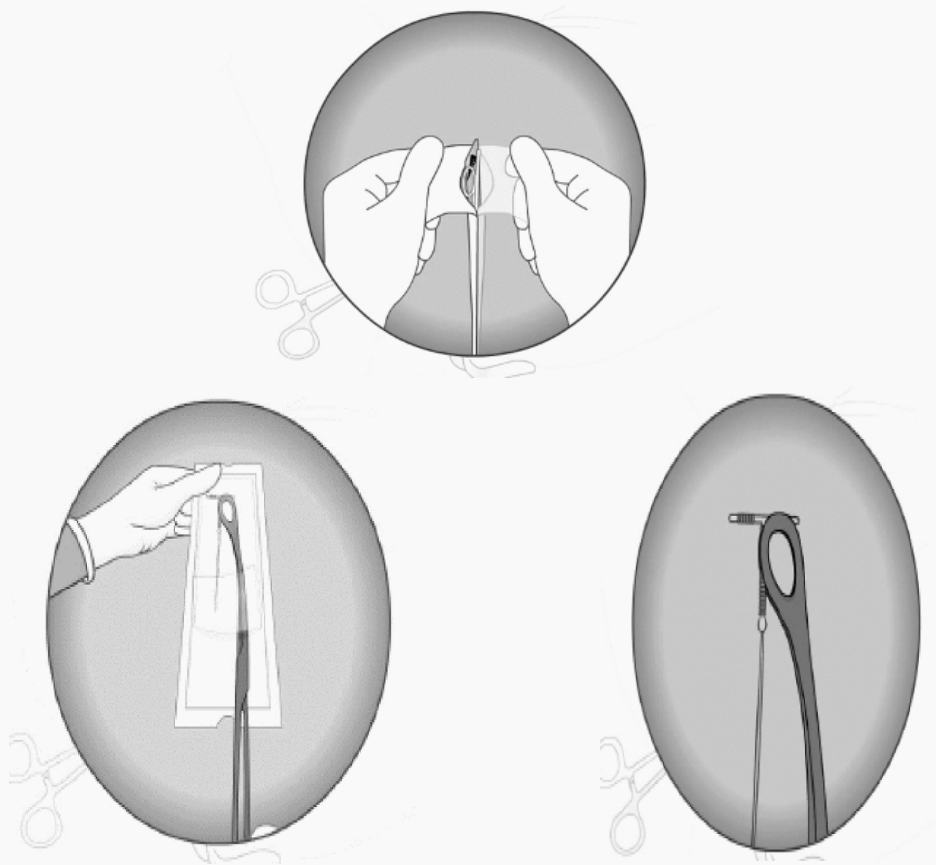
Pinza de Kelly



7.12. Preparación para la colocación de DIUPP

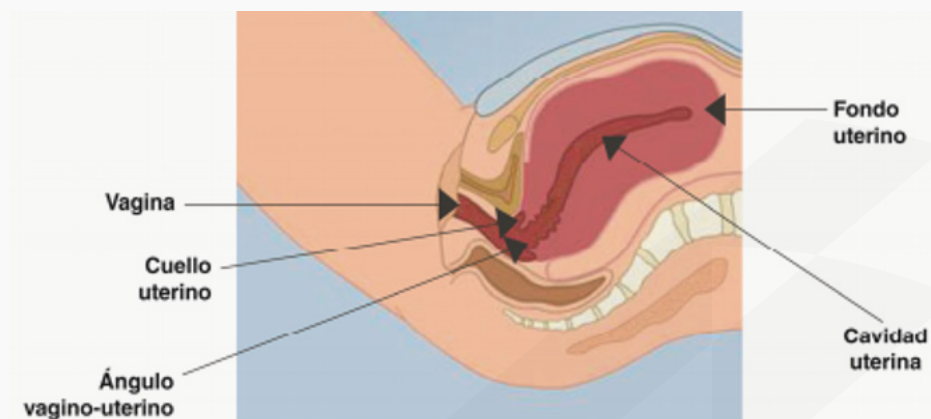
1. Verificar que el envase del DIU no esté abierto o dañado y revisar la fecha de vencimiento.
2. Abrir y acomodar todo el instrumental esterilizado e insumos sobre una superficie seca y esterilizada. El uso de una mesa adicional es recomendable para evitar la contaminación cruzada con el instrumental utilizado durante el parto.

- Utilizar una gasa esterilizada/pinza de anillos, aplicar antiséptico con base de agua sobre la vagina y el cuello uterino dos o más veces antes de la inserción del DIU. Limpiar desde la parte interna de la abertura del cuello uterino hacia afuera.
- Comenzar por retirar el DIU del envase esterilizado y durante todo el procedimiento utilizar la técnica "no tocar" a fin de reducir el riesgo de contaminar la cavidad uterina.



7.13. Técnica de colocación de DIU posparto

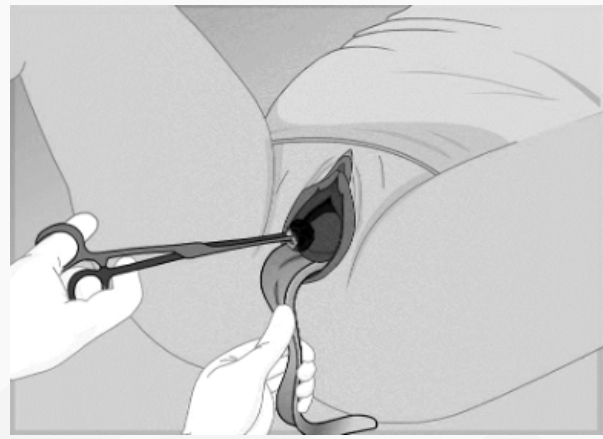
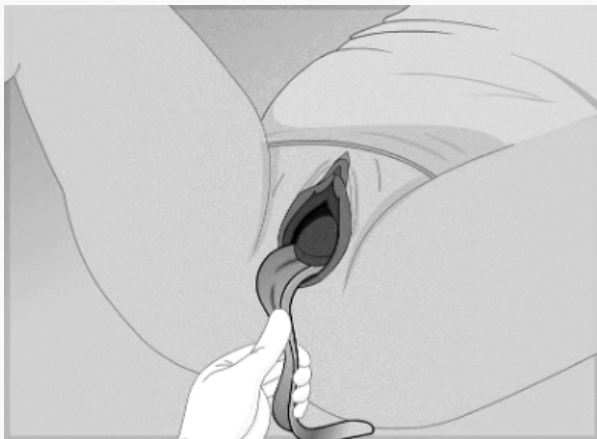
ANATOMÍA DEL ÚTERO POSPARTO:

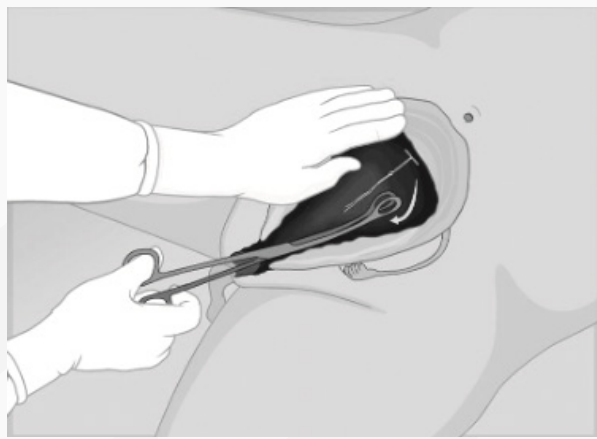
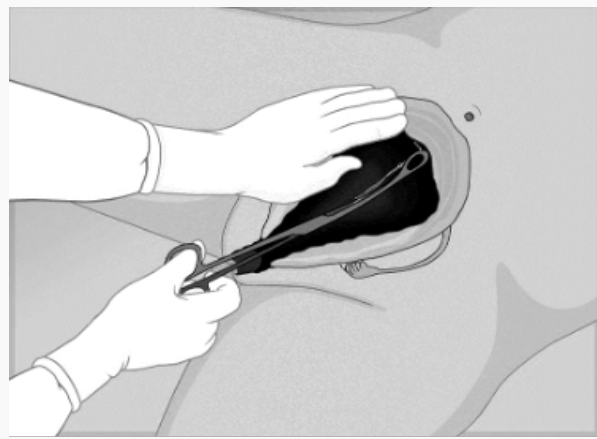
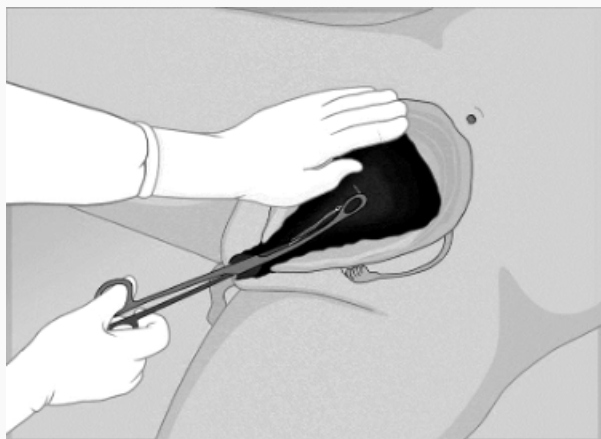
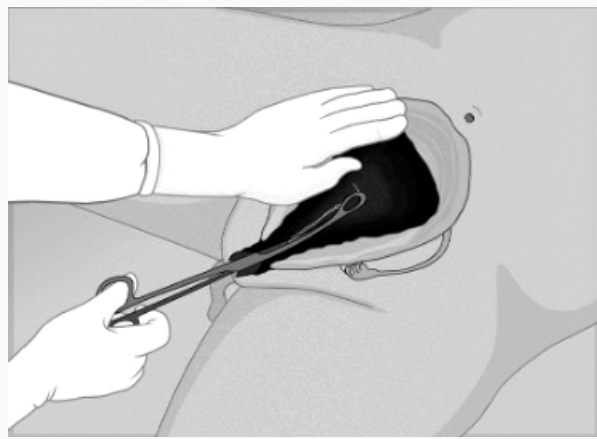
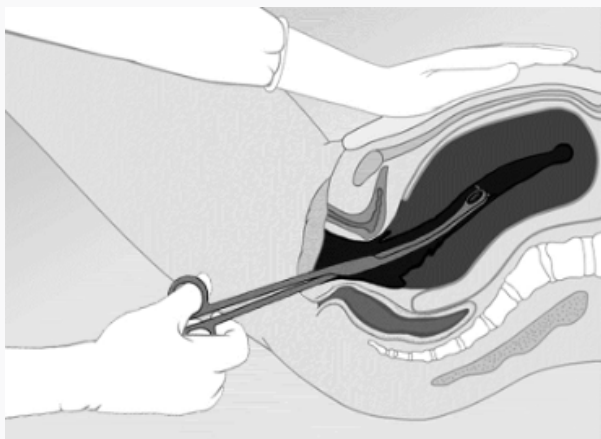
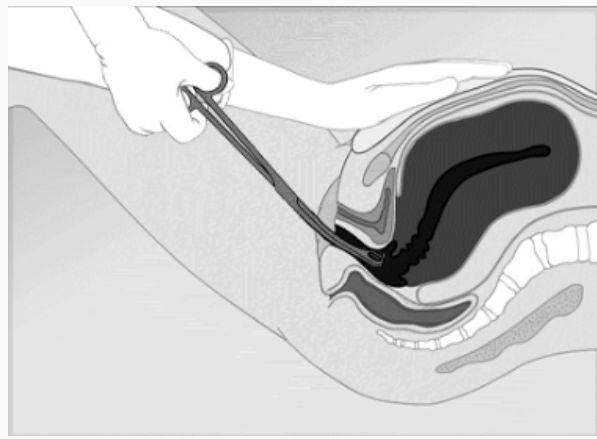
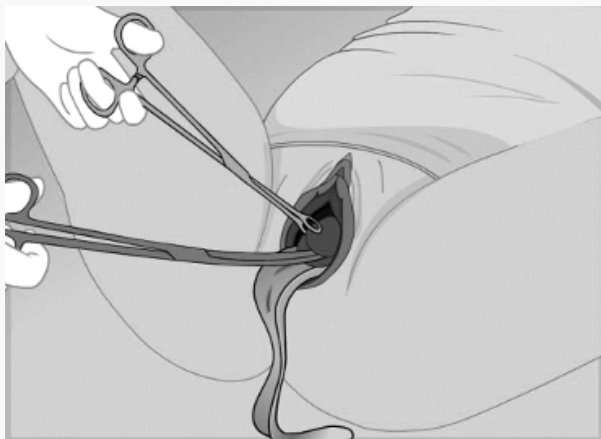


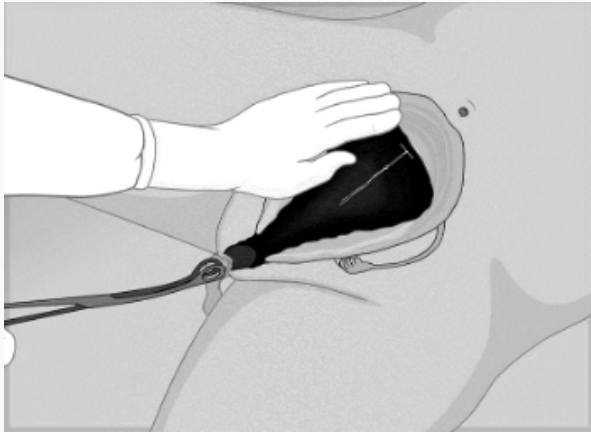
Anatomía del útero posparto. Fuente: United States Agency for International Development (USAID) y Family Planning Initiative ACCESS. (2010). Postpartum Intrauterine Contraceptive Device (PPIUD) Services. A reference manual for providers. Jhpiego Corporation, Maryland.

a) Técnica instrumental para la colocación del DIUPP:

1. Insertar con delicadeza el espejo SIMMS y visualizar el cuello uterino haciendo presión sobre la pared posterior de la vagina. (Nota: si el cuello uterino no se puede ver fácilmente, aplicar presión sobre el fondo para que el cuello uterino descienda y se pueda ver, no es estrictamente necesario la utilización del espejo de SIMMS o valva, si la pared vaginal posterior entorpece se puede descender suavemente con la mano).
2. Sostener delicadamente el labio anterior del cuello uterino con la pinza de anillos (se puede utilizar la misma con la que se limpió el cuello uterino y los bordes de la vagina).
3. Con la mano dominante, utilizar la pinza placentaria para sostener el DIU dentro del empaque esterilizado. Usar un instrumento lo suficientemente rígido para manipular el ángulo vagino-uterino, y lo suficientemente largo para llegar al fondo (pinza Kelly o de anillos larga).
4. Levantar suavemente el labio anterior del cuello uterino utilizando la pinza de anillo, para que permita la introducción de la pinza que lleva el DIU.
5. Tratando de no tocar las paredes de la vagina, insertar la pinza con el dispositivo a través del cuello uterino y hacia la cavidad uterina inferior. Mover delicadamente el DIU hacia el útero, hasta llegar a la pared posterior del segmento inferior del útero donde se produce una leve resistencia.
6. Sacar la pinza de anillos y lentamente retirarlas del cuello uterino; dejarla en el campo esterilizado.
7. Apoyar la mano libre sobre la pared abdominal y empujar el útero (en forma ascendente y luego descendente) en dirección hacia la cabeza de la mujer. Esta maniobra permite enderezar el segmento uterino bajo y el ángulo vagino-uterino para facilitar la inserción del DIU. Mantener la presión de la mano hasta el fin del procedimiento.
8. Progresar la pinza que sostiene el DIU delicadamente hasta sentir la resistencia del fondo uterino. Mantenerla cerrada hasta llegar al fondo. Abrir la pinza, para que quede el DIU en el fondo del útero, y desplazarla suavemente hacia el lateral.
9. Retirar la pinza manteniéndola abierta (DSSR, 2019).







Durante esta parte del procedimiento, se debe:

1. Tener cuidado de no aplicar excesiva fuerza (si no lo hace cuidadosamente, podría perforar la pared posterior del útero);
2. Siempre mantener el instrumento cerrado para que el DIU no se desprenda inadvertidamente en la porción media de la cavidad uterina.

IMPORTANTE: El manejo activo de la tercera etapa del parto debe realizarse. NO interfiere con la inserción del DIUPP.

b) Técnica manual para la colocación de DIUPP:

Para la inserción posplacenta manual, utilice guantes esterilizados (si es posible a la altura del codo).

1. Tomar y sostener el DIU por el eje vertical colocándolo entre los dedos índice y medio de la mano dominante.
2. Apoyar la mano no dominante sobre la pared abdominal y empujar el útero (en forma ascendente y luego descendente) en dirección hacia la cabeza de la mujer. Esta maniobra permite enderezar el segmento uterino bajo y el ángulo vagino-uterino para facilitar la inserción del DIU. Mantener la presión de mano hasta el fin del procedimiento.
3. Lentamente insertar la mano que sostiene el DIU moviéndola hacia la vagina y a través del cuello uterino. Limitar el nivel de exposición y contacto del DIU y las paredes vaginales.
4. Delicadamente mover la mano que sostiene el DIU en dirección ascendente hacia el fondo uterino (en ángulo con el ombligo), teniendo cuidado de seguir el contorno de la cavidad uterina.
5. Palpando el útero a través de la pared abdominal, confirmar que la mano abdominal que sostiene el DIU ha llegado al fondo.
6. Soltar el DIU en el fondo y suavemente retirar la mano del útero. Tener particular cuidado de no desprender el DIU cuando retire la mano.
7. Mantener la mano no dominante en su lugar para estabilizar el útero hasta que la otra mano salga completamente del útero.

c) Inserción intracésarea:

1. Luego de la cesárea, la persona debe permanecer en posición de litotomía. Por lo general, se recomienda la inserción manual ya que la/le/el profesional puede llegar fácilmente al fondo uterino.
2. Después de extraer la placenta: sostener el DIU entre los dedos índice y medio de la mano, pasarlo a través de la incisión uterina y colocarlo en el fondo del útero.

3. Lentamente retirar la mano, asegurando que el DIU se mantenga en el lugar apropiado.
4. Orientar los hilos del DIU hacia el OCI.
5. Cerrar la incisión uterina teniendo especial cuidado de no incorporar los hilos del DIU en la sutura.

Profilaxis antibiótica poscolocación de DIU:

No se recomienda administrar profilaxis antibiótica en la inserción de un DIU (grado de recomendación FUERTE) (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina, 2019).

7.14. Contraindicaciones de la colocación de DIUPP

(DSSR, 2019)

- Rotura de membranas de más de 18 horas.
- Signos de corioamnionitis.
- Hemorragia posparto no resuelta.
- Traumatismo genital extenso cuya reparación se interrumpiría con la colocación del DIU.

7.15. ¿Cuál es el seguimiento de la mujer o PCG con DIUPP colocado posevento obstétrico?

- Se deberá citar a la persona entre las 4-6 semanas de colocado el DIU.
- Instruir a la usuaria el probable descenso de los hilos, y que los mismos podrán ser visualizados a través del introito. Recomendar “no traccionar de los hilos”. Evaluar un dispositivo de atención para que las mujeres o PCG puedan acceder con la mayor celeridad, y se realice la especuloscopia y el recorte de hilos.
- 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, pero este no es un estudio de rutina.

En caso de requerirse rastreo ecográfico para valorar la posición intrauterina del DIU se recomienda valorar su distancia con respecto al orificio cervical interno (OCI), considerándose en correcta ubicación cuando el DIU se encuentre por encima del OCI, independientemente de la distancia al endometrio fúndico o a la serosa uterina (DSSR, 2019).

Tener en cuenta que los hilos inicialmente no serán visibles después de la inserción debido al tamaño del útero posparto. Usualmente, descenderán a través del cuello uterino hacia la vagina para cuando la persona tenga su visita de seguimiento (4-6 semanas). Sin embargo, el descenso de los hilos puede retrasarse o no producirse sin que esto afecte la efectividad del método. Solo es importante confirmar que el DIU no haya sido expulsado (DSSR, 2019; Blanchard et al., 2006).

7.16. Colocación de DIU posaborto

El inicio de una anticoncepción eficaz en el período inmediatamente posterior al aborto es importante, ya que la ovulación y la actividad sexual se reanudan rápidamente. La evidencia sugiere que más de la mitad de las mujeres o PCG habrán reanudado las relaciones sexuales dos semanas después del aborto y que el 15 % puede haber reanudado las relaciones sexuales en el plazo de una semana. Los estudios han demostrado que más del 80 % de las mujeres o PCG ovulan en el primer mes después del aborto y, por lo tanto, corren claramente el riesgo de otro embarazo en ausencia de un método anticonceptivo eficaz (Makins y Cameron, 2020).

Consideraciones

- Puede insertarse inmediatamente después de un aborto de primer o segundo trimestre sin complicaciones.
- La técnica de inserción no difiere de la colocación de DIU en el intervalo.
- El riesgo de complicaciones en la inserción posaborto (perforación, sangrado e infección) no es mayor que cuando se coloca posparto, siempre y cuando no se haya encontrado infección del cérvix o de la cavidad uterina y el útero se haya evacuado totalmente.
- Las tasas de expulsión son menores que en el posparto.
- En el caso de aborto séptico, está contraindicada la colocación inmediata posevacuación (Categoría 4 de la OMS) (DSSR, 2019).

TÉCNICA DE COLOCACIÓN

Consideraciones:

- No difiere de la colocación de DIU en el consultorio (ver DSSR, 2019).
- En algunos casos cuando la dilatación del cuello sea mayor, luego de la evacuación uterina, se puede considerar tomar el labio anterior de cuello uterino con una pinza menos traumáticas como una pinza Foester.
- Si se realizó un aspiración manual endouterina (AMEU) no es necesario utilizar histerómetro. La medición del útero puede realizarse con la última cánula de AMEU que se utilizó.

SEGUIMIENTO

Consideraciones:

- Las tasas de expulsión del dispositivo no difieren a las de colocación en el intervalo.
- Deben seguirse los mismos criterios de seguimiento (ver DSSR, 2019).

7.17. ¿Qué profesionales de la salud intervienen en el circuito de la colocación del DIU posevento obstétrico?

El marco regulatorio del país (incluida la responsabilidad ante litigios, los honorarios profesionales y la cobertura/reembolsos a las personas usuarias según el tipo de proveedor) es clave para entender las barreras al sistema de salud. En Alemania, la inserción del DIU la realizan solo gineco-obstetras.

En los Países Bajos también lo hacen médicas/es/os de familia y generalistas. En Suecia las/es/os profesionales en obstetricia proporcionan la mayor parte de los servicios (PBA SSR, 2017).

Concepto de task sharing o tareas compartidas:

Una de las estrategias sugeridas para sortear barreras de acceso es la ampliación en los roles de otros cuadros profesionales en la consejería y provisión de LARC.

La anticoncepción es una intervención económica y rentable, pero la escasez de personal sanitario y las políticas restrictivas sobre las funciones de agentes de salud no médicos limitan el acceso a métodos anticonceptivos eficaces en muchos entornos. Ampliar la provisión de métodos anticonceptivos por parte de más trabajadores de la salud puede mejorar significativamente el acceso a la anticoncepción para todas las personas y parejas. Las/es/os trabajadoras/es de la salud que proporcionen métodos anticonceptivos, se pueden desempeñar ya sea de forma individual o como parte de equipos dentro de las comunidades y/o instalaciones de atención médica dependiendo del MAC que se provea.

Se reconoce el reparto de tareas como una estrategia prometedora para abordar la crítica falta de trabajadoras/es de la salud para brindar atención reproductiva, materna y neonatal en países de bajos ingresos. El reparto de tareas está previsto para crear una distribución más racional de tareas y responsabilidades entre las personas que trabajan en la salud para mejorar el acceso y la rentabilidad (OMS, 2017).

7.18. Ventajas de la inserción de DIU posevento obstétrico

- Protección anticonceptiva efectiva a largo plazo.
- Puede insertarse inmediatamente en el post alumbramiento o posaborto.
- Realizar la inserción postprocedimiento parto, cesarea o AMEU produce mayor tolerancia al dolor
- No altera la cantidad ni calidad de la leche.
- Evita que las mujeres o PCG tengan que regresar a solicitar MAC.

7.19. Efectividad del dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. El riesgo de embarazo es muy similar entre el uso habitual y el uso correcto, ya que una vez colocado no depende prácticamente de la persona usuaria.

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

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

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 (DSSR, 2019).

7.20. Efectos adversos de la colocación de DIU-Cu

- **Aumento del sangrado menstrual y/o cambios en el patrón menstrual:** es un efecto secundario frecuente; puede producirse aumento en la cantidad o en la duración del sangrado. Con frecuencia, el sangrado disminuye después de los 3 a 6 meses de la inserción. El aumento del sangrado es uno de los principales motivos de extracción, especialmente dentro del primer año de uso (4 a 15 % de las personas usuarias). Es fundamental brindar un adecuado asesoramiento sobre este tema, antes de la colocación del dispositivo, para favorecer la continuidad de su uso. Una complicación asociada al aumento del sangrado menstrual es la anemia.
- **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. Por ello es importante controlar el DIU periódicamente.
- **Perforación uterina:** es una de las complicaciones más graves y está asociada a la inserción del dispositivo. Es muy infrecuente (aproximadamente 1 en 1000 inserciones) y está estrechamente relacionada con la habilidad de la persona profesional que lo coloca.
- **Dolor pelviano:** puede ser intramenstrual, intermenstrual o sin relación con el ciclo menstrual. Se realizará la valoración clínica para determinar su relación con el DIU y descartar otras etiologías.
- **Leucorrea:** descartada la causa infecciosa, dicha leucorrea se considerará debido al efecto del DIU sobre el endocérnix.
- **Infección poscolocación:** 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.

7.21. Consejos útiles para generar circuitos eficaces en pos de obtener el mayor impacto

Capacitar e informar sensibiliza a quienes son prestadores de salud en la problemática de los embarazos no intencionales, generando mayor empatía con las mujeres y PCG y por ende brindando una mejor calidad de atención.

- Establecer las personas integrantes del personal de salud que forman parte del circuito de la colocación posevento obstétrico en los puntos de contacto de la atención.
- Definir cuáles son los puntos de contacto de la atención (control prenatal, inicio trabajo de parto, puerperio, internación obstétrica por otra causa, consejería previa interrupción voluntaria del embarazo, internación para evacuación en segundo nivel, consulta posaborto) y reforzar la consejería en estas instancias.

- Capacitar a las personas que integran el equipo en consejería de DIU posevento obstétrico.
- Capacitar a todas las personas que integran el equipo (personal de enfermería, obstetricia, instrumentación) en consejería de DIU posalumbramiento en el control prenatal amplía el acceso.
- Identificar mediante una etiqueta visible en la historia clínica o carnet de control prenatal a las mujeres o PCG que solicitaron DIU en el momento del parto para que no sea pasado por alto por las/es/os demás profesionales.
- Capacitar a todas las personas que integran el equipo (personal de administración, enfermería, obstetricia, instrumentación, medicina) en consejería de DIU posaborto.
- Disponer de material, folletería con información complementaria a la consejería verbal para que la persona pueda leer en tranquilidad.
- Organizar un circuito de control de MAC luego del alta, con información por escrito, fecha y lugar del turno de control si corresponde.
- Equipar las salas de parto o bien lugares cercanos accesibles destinados al guardado de los dispositivos e instrumental de manera tal que facilite la colocación.
- Equipar los consultorios, quirófanos o lugar que se utiliza para realizar la evacuación uterina en situación de aborto.
- Registrar los servicios otorgados: se sugiere realizar un relevamiento de datos filiatorios y clínicos de las mujeres o PCG que han optado por DIU posevento. Digitalizar los mismos, realizar seguimiento y observar los resultados.

Derribar mitos

La capacitación con información clara, actualizada, basada en evidencia científica derriba mitos y barreras en la atención por parte de los profesionales de salud.

7.22. Implante subdérmico posevento obstétrico

Es un método anticonceptivo hormonal solo de progestágenos que se coloca debajo de la piel (subdérmico) en forma de cápsulas (o pequeños cilindros) de liberación prolongada que, según el tipo de implante, dura entre 3 y 7 años.

En la Argentina se comercializa un solo tipo de implante que contiene etonorgestrel. Este método anticonceptivo requiere ser colocado por una persona profesional entrenada. Se coloca mediante una pequeña incisión en la parte superior del brazo, con anestesia local (DSSR, 2019).

Son pequeñas varillas de plástico, cada una aproximadamente del tamaño de un fósforo, que liberan un progestágeno parecido a la progesterona natural presente en el cuerpo de la mujer. No contienen estrógenos, por lo que se pueden utilizar durante toda la lactancia materna y los pueden usar mujeres o PCG en las que no están indicados los métodos anticonceptivos con estrógenos (OPS, 2019).

Implanon®: implante de una varilla de 4 cm x 2 mm que contiene 68 mg etonorgestrel.

Duración: 3 años.



7.23. Mecanismo de acción del implante subdérmico

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



7.24. Efectividad del implante subdérmico

El que está disponible en la Argentina, dura 3 años. Su efectividad es muy alta y no depende de la persona usuaria.

Con el uso del implante se produce menos de 1 embarazo cada 100 personas usuarias (5 cada 10.000 en un año).

7.25. Indicaciones y contraindicaciones de la colocación implante subdérmico posevento obstétrico

- Casi todas las personas con capacidad de gestar pueden utilizar el implante de manera segura y eficaz.
- Al no contener estrógenos, puede ser usado por quienes no pueden usar métodos con estrógeno, y durante el posevento obstétrico inmediato, incluso si están amamantando.
- Al tratarse de un método anticonceptivo reversible de larga duración y, a diferencia del DIU, tener la ventaja de no colocarse en el útero, es un MAC que suele ser aceptado y elegido por adolescentes (DSSR, 2019).

- Para la mayoría de las mujeres o PCG y la mayoría de las afecciones médicas, los implantes pueden usarse bajo cualquier circunstancia (criterios de elegibilidad médica de la OMS, Categoría 1) o generalmente se usan (Categoría 2) (Jacobstein et al., 2014).

Los implantes son adecuados para mujeres o PCG de cualquier edad, paridad, estado civil o intención reproductiva (retrasar, espaciar o limitar), o para mujeres o PCG que han sufrido un aborto, están amamantando o viven con el VIH.

Categoría 3:

Situaciones en las que no se recomienda el uso de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados:

1. Cursando una trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
2. Presenta un episodio de cardiopatía isquémica o de ACV y estaba usando implantes.
3. Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando implantes.
4. Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años.
5. Si presenta una cirrosis severa descompensada.
6. Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.
7. LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
8. Sangrado vaginal de etiología desconocida antes de la evaluación.

Categoría 4:

Se contraindica el uso del método

1. Cáncer de mama actual

Posevento:

- Inmediatamente después del parto, o la cesárea, con o sin lactancia. No requiere método de respaldo.
- Inmediatamente después de un aborto espontáneo o IVE.
- En el proceso de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) puede colocarse incluso antes, en la consulta IVE. No requiere método de respaldo.

Consideraciones

- No está contraindicado para personas obesas.
- Puerperio-Lactancia:
Menos de 6 semanas: en el 2015, la OMS consideró esta cuestión y actualizó su orientación para permitir que la mujer o PCG use después del parto implantes de progestágeno solo, con independencia de cuán recientemente haya dado a luz. No necesita esperar hasta 6 semanas después del parto. Este cambio de la orientación también se aplica a las píldoras de progestágeno solo y al DIU-Lng (OPS, 2019).

Más de 6 semanas y con ciclos menstruales: colocar como se indica en mujeres con ciclos menstruales.

- Posaborto:

Aborto de primer o segundo trimestre, con o sin infección: inmediatamente.

Si pasaron más de 12 días, se puede colocar en cualquier momento si existe una razonable certeza de que la usuaria no está embarazada.

7.26. Técnica de colocación del implante subdérmico



Durante el procedimiento:

- Se recomienda explicar a la persona usuaria lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilizarla.
- Preguntarle si siente dolor o molestias durante el mismo.
- El implante disponible actualmente en la Argentina se presenta precargado en un aplicador estéril desechable, que está diseñado para ser manejado con una mano y facilitar la correcta inserción del implante por vía subcutánea.
- El implante debe ser insertado por vía subdérmica justo bajo la piel, en la cara interna de la parte superior del brazo evitando el canal (surco) entre los músculos bíceps y tríceps donde se encuentran los grandes vasos sanguíneos y los nervios del haz neurovascular más profundo en el tejido subcutáneo. La inserción debe realizarse en condiciones asépticas. Debe ser posible palpar el implante bajo la piel después de su colocación (DSSR, 2019).

Procedimiento:

- La paciente debe colocarse en posición supina y se le pide flexionar el brazo no dominante en un ángulo de 90° y girarlo hacia fuera, para facilitar el acceso a la cara interna.
- Previa realización de antisepsia en el área de inserción, se coloca un campo estéril bajo el brazo.
- Lo más frecuente es su colocación en los extremos distales, de 6 a 8 cm arriba del pliegue del codo.
- Se aplica lidocaína al 1 % en este sitio, y a lo largo del trayecto en que se insertará cada implante.
- Luego se efectúa la colocación de implante en la zona subdérmica.

POSICIÓN DE PACIENTE	Solicitar a la persona usuaria que se recueste de espaldas sobre la camilla con su brazo no dominante flexionado a la altura del codo y rotado externamente de manera que la muñeca esté en paralelo a la oreja o la mano colocada al lado de la cabeza.
IDENTIFICAR EL LUGAR DE INSERCIÓN	Cara interna de la parte superior del brazo no dominante, a unos 8-10 cm por encima del epicóndilo medio del húmero, evitando el canal (surco) entre los músculos bíceps y tríceps donde se encuentran los grandes vasos sanguíneos y los nervios del haz neurovascular más profundo en el tejido subcutáneo.
HACER DOS MARCAS	1) Marcar un punto donde se insertará el implante; 2) marcar un punto a pocos centímetros proximales de la primera marca, que servirá como guía de orientación durante el proceso de inserción.
ASEPSIA	Limpiar el lugar de inserción con una solución antiséptica, evaluando la necesidad de realizar un doble proceso de antisepsia.
ANESTESIA	En el lugar de inserción se puede colocar 2 ml de lidocaína 1 % justo debajo de la piel a lo largo del canal de inserción previsto.
EXTRAER DEL BLÍSTER EL APLICADOR ESTÉRIL PRECARGADO DESECHABLE DEL IMPLANTE	Con una mano sostener el aplicador desde la superficie granulada y quitar el tapón transparente de protección de la aguja deslizándolo horizontalmente hacia adelante. Se puede ver el color blanco del implante examinando la punta de la aguja.
COLOCACIÓN	No tocar el gatillo hasta que haya insertado plenamente la aguja por vía subdérmica, para evitar retraer la aguja y liberar prematuramente el implante del aplicador. Con la mano que tiene libre, estirar la piel alrededor del lugar de inserción con el pulgar y el dedo índice. Pinchar la piel ligeramente con la punta de la aguja en un ángulo menor de 30°. Bajar el aplicador a una

posición horizontal. Mientras que con la punta de la aguja se levanta la piel, deslizar la aguja en toda su longitud. Es posible sentir una ligera resistencia, pero no ejercer una fuerza excesiva. Si la aguja no se inserta en toda su longitud, el implante no estará correctamente insertado. Se recomienda estar sentada/e/o.

Es importante mantener el aplicador en la misma posición con la aguja insertada en toda su longitud, de ser necesario utilizar la mano libre para mantener el aplicador en la misma posición. Desbloquear el gatillo empujándolo ligeramente hacia abajo y luego deslizarlo completamente hacia atrás hasta que se detenga. De esta manera el implante pasará a su posición subdérmica final y la aguja quedará bloqueada en la misma posición durante este proceso o si el gatillo no se desliza completamente hacia atrás, el implante no estará insertado correctamente.

RETIRAR EL APLICADOR

VERIFICAR SIEMPRE MEDIANTE UNA PALPACIÓN LA PRESENCIA DEL IMPLANTE

Decirle a la persona usuaria que palpe también la presencia del implante subdérmico.

APLICAR UNA GASA ESTÉRIL CON UN VENDAJE COMPRESIVO PARA REDUCIR AL MÍNIMO LA POSIBILIDAD DE HEMATOMA

Mantener la zona cubierta por lo menos 24 horas.

EL APLICADOR ES DE UN SOLO USO Y DEBE DESECHARSE ADECUADAMENTE SEGÚN LA NORMATIVA PARA LA MANIPULACIÓN DE RESIDUOS BIOLÓGICOS PELIGROSOS

Completar la tarjeta de la persona usuaria y entregársela y realizar los registros según corresponda.

Profilaxis antibiótica: no es necesaria la profilaxis antibiótica para la colocación del implante subdérmico.

7.27. Complicaciones del implante subdérmico

Las complicaciones de este procedimiento son poco frecuentes, a saber:

- Infección en el lugar de la inserción (la mayoría de las infecciones se presentan en los 2 primeros meses después de la inserción).
- Extracción difícil (es raro si el implante se insertó correctamente y el proveedor tiene práctica en su extracción).
- Expulsión del implante (las expulsiones suelen ocurrir en los 4 primeros meses después de la inserción, son raras).
- Se han notificado unos cuantos casos de implantes que se encontraron en otro lugar del cuerpo (por ejemplo, en un vaso sanguíneo) debido a una inserción incorrecta (extremadamente raro) (OPS, 2019).

7.28. Importantes aclaraciones para las mujeres o PCG en la consejería

- Dejan de funcionar una vez retirados.
- Sus hormonas no permanecen en el cuerpo de la mujer o PCG.
- No causan ningún daño si detienen la menstruación. Es parecido a no tener la menstruación durante el embarazo.
- No provocan infertilidad a la mujer.
- No aumentan el riesgo de embarazo ectópico.

7.29. Técnica de extracción del implante subdérmico

Previo a la extracción: explicar en qué consiste el procedimiento de extracción, y cuáles son los cuidados inmediatos.

Durante el procedimiento: explicar a la persona usuaria lo que está sucediendo, paso a paso y tranquilizarla. Alertarla previamente a un paso que pueda causarle dolor o que pueda sorprenderla.

Técnica de extracción:

1. Verificar mediante palpación la localización exacta del implante en el brazo y marcar el extremo distal (extremo más cercano al codo).
2. Limpiar el lugar donde se realizará la incisión con antiséptico.
3. Anestesiarse el brazo, por ejemplo, con 0,5 a 1 ml de lidocaína 1% en la zona marcada para la incisión. Inyectar la anestesia local por debajo de la zona donde se encuentra el implante con el fin de mantenerlo cerca de la superficie de la piel.
4. Empujar hacia abajo el extremo proximal del implante para estabilizarlo; puede sobresalir una protuberancia que indica el extremo distal del implante.
5. Comenzando en la punta distal del implante, hacer una incisión longitudinal de 2 mm hacia el codo.
6. Empujar suavemente el implante hacia la incisión hasta que la punta sea visible.
7. Sujetar el implante preferentemente con pinzas curvas de mosquito y extraer el implante.

8. Si el implante está encapsulado, hacer una incisión en la vaina de tejido y extraer el implante con las pinzas.
9. Si la punta del implante no se hace visible tras la incisión, insertar suavemente una pinza en la incisión. Girar la pinza hacia su otra mano. Con un segundo par de pinzas diseccionar cuidadosamente el tejido alrededor del implante, sujetarlo y extraer entonces el implante.
10. Confirmar que se ha extraído la varilla completa, de 4 cm de largo, mediante la medición de la longitud.
11. Una vez extraído el implante, cerrar la incisión con un punto o aplicar una venda adhesiva. Mantener la zona cubierta al menos por 24 horas.
12. Aplicar un vendaje compresivo con una gasa estéril para prevenir la aparición de hematomas (DSSR, 2019).

7.30. Ventajas del uso de implante subdérmico

- Método anticonceptivo seguro para proteger contra el embarazo no intencional.
- Previene la enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino) sintomática.
- Pueden ayudar a evitar la anemia ferropénica.
- Reduce el riesgo de embarazo ectópico (OPS, 2019).

7.31. Efectos adversos del uso de implante subdérmico

Siempre es importante aclarar antes de colocar el implante:

- La aparición de algún efecto adverso no es signo de enfermedad.
- La falta de sangrado no significa que haya un embarazo.
- La mayoría de los efectos secundarios generalmente disminuyen o desaparecen en el transcurso del primer año.
- Aunque son frecuentes, algunas mujeres o PCG no los presentan.
- La persona usuaria puede volver a consultar si le molestan o preocupan los efectos secundarios o si tiene otras inquietudes.

Algunas personas usuarias refieren que han presentado (OPS, 2019):

1. Cambios en los patrones de sangrado.

Hasta 1 año después de su inserción:	Después de aproximadamente 1 año:
<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado más escaso y durante menos días. • Sangrado prolongado. • Sangrado irregular. • Sangrado infrecuente. • Amenorrea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado más escaso y durante menos días. • Sangrado irregular. • Sangrado infrecuente. • Amenorrea.

2. Cefaleas.
3. Dolor abdominal - aumento del tamaño de los folículos ováricos.
4. Acné (puede mejorar o empeorar).
5. Variación del peso.
6. Mayor sensibilidad en los senos.
7. Mareos.
8. Cambios del estado de ánimo.
9. Náuseas.

Efectos secundarios del implante subdérmico según frecuencia

(ASSE, 2018)

Los efectos secundarios constituyen los principales motivos de retiro del implante, principalmente los relacionados al sangrado menstrual, tanto la ausencia como el aumento del mismo, el aumento de peso y la cefalea (DSSR, 2019; DSSR, 2018).

Frecuencia	Efectos secundarios
Lo más frecuente	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de las características del sangrado menstrual habitual, variando desde la ausencia de sangrado en más o menos 20 % de los casos a sangrados prolongados y/o irregulares, cuya frecuencia suele disminuir al final del primer año. • Aparición, empeoramiento o mejoría del acné.
Menos frecuente	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de mamas (mastalgia) (9.1 %) • Dolor de cabeza (8.5 %) • Disminución del deseo sexual (libido) • Aparición de quistes de ovarios asintomáticos y funcionales que suelen desaparecer espontáneamente. • Dolor abdominal. • Cambios de humor. • Cambios de peso. • Mareos.
Infrecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Infección en el sitio de la inserción: la mayoría de las infecciones se presentan dentro de los primeros 2 meses de la inserción. • Expulsión del implante: ocurren en los primeros 4 meses después de la inserción. • Hematomas. • Prurito. • Rara vez puede producirse una introducción profunda o el desplazamiento del implante a otras zonas del brazo. • A veces puede resultar difícil retirar los implantes porque no son visibles o porque se encuentran más profundamente colocados.

7.32. Efectos adversos y sus tratamientos posibles

1. Cambios en el patrón de sangrado:

Un beneficio no anticonceptivo del implante es una disminución significativa de la dismenorrea. Sin embargo, los patrones de sangrado uterino con el uso de implantes anticonceptivos son impredecibles y se citan como una de las razones más comunes para la interrupción. En el análisis del estudio CHOICE, de 1.184 personas usuarias de implantes anticonceptivos, el 42 % informó una disminución de la frecuencia de hemorragia y el 35 % informó un aumento de la frecuencia de hemorragia a los 3 meses de uso; a los 6 meses, la frecuencia de hemorragia había disminuido en el 48 % de los usuarios y había aumentado en el 21 % de los usuarios.

- **El manchado o sangrado escaso**

Es frecuente con el uso de implantes, particularmente en el primer año, y no es nocivo.

En el caso de las mujeres o PCG con manchado o sangrado escaso persistente, o con sangrado tras un período de amenorrea, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos.

Si no se detecta ningún problema ginecológico y la persona desea recibir tratamiento, hay opciones con y sin hormonas disponibles:

- **Sin hormonas:** antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se puede considerar un ciclo de 5-7 días de medicación antiinflamatoria para las usuarias que experimentan sangrado irregular. Ejemplo: para lograr un alivio moderado y breve, 800 mg de ibuprofeno o 500 mg de ácido mefenámico 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, empezando cuando comience el sangrado irregular (OPS, 2019).
- **Con hormonas** (si se cumplen los requisitos médicos): etinilestradiol o anticonceptivo combinado oral (ACO) de dosis bajas. Las mujeres o PCG con sangrado molesto asociado a implantes que son médicamente elegibles para el tratamiento con estrógenos pueden recibir un ciclo de píldoras anticonceptivas orales combinadas de dosis baja por 2 a 3 ciclos.

Si la mujer o PCG no desea recibir tratamiento, o si el tratamiento no es eficaz, y no tolera el sangrado, se debe retirar el o los implantes y ayudarla a elegir otro método.

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

Si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer o PCG para que reciba atención.

Si no se detecta ningún problema ginecológico y la mujer o PCG desea recibir tratamiento, hay opciones con y sin hormonas disponibles:

- **Sin hormonas:** AINE o ácido tranexámico de 5 a 10 días.
- **Con hormonas (si se cumplen los requisitos médicos):** etinilestradiol o ACO.
Primera línea: uso de anticonceptivos combinados hasta 3 meses, progestágenos a altas

dosis hasta por 3 meses (ej AMP 20 mg), desogestrel 75 mg hasta 3 meses (AMAdA, 2019a).

Si la persona no desea recibir tratamiento, o si el tratamiento no es eficaz, y el sangrado se convierte en un riesgo para la salud o la persona no lo tolera, se debe retirar el o los implantes y ayudarla a elegir otro método (OMS, 2018).

- **Amenorrea**

Si no tiene la menstruación poco después de la inserción del implante, descarte el embarazo. Quizá ya estaba embarazada en el momento de la inserción. Si está embarazada, extraiga el implante.

La amenorrea no requiere ningún tratamiento clínico. Es suficiente con el asesoramiento. Si una mujer o PCG no tolera la amenorrea, se debe retirar el o los implantes y ayudarla a elegir otro método anticonceptivo (OMS, 2018).

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 (DSSR, 2019).

1 de cada 5 personas usuarias del implante experimenta amenorrea mientras que 1 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.

2. Cefaleas:

- Menos de 5 % de la discontinuación de los implantes es por esta causa, ya que los episodios son, por lo general, leves y transitorios (Montenegro-Pereira et al., 2005).
- Proponer la toma de ácido acetilsalicílico (325-650 mg), ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico. Se debe evaluar cualquier cefalea que empeore o aparezca con más frecuencia mientras se utilizan los implantes.

3. Dolor abdominal:

- Dado que los implantes no inhiben por completo el eje hipotálamo-hipófisis, la FSH fomenta el desarrollo de los folículos. El desarrollo folicular puede alcanzar más de 3 cm, hasta que los folículos se rompen espontáneamente.
- El dolor abdominal puede deberse a diversos problemas, como folículos ováricos agrandados o quistes.
- La mujer o PCG puede continuar usando los implantes durante su evaluación.
- No es necesario tratar los quistes o los folículos ováricos agrandados a menos que se produzca un aumento anormal de tamaño, su torsión o ruptura. Tranquilizar a la persona usuaria explicándole que suelen desaparecer por sí solos. Para asegurarse de que el problema se está resolviendo, vuelva a verla en 6 semanas, si es posible (OPS, 2019).

4. Acné:

- Es un posible efecto secundario de todos los tipos de anticonceptivos, ya que éstos disminuyen

la globulina fijadora de hormona sexual, esto aumenta los andrógenos libres. En diversos estudios se ha reportado su presencia entre 3-27 %.

- Si la persona usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido al acné, puede considerar el uso de ACO en lugar de los implantes.

5. Variación del peso:

- Analice la alimentación de la persona usuaria y asesore según corresponda.
- El cambio de peso es el segundo efecto más frecuente de los implantes, prácticamente todos los estudios muestran un aumento de peso.
- La mayoría de la evidencia mostró un incremento entre 0.4-1.5 kg al año, hasta 2.5 kg en mujeres chinas y 2.6-3.3 kg en mujeres adolescentes estadounidenses. Dentro de las causas de aumento de peso se han propuesto: el efecto androgénico de la progestina en uso, una retención de líquidos (que es improbable) y la última, un cambio en el metabolismo basal. Causas que no son muy diferentes de lo que ocurre con otros métodos anticonceptivos (Montenegro-Pereira et al., 2005).

6. Mayor sensibilidad en los senos:

- Se recomienda que use un corpiño de soporte (incluso durante la actividad intensa y al dormir).
- Indicar la prueba de uso de compresas calientes o frías.
- Proponer que tome ácido acetilsalicílico (325-650 mg), ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico.
- Considerar medicación disponible localmente.

7. Cambios del estado de ánimo o cambios del deseo sexual:

- Preguntar sobre cambios que se hayan producido en su vida y que puedan afectar a su estado de ánimo o a su deseo sexual, incluidos los cambios en la relación con su pareja. Dar apoyo según corresponda.
- Las personas usuarias que presentan cambios graves del estado de ánimo, tales como la depresión mayor, deben ser remitidas a otro servicio para que reciban la atención correspondiente.
- Considere medicación disponible localmente.

8. Náuseas o mareos:

- Considere medicación disponible localmente.

7.33. Beneficios de la colocación de implante subdérmico en el momento de la consejería de IVE/ILE

Consideraciones

- Después de un aborto, es mucho más probable que una mujer o PCG decida usar un método anticonceptivo, en especial uno de larga duración: sin embargo, cuando el inicio se difiere al día del

control una o dos semanas después, o incluso hasta la próxima menstruación, aproximadamente el 45 % de mujeres o PCG no regresan y, por lo tanto, tienen mayor probabilidad de un nuevo embarazo no deseado durante el año siguiente (Ardila Torres y Castillo Espitia, 2018).

- El inicio inmediato de un método anticonceptivo el día que se solicita, sin esperar la próxima menstruación, ha demostrado ser una práctica segura que resulta en mayor aceptación, satisfacción y continuación del método.
- La situación particular de posaborto no contraindica ningún método anticonceptivo. Por lo tanto, luego de un aborto, la persona puede usar el método anticonceptivo que elija, previa consejería y con base en los criterios de elegibilidad de la OMS.

El implante subdérmico puede colocarse el mismo día en que se inicia la interrupción del embarazo con comprimidos de misoprostol o el día en que se realiza un AMEU.

- Después de un aborto por aspiración endouterina (AMEU) o por dilatación y evacuación (DyE), los anticonceptivos hormonales y no hormonales, incluidas la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización femenina, se pueden iniciar inmediatamente.
- Los métodos hormonales, tales como píldoras, parches, anillos, inyectables e implantes, se pueden iniciar el mismo día que se inicia la primera tableta de misoprostol (Ipas, 2020).
- La inserción del implante anticonceptivo el mismo día que el aborto inducido o espontáneo en el primer o segundo trimestre debe ofrecerse de forma rutinaria como una opción anticonceptiva segura y eficaz. Además, la inserción el mismo día elimina la necesidad de una visita adicional que no se programaría de manera rutinaria para el seguimiento posaborto (ACOG, 2018).
- Las mujeres y PCG que reciben la colocación de implantes posaborto inmediato no tienen cambios estadísticamente significativos en el riesgo de interrupción al año, en comparación con las mujeres o PCG que lo reciben la colocación de intervalo. (Mark et al., 2013).

Si se realiza la inserción del DIU-Lng a partir de los 45 años con indicación anticonceptiva, se puede continuar su uso hasta 7 años.

7.34. Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-Lng)

- Es un dispositivo en forma de T que se coloca en el interior del útero, libera una sustancia llamada levonorgestrel, en forma constante, durante un período de 5 años (DSSR, 2019).
- Es un método anticonceptivo reversible de larga duración (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, al generar atrofia del endometrio.
- Se liberan 20ug por día de Lng directamente en la cavidad uterina.

7.35. Mecanismo de acción del DIU-Lng

Mecanismo de acción del DIU-Lng

- Genera cambios en el moco cervical que impide el ascenso de los espermatocitos
- Evita la proliferación del endometrio

La reducción gradual del grosor endometrial y la conversión del endometrio funcional a un estado de reposo resistente a la estimulación estrogénica genera la disminución gradual de la pérdida sanguínea menstrual. El levonorgestrel también puede inhibir la ovulación durante los primeros ciclos poscolocación, dado que los niveles de levonorgestrel son más altos, pero su interferencia con la función ovárica es mínima.

7.36. Eficacia del DIU-Lng

Son altamente efectivos ya que su eficacia no depende prácticamente de la intervención de la persona usuaria, siendo casi igual el uso habitual del correcto (0,2 embarazos cada 100 mujeres/año).

El efecto anticonceptivo dura 5 años.

7.37. Indicaciones del uso de DIU-Lng posevento obstétrico

- El DIU-Lng es actualmente utilizado para anticoncepción y para el tratamiento de las hemorragias uterinas disfuncionales, entre otros usos. Su ventaja sobre el DIU consiste en que reduce la pérdida de sangre; comparado con los progestágenos orales, presenta mínima absorción sistémica, con menor cantidad de efectos colaterales (GPBA, 2015).
- En general, la mayoría de las personas con útero pueden utilizar el DIU-Lng como método anticonceptivo en forma segura. Sus principales ventajas son la alta eficacia anticonceptiva de acción prolongada y reversible, y la posibilidad de reducir el sangrado.
- Tanto el dispositivo intrauterino de cobre T380A (DIU) como el DIU-Lng pueden insertarse inmediatamente después del parto vaginal o cesárea, sin riesgo aumentado de infección, perforación uterina, sangrado o subinvolución uterina (Kapp et al., 2009), pero sí se asocia a un aumento de expulsión (Vargas Mora y Estrada Rodríguez, 2013).

Mujeres en el puerperio inmediato y menos de 4 semanas posevento:

48 H POSPARTO

Puede insertarse un DIU-Lng, incluso inmediatamente después del alumbramiento (< 10 minutos)

Si el parto es por cesárea, se coloca luego del alumbramiento antes de cerrar el útero.



ENTRE 48 H Y 4 SEMANAS

El uso del DIU-Lng, generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (Categoría 3- CME)



SEPSIS PUERPERAL

NO se les debe insertar un DIU-Lng a las mujeres que presentan sepsis puerperal (Categoría 4- CME)

Mujeres o PCG en el puerperio con más de 4 semanas:

CUATRO O MÁS SEMANAS DE PUERPERIO Y AMENORREA

- Mujeres o PCG que están amamantando: puede insertarse un DIU-Lng si se tiene la certeza razonable de que la mujer o PCG no está embarazada. No hace falta ninguna forma adicional de anticoncepción.
- Mujeres o PCG que no están amamantando: puede insertarse un DIU-Lng si puede determinarse que la mujer o PCG no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

CUATRO O MÁS SEMANAS DE PUERPERIO Y CON RETORNO DE LOS CICLOS MENSTRUALES

Puede insertarse un DIU-Lng tal como se recomienda para otras mujeres o PCG que tienen ciclos menstruales.

7.38. Técnica de colocación de DIU-Lng

Consideraciones

- La inserción de dispositivos intrauterinos es un procedimiento seguro y con bajas tasas de complicaciones.
- La tasa de expulsión es más alta cuando se colocan en el puerperio inmediato, sin embargo esto puede minimizarse con un adecuado entrenamiento en la técnica de inserción posparto.
- A pesar de que se recomienda su colocación luego de la semana 6 de puerperio, insertarlo en el puerperio inmediato es una intervención válida y eficaz en pacientes que posiblemente no regresen a una asesoría en planificación diferida.
- La técnica de colocación del DIU-Lng es la misma que para el DIU T-Cu (ver colocación DIUPP, punto 7.10) solo que, en este caso, el dispositivo debe ser extraído del tubo aplicador.

7.39. Colocación de DIU-Lng posaborto

Consideraciones

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

7.40. Contraindicaciones

El DIU-Lng comparte, para las diferentes categorías, algunos criterios con el DIU de cobre y otros con los anticonceptivos solo de progestágeno (ASP). Para su inserción posparto comparte las mismas contraindicaciones que el DIU-Cu.

CATEGORÍA 3 según los criterios de elegibilidad de la OMS. Situaciones en las que no se recomienda el uso de este método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptados:

- Entre 48 horas y cuatro semanas después del parto.
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna, con niveles reducidos o indetectables de B-hCG.
- Cáncer de ovario
- Alto riesgo de infecciones de transmisión sexual: si la usuaria tiene prácticas sexuales que la exponen a ITS, y no usa preservativo, se considera categoría 2 o 3 dependiendo de la situación singular.
- TBC pélvica para la continuación.
- Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) para el inicio.
- Cursando una trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta un episodio de cardiopatía isquémica y estaba usando DIU-Lng (continuación).
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando DIU-Lng (continuación).
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años.
- Si presenta una cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.

CATEGORÍA 4 según criterios de elegibilidad de la OMS. Se contraindica el método en casos de:

- Embarazo confirmado o sospecha.
- Sepsis puerperal
- Inmediatamente posaborto séptico.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada, antes de la evaluación.
- Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles persistentemente elevados de B-hCG o enfermedad maligna.
- Cáncer cervical para el inicio.
- Cáncer endometrial para el inicio.
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina.
- Anormalidades anatómicas que distorsionen la cavidad uterina.
- EPI actual para el inicio.
- Cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonococo para el inicio.
- TBC pélvica para el inicio.
- Cáncer de mama actual.

7.41. Efectos adversos del DIU-Lng

- **Alteraciones del sangrado:** son comunes, pero no son perjudiciales para la salud. Es muy importante conversar con la persona usuaria sobre estos posibles efectos secundarios previo a la colocación. En general, los cambios suelen consistir en sangrados más leve y de menos días de duración, o sangrado infrecuente o irregular e incluso amenorrea. Aclarar, por ejemplo, que esto “no es malo” y que “la sangre no se acumula en su cuerpo”.
- **Amenorrea:** el DIU-Lng produce amenorrea en el 50 % de las usuarias a los 2 años de uso.
- **Goteo persistente:** se trata de un goteo escaso y persistente que suele presentarse en los primeros meses después de la colocación. Suele disminuir con el tiempo. Cuando el sangrado es muy prolongado o molesto, puede intentarse tratamiento con ACO de baja dosis (de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad) de manera cíclica o continua durante 3 meses. Frente a una mujer o PCG que utiliza DIU-Lng y que presenta de manera repentina una hemorragia uterina anormal, debe ser evaluada de forma similar a quienes no se encuentran utilizando este método, y los diagnósticos diferenciales son los mismos, incluyendo embarazo y la neoplasia ginecológica.
- **Tensión mamaria:** es un efecto adverso raro.
- **Cambios en el humor, retención de líquido, acné:** son efectos adversos muy poco frecuentes.
- **Aparición de quistes foliculares ováricos:** suelen aparecer en los primeros ciclos poscolocación. La mayoría son asintomáticos y se reabsorben espontáneamente.

7.42. Ventajas del uso de DIU de Lng posevento obstétrico

(OPS, 2019)

- Anticoncepción: protege contra el embarazo no deseado.
- Previene la anemia ferropénica al disminuir el sangrado menstrual.
- Reducen la dismenorrea, y los síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular).
- Reduce el riesgo de embarazo ectópico.
- Pueden ayudar a proteger contra el cáncer endometrial y el cáncer cervicouterino.

7.43. Probables complicaciones

- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) si al momento de la colocación la persona usuaria presenta una infección por clamidia o gonococo (raro).
- Raras: perforación de la pared del útero por el DIU-Lng o por algún instrumento utilizado para insertarlo. Generalmente cicatriza sin tratamiento.
- Muy raras: aborto espontáneo, parto prematuro o infección, en el caso muy raro de que la mujer o PCG quede embarazada mientras tiene colocado el DIU-Lng.

7.44. DIU-Lng y lactancia

Consideraciones

- La anticoncepción con solo gestágeno no afecta el inicio de la lactancia, ni parece alterar la cantidad o calidad (entendida como concentraciones de proteínas, lactosa o grasas) de la leche humana, sin importar la vía de administración.
- Si bien se excretan progestágenos en pequeñas cantidades en la leche, en los estudios efectuados hasta la fecha no se han observado efectos adversos respecto del crecimiento ni el desarrollo a corto y mediano plazo de los lactantes expuestos.
- La OMS asigna Categoría 3 en las primeras 6 semanas posparto y Categoría 2 a partir de las seis semanas.
- Cuando el acceso al sistema de salud es difícil o limitado, es decir, en ausencia de control materno en el posparto y cuarentena, la OMS otorga, también, la clasificación 2 al uso en el posparto inmediato, porque en ese caso el riesgo de morbilidad y mortalidad materna es más elevado, sobre todo en caso de un nuevo embarazo (Valdés-Bango y Castelo-Branco, 2020).
- Debido a que se cree que la abstinencia de progesterona después de la expulsión de la placenta desencadena la aparición de lactogénesis, existen preocupaciones teóricas de que la progesterona exógena, como la progestina en los DIU o implantes hormonales, podría prevenir el inicio de la producción de leche. Aunque los datos a largo plazo son limitados, los estudios observacionales de anticonceptivos de progestina sola sugieren que no tienen ningún efecto sobre el inicio y la continuación exitosos de la lactancia materna (ACOG, 2016).

8. ANTICONCEPCIÓN INMEDIATA POSEVENTO OBSTÉTRICO CON MÉTODOS DE CORTA DURACIÓN (SARC)

8.1. Beneficios de los SARC

Se debe considerar que existen ciertas condiciones clínicas que precisan de MAC hormonales para su tratamiento, no pueden negarse los amplios beneficios no contraceptivos de los SARC. Se pueden citar la reducción del riesgo de cáncer de ovario y endometrio, y en menor medida de colon, mejoría de dolor pelviano y dismenorrea, así como su uso en endometriosis, mejoría del síndrome premenstrual, y síntomas relacionados, uso como tratamiento en casos de acné y síndrome de ovario poliquístico. Asimismo se destaca la reducción del sangrado menstrual que acompaña a la gran mayoría de los esquemas hormonales, siendo mayor en algunos esquemas como el multifásico con valerato de estradiol y dienogest (AMAda, 2019a).

Se debe trabajar en mejorar la adherencia en los SARC, ya que los mismos presentan buena eficacia con su uso correcto.

Si bien en la AIPEO lo ideal es realizar consejería en LARC, en algunas circunstancias, cuando la persona lo desee o bien si no existe disponibilidad, es necesario realizar la consejería en SARC y mejorar su adherencia.

8.2. ¿Cuáles son los SARC?

Tabla 3: SARC (Short Acting Reversible Contraception, por sus siglas en inglés). Métodos de corta duración

COMPOSICIÓN HORMONAL	TIPO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	PRINCIPAL MECANISMO DE ACCIÓN	¿SE PUEDE UTILIZAR PUERPERIO?	¿SE PUEDE UTILIZAR EN POSABORTO?
Estrógeno + Progestágeno	Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)	Anticonceptivos combinados orales (ACO) Anticonceptivo combinado inyectable mensual (ACI) Anillos vaginales* Parches dérmicos	Anovulación	Luego de 21 días posparto y solo si la mujer o PCG no desea amamantar	Si inmediatamente posevacuación o al día siguiente. Válido para el aborto de primer o segundo trimestre

COMPOSICIÓN HORMONAL	TIPO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	PRINCIPAL MECANISMO DE ACCIÓN	¿SE PUEDE UTILIZAR PUERPERIO?	¿SE PUEDE UTILIZAR EN POSABORTO?
Progestágeno	Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos	Oral (levonorgestrel/linestrenol) **	Alteración moco cervical	Sí, si se inicia 21 días después incluso Indicado en mujeres o PCG que desean amamantar	Sí, inmediatamente posevación o al día siguiente, aunque debido a la disminución de la eficacia por los olvidos se recomiendan los AHC si estos no presentan contraindicaciones. Válido para el aborto de primer o segundo trimestre.
		Oral (desogestrel***, drospirenona)	Anovulación	Sí, si se inicia 21 días después incluso Indicado en mujeres o PCG que desean amamantar	
		Inyectable trimestral (AMPD)****	Anovulación	Según la OMS es categoría 3 para aplicarlo antes del alta. Según criterios del Reino Unido (2016) y CDC (2016) categoría 2. Se debe evaluar la situación de cada paciente en particular, ventajas y desventajas del método.	

*** Anillo vaginal:**

Su uso luego del aborto puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales tanto para abortos del primer o segundo trimestre. Recomendar no iniciar relaciones sexuales con penetración vaginal mientras dure el sangrado. Por eso al iniciar el uso del anillo deberá usar protección adicional (preservativo) durante 7 días.

**** Minipíldora (levonorgestrel/linestrenol):**

Al ser un método anticonceptivo no anovulatorio se recomienda asociarlo a MELA (método de lactancia y amenorrea) y reemplazarlo por uno anovulatorio cuando alguna de las condiciones de MELA se modifica. (Ver capítulo 8.10)

***** Desogestrel:**

Puede continuarse su uso si la lactancia no es exclusiva o con la aparición de la menstruación.

****** Inyectable trimestral:**

Existen recomendaciones para su uso posalumbramiento y en mujeres que desean amamantar.

Su uso en menores de 18 años (que todavía no han completado el pico de masa ósea) debe hacerse luego de haber considerado otras opciones.

En las mujeres o PCG que presentan otros factores de riesgo para osteoporosis, se recomienda considerar otras opciones.

Si bien no hay un límite de edad para el uso del inyectable trimestral, a las mujeres o PCG mayores de 50 años, generalmente se les recomienda cambiar por otros métodos.

8.3. Modalidad de provisión recomendada para facilitar el acceso a las pastillas y los inyectables mensuales y trimestrales

- Al momento de iniciar el tratamiento, la prescripción del método debe ser realizada por un/a/e profesional en medicina, quien debe registrar el producto indicado en la historia de salud integral, lo que garantiza que otras/es/os integrantes del equipo de salud puedan continuar las daciones.
- Se recomienda al inicio entregar insumos que cubran el uso por dos o tres ciclos para evaluar aceptabilidad y adherencia.
- Es conveniente sugerir a la persona que vuelva en 2 o 3 ciclos de uso para compartir dificultades en el uso correcto del método y posibles efectos secundarios. Hacerlo de este modo –sin usar la entrega del método como forma de asegurar la concurrencia a una nueva consulta– puede ser una buena oportunidad de construcción de un vínculo de confianza que estimule la autonomía.

- Una vez que la persona presenta adherencia al método, se recomienda entregar la cantidad de tratamientos necesarios para brindarle cobertura anticonceptiva por un plazo mínimo de entre tres y seis meses. Esta estrategia mejora la adhesión al método y aumenta sus niveles de autonomía.
- En el caso de los inyectables, se recomienda entregar junto con las dosis la orden médica de aplicación para que la mujer o PCG tenga la alternativa de colocarse el inyectable en otro establecimiento de salud, en una farmacia u otras opciones.
- Todas las personas integrantes del equipo que participan de las acciones en salud sexual y reproductiva están en condiciones de realizar la dispensa de pastillas e inyectables, consignando siempre la entrega en la historia de salud integral, lo que permite un monitoreo adecuado de los tratamientos entregados (GCBA, 2021).
- Deben registrarse todos los insumos de la DSSR en los formularios correspondientes establecidos por la misma. Sin embargo, el registro nunca puede representar una barrera de acceso a la entrega del método anticonceptivo (DSSR, 2019).

8.4. Consejería en SARC luego del nacimiento

La situación de periparto es un momento especial para la persona gestante y su grupo de pertenencia, donde el foco está puesto en la adaptación a la nueva situación personal familiar. Por ese motivo, la consejería debe adaptarse en modalidad y tiempos al contexto de la internación.

Aún en la internación, la consejería requiere de un ambiente privado, íntimo y confidencial donde se considere la opinión y puntos de vista individuales de la mujer o PCG propiciando que tome sus propias decisiones en forma autónoma, consciente e informada (DSSR, 2019).

Aspectos importantes a trabajar en la consejería del periparto:

- Conversar sobre la conveniencia de espaciar los embarazos, y brindar información sobre los riesgos asociados a un nuevo embarazo.
- Estimular la lactancia.
- Informar que no necesita discontinuar la lactancia para poder comenzar el uso de un método anticonceptivo hormonal. Dar información clara sobre el mecanismo de acción de los métodos y su relación con la leche humana.
- Explicar que la amenorrea está asociada a un alto grado de protección contra el embarazo, pero solo en las situaciones en que se sostiene la lactancia exclusiva y que aún no se menstrúa. Antes de que le/el bebé comience a incorporar alimentos, es conveniente haber decidido con qué método continuar, si es que está usando un método que se relacione con la amenorrea por lactancia.
- Remarcar que el riesgo de embarazo aumenta con la primera menstruación posparto, con la introducción de alimentos o bebidas suplementarios en la dieta del/la/le bebé y con intervalos prolongados entre mamadas (intervalo de 10 horas) (DSSR, 2019).

Antes del alta

Es importante brindar información sobre los lugares donde continuar con la atención en salud sexual y salud reproductiva, y acceder a la entrega periódica de métodos anticonceptivos, incluir una nota de contrarreferencia. Con este fin, es de suma utilidad contar con folletería, dar la información también por escrito o incluirla en la libreta sanitaria. Para esto es necesario que el equipo de salud cuente con información actualizada de los efectores que prestan servicios en salud sexual y salud reproductiva cercanos a domicilio de la persona usuaria, si es posible con horarios de atención y modos de acceso (turno espontáneo, programado, derivación, etc.).

8.5. Consejería en SARC en situación de aborto

- Luego de un aborto las mujeres o PCG pueden comenzar con un SARC de manera inmediata.
- La elección del SARC se debe realizar teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS.
- Pueden utilizarse todos los métodos anticonceptivos hormonales que se encuentran dentro de las categorías 1 y 2 de los criterios de elegibilidad de la OMS.
- Generalmente, la mayoría de los métodos anticonceptivos se pueden iniciar inmediatamente después de un aborto médico o quirúrgico, de primer o segundo trimestre, excepto aquellos basados en el conocimiento de la fertilidad que deben comenzarse luego de la primera menstruación posterior al aborto (OMS, 2015).

8.6. Riesgo de tromboembolismo con los distintos métodos hormonales

- El uso de anticonceptivos hormonales orales combinados se asocia con un aumento del riesgo de sufrir un evento tromboembólico venoso. La magnitud en términos relativos de este riesgo depende del tipo de gestágeno y de la dosis de etinilestradiol (Stegeman et al., 2013).
- Aquellos anticonceptivos que contienen levonorgestrel, noretisterona o norgestimato como progestágenos presentan un riesgo más bajo (AEMPS, 2013). Se destaca la importancia de informar a las personas usuarias sobre el beneficio derivado del uso de estos anticonceptivos y del riesgo en términos absolutos de tromboembolismo, así como de los signos y síntomas de alerta que permitan su diagnóstico precoz (AEMPS, 2013).
- Los anticonceptivos de solo gestágeno en su conjunto no aumentan el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en comparación con las no usuarias de anticonceptivos. Los limitados datos disponibles sobre los anticonceptivos inyectables de solo gestágeno han mostrado con calidad baja una asociación con el doble de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa comparado con las mujeres no usuarias (Mantha et al., 2012).

Tabla de riesgo de TEV con los distintos progestagenos

	Riesgo relativo de ETV	Riesgo en términos absolutos por cada 10000 mujeres o PCG/año	
No usuarias - No embarazadas		2.3(3 a 13.3)	2+
Levonorgestrel	1	8.0(5.2-11.7)	5 a 7+
Gestodeno	1.33(1.08-1.63)	10.6(6.09-15.6)	9 a 12+
Desogestrel	1.93(1.31-2.85)	15.4(10.0-22.5)	9 a 12+
Drospirenona	1.67(1.10-2.55)	13.3(7.02-24.4)	9 a 12+
Acetato de ciproterona	1.65(1.30-2.11)	13.1(8.6-19.3)	
Embarazadas		29.4(6.0-82.0)	

Fuentes: Tepper et al., 2013a; Tepper et al., 2013b; Tepper et al., 2013c.

8.7. Recomendaciones antes de indicar un AHC o gestágeno solo

Buena práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> Antes de prescribir un determinado anticonceptivo se sugiere realizar una historia clínica que incluya una anamnesis detallada para identificar a mujeres o PCG con factores de riesgo y antecedentes patológicos que contraindiquen su uso, de acuerdo con los diferentes criterios de elegibilidad disponibles.
Fuerte	<ul style="list-style-type: none"> Antes de prescribir un anticonceptivo hormonal combinado o un inyectable de solo gestágenos se recomienda tomar la presión arterial y calcular el índice de masa corporal.
Débil	<ul style="list-style-type: none"> Se sugiere no realizar de manera rutinaria una exploración ginecológica ni mamaria, o una citología, antes de prescribir un anticonceptivo.

Fuentes: Tepper et al., 2013a; Tepper et al., 2013b; Tepper et al., 2013c.

8.8. Manejo de las alteraciones del patrón de sangrado en anticoncepción hormonal

- Antes de iniciar el tratamiento con un anticonceptivo hormonal debe informarse a la persona usuaria de la modificación en su patrón de sangrado.
- La modificación del patrón del sangrado puede ser habitual al inicio del uso del método, y tiende a desaparecer con su uso continuado.
- En el proceso de elección de un anticonceptivo hormonal debe realizarse una anamnesis orientada a identificar factores de riesgo u otras situaciones que permitan anticipar alteraciones en el patrón de sangrado.

- En usuarias de inyectable se sugiere que ante la persistencia del sangrado, y en ausencia de problemas ginecológicos, se trate con antiinflamatorios no esteroideos. En caso de sangrado frecuente o prolongado se sugiere un tratamiento con anticonceptivos combinados o estrógenos en dosis bajas.
- En usuarias de anticonceptivos hormonales combinados se sugiere que ante la persistencia del sangrado, y en ausencia de problemas ginecológicos, se interrumpa el tratamiento durante 3-4 días consecutivos. Estos días de descanso del anticonceptivo, no están indicados en los primeros 21 días de uso del método hormonal combinado en ciclos extendidos, ni está indicado realizarlos en más de una ocasión en el mismo mes, ya que el anticonceptivo puede reducir su eficacia (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2019).

8.9. Método de barrera: preservativos en AIPEO

Los preservativos y geles lubricantes deben entregarse a quien los solicite, sin distinción de edad, género ni ninguna otra condición. Con el uso de cualquier MAC, debe reforzarse la utilidad del doble método para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Hacer fundamental hincapié en la población adolescente.

- Demostración del uso correcto del preservativo (no dar por sentado que la población lo conoce) y pautas para la negociación del uso del preservativo con la pareja sexual. El preservativo es el único método que brinda protección anticonceptiva y contra el VIH y algunas ITS.
- Reforzar la información sobre la necesidad de usar lubricantes de base acuosa para no alterar el látex.
- Destacar la importancia de incorporarlos durante prácticas sexuales con poca lubricación para generar mayor satisfacción y, consecuentemente, facilitar la continuidad en el uso del método (adherencia).
- De ser necesario, por el tipo de prácticas sexuales que refiera la persona usuaria, se explicará el concepto del campo de látex y cómo puede confeccionarse a partir de un preservativo peneano. El campo de látex está destinado a disminuir el riesgo de transmisión de infecciones sexuales.
- La entrega de preservativos y gel lubricante es gratuita en hospitales y centros de salud del subsistema público, así como en todas las “bocas” o puestos de distribución que existen en el nivel comunitario y que se abastecen de los preservativos y geles provistos por el Ministerio de Salud.
- No requieren receta para su entrega.
- No debe solicitarse DNI ni otra identificación.
- No se requiere consentimiento de los padres, madres o tutores para la provisión de preservativos a adolescentes.
- Se recomienda implementar en cada establecimiento sanitario o sitio comunitario tres estrategias simultáneas para la dispensa de preservativos y gel lubricante:
 - Dispenser en lugares públicos que faciliten la visualización del recurso disponible (por ejemplo, salas de espera).

- Dispenser en lugares más privados como consultorios o rincones “fuera de la vista”, para minimizar los riesgos de que las personas no los retiren “por vergüenza a ser vistos”.
- Oferta activa por parte de integrantes del equipo de salud.

Junto a los preservativos puede ofrecerse anticoncepción hormonal de emergencia, también sin distinción de edad o género, para que la persona pueda disponer rápidamente de ella ante cualquier urgencia.

8.10. Método de lactancia y amenorrea (MELA)

- Es el método que usa la amenorrea (ausencia de menstruación) asociada a la lactancia exclusiva para evitar un nuevo embarazo.
- Actúa mediante la anovulación producida por la inhibición del eje hormonal ejercida por los niveles altos de prolactina.
- La lactancia disminuye la fertilidad: luego del parto, los niveles de progesterona y estrógeno decrecen, permitiendo el retorno gradual de la secreción de LH y FSH. El retorno de la ovulación, y por lo tanto de la fertilidad, ocurre aproximadamente a las 4 a 6 semanas posparto en el caso que la persona no esté amamantando.
- Una vez que se suspende la lactancia exclusiva o casi exclusiva, disminuyen los niveles de prolactina necesarios para mantener inhibido el eje hormonal, por lo cual se reinician los ciclos. Si no se amamanta de manera exclusiva o casi exclusiva, el riesgo de embarazo durante los primeros 21 días luego del nacimiento es bajo. Pasado este lapso el riesgo aumenta, pudiendo producirse la ovulación aún antes de presentar la menstruación. La lactancia exclusiva o casi exclusiva retarda la posibilidad de ovulación.

Condiciones para que el método MELA sea efectivo:

- Lactancia exclusiva.
- Amenorrea.
- Hasta los primeros 6 meses.
- Si alguna de las tres condiciones previas cambia y no se desea otro embarazo, debe agregarse otro método anticonceptivo.

Condiciones del amamantamiento para el uso de MELA:

- La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 horas.
- No reemplazar la lactancia con otros alimentos, los cuales no deben superar el 10 % del total ingerido por la/le/el 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.

Es importante asesorar a la persona que está usando MELA para que decida el método alternativo con el que va a seguir si alguna de estas condiciones cambia.

Realizar la recomendación sobre cómo iniciar el nuevo método, e incluso tener prevista la entrega antes de que lo necesite, contribuirá a disminuir la posibilidad de un embarazo no intencional.

No se puede recomendar MELA como método anticonceptivo si:

- Aparece la menstruación.
- La persona lactante es mayor de seis meses.
- La lactancia no es exclusiva o las frecuencias de las mismas son discontinuadas con intervalos largos.
- La persona está bajo tratamiento con algunos medicamentos (reserpina, ergotamina, antimetabolitos, cortisona, ciclosporina, bromocriptina, medicamentos radiactivos, litio, algunos anticoagulantes).
- Existe un consumo problemático de alcohol o de drogas.
- La persona puerpera es VIH positivo o tiene hepatitis viral activa: en ambas la lactancia está contraindicada (para evitar la transmisión vertical).
- Eficacia: si se cumplen todas las condiciones, la eficacia es de un 98 % durante los primeros 6 meses posparto (2 embarazos cada 100 mujeres o PCG que usan el método correctamente en los primeros seis meses posparto).

Si se está amamantando, con el fin de aumentar la eficacia del MELA y garantizar una anticoncepción más segura, se recomienda combinar este con otros métodos.

8.11. Métodos anticonceptivos y VIH

- Los embarazos no intencionales son hasta tres veces más frecuentes en las mujeres o PCG con VIH en comparación con las mujeres o PCG VIH negativas.
- Aunque las restricciones y contraindicaciones absolutas para el uso de AHC en personas que viven con VIH no difieren significativamente de las que aplican a las personas VIH negativas, es necesario tener en cuenta que la interacción con algunas de las drogas antirretrovirales (ARV) empleadas para el tratamiento de la infección por VIH pueden requerir un ajuste en la dosis o plantear la necesidad del uso de MAC alternativos y/o de rotar el TARV.
- Es importante considerar que los efectos metabólicos asociados a algunos regímenes de TARV (por ejemplo, dislipemia pueden constituir una contraindicación relativa para el uso de anticonceptivos orales combinados, por lo que siempre debería plantearse el uso de regímenes antirretrovirales con el menor impacto metabólico posible (DSSR, 2019). Existen interacciones de relevancia entre ciertos TARV y los anticonceptivos hormonales. Sin embargo, no existe contraindicación absoluta para su uso en personas que reciben TARV.

Interacciones de relevancia entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales. Conducta recomendada

Este cuadro incluye las interacciones entre los MAC y los ARV disponibles en la Argentina a agosto de 2019.

Antirretrovirales	Efecto	Recomendación
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR)		
AZT / zidovudina**	Sin interacciones significativas.	No requiere ajuste de dosis.
3TC / lamivudina		
ABC / abacavir		
TDF / tenofovir disoproxil fumarato		
TAF / tenofovir alafenamida		
Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR)		
Nevirapina	Sin impacto significativas.	No requiere ajuste de dosis.
Efavirenz	Disminuye significativamente la concentración de progestágenos y probablemente la eficacia anticonceptiva (incluyendo anticoncepción de emergencia basada en levonorgestrel y anticonceptivos de uso progestágeno basados en desogestrel o levonorgestrel tanto en formulaciones orales como implantes).	Se recomienda empleo de MAC alternativo/adicional o rotar TARV. En el caso de anticoncepción de emergencia, emplear dosis única de 3 mg de leevonorgestrel.
Rilpivirina	Aumenta concentración de etinilestradiol. No afecta eficacia anticonceptiva.	No requiere ajuste de dosis.
Etravirina	Sin impacto significativo.	No requiere ajuste de dosis.
Inhibidores de proteasa (IP)		
Atazanavir no potenciado	Aumenta la concentración de etinilestradiol y progestágenos. Probablemente sin impacto en eficacia anticonceptiva.	Emplear dosis de etinilestradiol no mayores a 30 ug. Monitorear toxicidad por progestágenos.
Atazanavir/cobicistat	Aumenta concentración de progestágenos (especialmente drospirenona). Sin datos sobre efecto en regímenes de sólo progestágeno basados en levonorgestrel, desogestrel o etonorgestrel.	Contraindicado con ACO que contengan drospirenona. Considerar MAC alternativo o rotar TARV.
Atazanavir/ritonavir	Disminuye niveles de etinilestradiol. Aumenta niveles de progestágeno (incluyendo regímenes de sólo progestágeno basada en levonorgestrel o desogestrel e implantes de etonorgestrel), probablemente sin impacto en su eficacia anticonceptiva.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 ug de etinilestradiol.
Darunavir/ritonavir	Disminuye niveles de progestágenos y etinilestradiol. Sin impacto significativo en eficacia de regímenes basados en implantes de etonorgestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 ug de etinilestradiol. Considerar MAC alternativo o rotar TARV.
Darunavir/cobicistat	Disminuye niveles de etinilestradiol. Aumenta niveles de progestágenos (especialmente drospirenona). Probablemente sin impacto en eficacia de regímenes de sólo progestágeno basados en levonorgestrel, desogestrel o implantes de etonorgestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 ug de etinilestradiol. Contraindicado con ACO que contengan drospirenona. Considerar MAC alternativo o rotar TARV.
Lopinavir/ritonavir**	Disminuye niveles de etinilestradiol. Aumenta niveles de progestágenos. Probablemente sin impacto en eficacia de regímenes de sólo progestágeno basados en levonorgestrel, desogestrel o implantes de etonorgestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 ug de etinilestradiol. Monitorear toxicidad por progestágenos.

Fuente: adaptado de www.hiv-druginteractions.org

** De acuerdo a las recomendaciones vigentes y excepto en situaciones seleccionadas como la profilaxis de transmisión perinatal, no se recomienda el empleo de regímenes que contengan AZT y/o lopinavir/ritonavir por existir opciones con mejor posología y menor toxicidad (DSSR, 2019).

Antirretrovirales	Efecto	Recomendación
Inhibidores de la integrasa (II)		
Raltegravir		
Dolutegravir	Sin interacciones significativas.	No requiere ajuste de dosis.
Bictegravir		
Elvitegravir/cobicistat	Disminuye niveles de etinilestradiol. Aumenta niveles de progestágenos (especialmente drospirenona). Probablemente sin impacto en eficacia de regímenes de sólo progestágeno basados en levonorgestrel, desogestrel o implantes de etonorgestrel.	Emplear formulaciones que contengan al menos 30 ug de etinilestradiol. Contraindicado con ACO que contengan drospirenona. Monitorear toxicidad por progestágenos.
Antagonistas del CCR5		
Maraviroc	Sin impacto significativas.	No requiere ajuste de dosis.

*A la fecha, no se han descrito interacciones de relevancia entre formulaciones de acetato de medroxiprogesterona de depósito y ninguno de los esquemas TARV actualmente disponibles.

8.12. Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)

- La anticoncepción hormonal de emergencia puede ser usada sin problemas durante todo el puerperio, con y sin lactancia. No tiene ninguna contraindicación.
- En todas las circunstancias, debe facilitarse la entrega de la AHE.
- Es una buena práctica brindar asesoramiento sobre AHE en la consejería antes y después del parto y durante el puerperio.
- Brindar información sobre la forma de uso y proveer de AHE al alta del parto, en los controles del puerperio o de niñas/es/os, contribuye a evitar un embarazo no intencional (DSSR, 2019).

9. Contracepción quirúrgica (CQ) posevento obstétrico inmediato

9.1. Ley de contracepción quirúrgica

La Ley Nacional 26.130 de contracepción quirúrgica, sancionada en el año 2006, plantea que toda persona “mayor de edad” puede acceder a la ligadura tubaria (LT) o a la vasectomía de manera gratuita, luego de prestar por escrito su consentimiento informado. Estos requisitos deben ser entendidos a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de la Ley 26.378; de la Ley 26.657 de Salud Mental y del Código Civil y Comercial (CCyC) vigente desde el año 2015.

La ley establece que la CQ debe realizarse de manera gratuita, tanto si se realiza en hospitales públicos o a través de obras sociales y prepagas.

9.2. Características de la CQ

Es un método anticonceptivo permanente y altamente efectivo para personas con capacidad de gestar. En general, no es reversible y consiste en la oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la unión de las gametas (óvulo-espermatozoide). Se conoce también como: salpingectomía, esterilización tubaria.

Si la persona decide acceder a este método la instancia de internación por el parto es una oportunidad que debe aprovecharse para la accesibilidad al mismo. Puede realizarse inmediatamente después del parto y es altamente recomendable realizarlo durante la internación. No altera la cantidad ni calidad de la leche.

No hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la LT como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones (ver cuadro).

No tiene efectos secundarios a largo plazo. Presenta baja frecuencia de complicaciones relacionadas con la cirugía: infección, daños a otros órganos, riesgos anestésicos.

No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.

9.3. Requisitos para acceder a la CQ

- Que la persona solicitante tenga 16 años o más, ya que según el art. 26 del CCyC desde los 16 años debe considerarse a adolescentes como personas adultas en los asuntos ligados al cuidado del propio cuerpo. Asimismo, es central señalar que, como plantea el CCyC, debe presumirse la capacidad de todas las personas.
- Que la persona solicitante otorgue su consentimiento informado por escrito a partir de haber recibido información clara y completa en la consejería.

Para acceder a la CQ no es necesario haber tenido hijas/es/os; consentimiento de progenitoras/es; pareja, cónyuge o conviviente; autorización judicial.

9.4. Consejería en CQ

- La consejería, al igual que con los demás MAC, debe realizarse idealmente durante el control prenatal o consejería de IVE/ILE.
- Se recomienda realizar la consejería y la firma del consentimiento informado durante los controles del embarazo. Sin embargo, también puede realizarse durante el ingreso a la internación de parto.
- Si la persona toma la decisión durante el transcurso del embarazo, es conveniente que firme el consentimiento en ese momento e incluirlo dentro de la documentación que va a llevar al momento del parto. En el hospital debe realizarse la LTB sin otro requisito.
- Se recomienda señalar los carnet de control prenatal para que la decisión no sea pasada por alto durante la internación.
- Si no llegó a firmar el consentimiento informado previo a la internación, pero recibió la consejería y expresa su decisión de hacerse LTB, se recomienda facilitar la firma del consentimiento y realizar la práctica. Esto requiere del trabajo coordinado entre los equipos de salud que atienden a la persona gestante con los del servicio donde se realizará el parto, para facilitar la confianza entre los equipos y de esta manera asegurar que sean aceptados el consentimiento informado y la consejería hechas en el primer nivel de atención.

La persona que solicite la LT posparto, intracesarea o posaborto debe ser informada por le/el médica/e/o, o por el equipo de salud sobre:

1. La naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar.
2. Otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos autorizados que pueden ser una alternativa a la CQ. Existencia y disponibilidad de otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos. Los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) pueden ser una alternativa para quienes deseen mantener la anticoncepción de forma prolongada y también se pueden ofrecer de forma inmediata después del evento obstétrico (parto, cesárea o aborto).
3. Las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias. Esto incluye:
 - Explicación detallada sobre el método.
 - Técnicas quirúrgicas y tipo de anestesia.
 - Estudios prequirúrgicos a realizar.
 - Cuidados y seguimiento posquirúrgicos.
 - En algunos casos la internación que acontece al evento obstétrico (parto o aborto) podría prolongarse mínimamente para poder garantizar la intervención.
 - La realización de la ligadura tubaria intracesarea no prolonga la internación y no aumenta los riesgos de la cirugía.
 - En algunos centros podrían requerir de una persona acompañante que se encargue del cuidado de la/le/el recién nacida/e/o si la practica se realiza posparto.

- Complicaciones a corto y largo plazo. Implicancias sobre la salud.
- Efectividad.
- Tasa de falla.
- Reversibilidad (escasas posibilidades y no gratuidad de la práctica).

Los 8 puntos del consentimiento³

Para dar su consentimiento informado para la CQ la usuaria debe comprender los siguientes puntos:

1. La persona usuaria también dispone de anticonceptivos temporales, incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada.
2. La ligadura tubaria bilateral, intacesarea o es un procedimiento quirúrgico.
3. El procedimiento tiene ciertos riesgos, así como beneficios (hay que hablar tanto de los riesgos como de los beneficios, de tal manera que entienda lo que se le explica).
4. Si el procedimiento tiene éxito, evitará que tenga más hijas/es/os.
5. Se considera que el procedimiento es permanente, y probablemente no sea posible revertirlo.
6. La persona usuaria puede decidir no someterse al procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder por ello derecho a otros beneficios médicos, sanitarios, u otros servicios o beneficios). Esta situación debe quedar debidamente asentada en la historia clínica ya sea de consejería o de internación.
7. Presenta un riesgo muy bajo de fracaso.
8. El procedimiento no protege contra las ITS

9.5. Momento oportuno para realizar la ligadura tubaria (LTB)

- **Ligadura tubaria del intervalo:** es la que se realiza desvinculada del parto, sea la mujer o PCG nuligesta, nulípara o multípara. Se aconseja realizar la ligadura tubaria durante los primeros siete días del ciclo menstrual, en la fase proliferativa, ya que los tejidos están menos vascularizados en el posmenstruo inmediato, lo que resulta favorable por razones técnicas quirúrgicas y, además, existe cierta seguridad de que la mujer o PCG no esté embarazada.
- **Durante el posparto:** se realiza preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto, por razones técnicas quirúrgicas y para aprovechar la oportunidad de la internación o en el plazo máximo de 7 días después del parto. Se aconseja evitar la ligadura tubaria después de las 48 horas posparto es debido a que el riesgo de infección es mayor luego de ese lapso.
- **Intracesárea:** luego del alumbramiento, y control de hemostasia de la histerorrafia.
- **Durante el posaborto:** dentro de las 48 horas de un aborto sin complicaciones.

El deseo de LTB de ningún modo debe ser una indicación de realizar cesárea per se, tampoco si la mujer o PCG presenta una cesárea anterior. Las mujeres o PCG deben beneficiarse del parto vaginal si el mismo no esta contraindicado y acceder a la contracepción quirúrgica posparto durante la internación.

³ Pueden consultarse los cuadernillos de contracepción quirúrgica en lenguaje accesible en el siguiente link: <https://bit.ly/3HJn0Nr>

9.6. Efectividad de la LTB

Es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, aunque conlleva un riesgo pequeño de fracaso. Durante el primer año después del procedimiento de esterilización, se registra menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres (5 por 1.000). Esto significa que 995 de cada 1.000 mujeres o PCG que acceden a la CQ evitarán embarazos no intencionales.

Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año después del procedimiento y hasta que la mujer o PCG alcance la menopausia.

Más de 10 años después de la intervención se registran aproximadamente 2 embarazos por cada 100 mujeres (18 a 19 por cada 1.000 mujeres o PCG).

Su efectividad varía ligeramente dependiendo de la forma en que se realiza la CQ, pero las tasas de embarazo son bajas con todas las técnicas. Una de las técnicas más efectivas consiste en cortar y ligar los extremos cortados de las trompas de Falopio.

9.7. Contraindicaciones

Según la OMS, no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la LT como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.⁴

9.8. Prequirúrgico

Como otras intervenciones quirúrgicas de riesgo intermedio está indicada la realización de la evaluación cardiovascular y ECG para determinar el riesgo cardiovascular prequirúrgico (Sociedad de Cardiología de Rosario, 2019).

En el caso que el procedimiento se realice con anestesia local se recomienda solo una evaluación clínica exhaustiva que incluya exploración ginecológica y un tacto vaginal, así como la determinación de la tensión arterial. Un análisis de la concentración de hemoglobina, si es posible hacerlo, puede contribuir al uso seguro y efectivo de la esterilización femenina (PAHO, 2019).

9.9. Procedimiento quirúrgico: ligadura tubaria posparto (LTBPP), intracesarea, posaborto

LTBPP:

Minilaparotomía:

- No es necesario la colocación de sonda vesical, se debe solicitar a la mujer o PCG que evacue vejiga antes de ingresar al quirófano.
- Evaluar mediante palpación la altura uterina.

⁴ Para más información consultar "Criterios de elegibilidad de la OMS" (2015).

- La minilaparotomía en el posparto se puede efectuar de forma ideal a través de una pequeña incisión semicircular de 2 o 3 cm en la línea media a nivel infraumbilical.
- El útero en el posparto inmediato se encuentra de manera infraumbilical, las trompas de Falopio están más cercanas a la pared abdominal y puede accederse a ellas más fácilmente. Es innecesario colocar un manipulador uterino.
- Se realiza la diéresis de pared por planos. Se aborda el abdomen igual que la laparotomía; los separadores portátiles pequeños y la posición de Trendelenburg sirven para mejorar la exposición.
- Una vez identificado el útero, se coloca un dedo en la partes posterior superior del fondo uterino y este se mueve a lo largo del útero.
- Se debe ser delicada/e/o en los movimientos para no lesionar estructuras.
- Primero se identifica la trompa uterina por el extremo de las fimbrias y luego se toma la parte media de la trompa.
- Una vez que se hallan ambas trompas uterinas, se la toma con dos dedos, índice y medio, se exteriorizan hacia la incisión de forma delicada para no traccionar de forma brusca el mesosalpinx, y se realiza la salpingolisis de una a la vez.
- Se pueden emplear la técnica de ligadura y sección con la que más se esté familiarizada/e/o, las más frecuentes son la técnica de Pomeroy o Parkland (MinSal, 2008; Jones y Rock, s/f). Se recomienda material de sutura reabsorbible.
- Las ligaduras se deben sostener mientras se corta la trompa para evitar la retracción de los muñones tubarios seccionados en la cavidad peritoneal antes de poder examinar la hemostasia.
- Luego de la correcta hemostasia, se cortan los hilos y se permite que los muñones tubarios se retraigan en el abdomen.
- Se realiza el cierre de la aponeurosis y luego de la piel.

Ligadura tubaria intracesarea:

- Debe realizarse luego de realizar la histerorrafia y su adecuada hemostasia.
- Puede utilizarse la técnica de Pomeroy o Parkland.
- Es usual que en este momento el mesosalpinx se encuentre muy ingurgitado con venas distendidas, la tracción del útero facilita la oclusión tubaria permitiendo que los vasos drenen y se descompriman.
- Es importante luego de realizar la ligadura y sección de la trompa verificar la hemostasia y reintroducir de un anexo por vez.
- Se recomienda material de sutura reabsorbible (Jones y Rock, s/f).

Ligadura tubaria posaborto:

- En los casos de abortos producidos en el primer trimestre de embarazo la ligadura tubaria es similar a un procedimiento de intervalo, y en el segundo trimestre, a un procedimiento posparto. Este procedimiento puede efectuarse inmediatamente después del tratamiento posaborto, salvo en los casos en que se presente una infección o pérdida sanguínea grave; en ese caso es necesario aplazar la práctica hasta que cure la infección por completo o se sane la lesión.

- Tener en cuenta la importancia de proporcionar la consejería adecuada y obtener el consentimiento informado, lo que a menudo no es posible en el momento de prestar atención de urgencia.
- En el caso de un útero miomatoso con aumento de tamaño se puede realizar la incisión infraumbilical.
- El abordaje en el posaborto de primer trimestre debe realizarse con una incisión transversa suprapúbica de aproximadamente 5 cm.
- Si existe disponibilidad el abordaje en el posaborto de primer trimestre puede ser laparoscópico.

9.10. Cuidados posoperatorios

- El tiempo de internación dependerá del momento en que se realizó la práctica y el tipo de técnica utilizada. Si el posoperatorio evoluciona adecuadamente, en general la internación no supera las 24 a 48 horas.
- Está indicado reposo durante unos días y evitar el trabajo vigoroso, levantar objetos pesados y tener relaciones sexuales por una semana, o hasta que desaparezcan los dolores.
- Debe indicarse cómo realizar los cuidados periódicos de la herida, que debe mantenerse limpia y seca.
- Informar a la persona sobre pautas de alarma (sangrado, tumoración, rubor, calor, dolor o pus en la herida, fiebre, desmayos, mareos, dolor abdominal intenso), y que ante cualquier inconveniente o duda, consulte al centro de salud u hospital más cercano.
- Los controles médicos posteriores suelen realizarse entre los 7 y 14 días posquirúrgicos. Debe controlarse la herida en busca de signos de infección y retirar los puntos.

9.11. Complicaciones

Los índices de complicaciones son muy bajos, de acuerdo con la experiencia del equipo operador (1,2 % para la minilaparotomía y laparoscopía y el 4 % para la vía vaginal).

Posibles complicaciones inmediatas (muy baja frecuencia):

- Hemorragia superficial.
- Dolor en el sitio de la incisión.
- Hematoma subcutáneo o infraaponeurótico.
- Infección de la herida.
- Fiebre posoperatoria.
- Lesiones de vejiga o intestino.
- Accidentes anestésicos.
- Lesiones vasculares leves (lesión del meso intestinal) o severas (lesión de venas o arterias ilíacas, aorta o cava).
- Hemorragias.

- Dolor pelviano (luego de colocación de anillos).
- Absceso de cúpula vaginal y lesiones urológicas en la vía de acceso vagina (PNSSPR, 2008).

9.12. Derribando mitos en torno a la LBT

- No debilita a las mujeres o PCG.
- No provoca dolor prolongado de espalda, útero o abdomen.
- No se extirpa el útero ni hay necesidad de hacerlo.
- No provoca desequilibrios hormonales.
- No da lugar a un sangrado más abundante ni a un sangrado irregular, ni altera de otra manera los ciclos menstruales.
- No provoca alteraciones del peso, el apetito o el aspecto.
- No modifica el comportamiento sexual de la mujer o PCG ni su deseo sexual.
- No causa embarazos ectópicos; por el contrario, reduce sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico (OPS, 2019).

9.13. Fallas del método

La ligadura tubaria es el único método permanente para las mujeres o PCG para evitar la concepción. La presencia de un embarazo, ya sea intrauterino o ectópico, evidencia su falla (PNSSPR, 2008). Según datos de la OMS, el porcentaje de falla al año es del 0,5 % (1 embarazo cada 200 personas usuarias) y del 1.8 % a los 10 años (1 embarazo cada 55 personas usuarias). Si el procedimiento es realizado en el posparto inmediato, la falla es del 0.05 % al año (1 embarazo cada 2.000 personas usuarias) y 0.75 % a los 10 años (1 embarazo cada 133 personas usuarias).

El embarazo puede deberse a una falla intrínseca del método:

- Recanalización: los extremos de las trompas se reconectan espontáneamente.
- Aparición de una fístula en la parte ocluída que permita el paso de las gametas.
- Oclusión incompleta de las trompas.

Las tasas anuales de embarazo en caso de minilaparotomía por medio de la salpingectomía parcial, comúnmente con las técnicas de Pomeroy y Parkland, son muy bajas, pero en caso de fracaso, la mayor incidencia es en el primer o segundo año después de la cirugía. Rara vez ocurre un embarazo después de transcurridos cinco años de efectuado el procedimiento (PNSSPR, 2008).

10. Experiencia AIPEO a nivel nacional

10.1. Trabajos publicados. Experiencia a nivel nacional de la estrategia AIPEO

Trabajos publicados a nivel nacional

Resultados de la inserción de DIU posevento obstétrico. Hospital Materno neonatal Ramon Carrillo. Cordoba.	Estrategia AIPEO en el Hospital Álvarez. Un modelo de calidad de atención en el hospital público.	Elección de métodos anticonceptivos en el puerperio. Hospital Penna.
---	--	---

10.2. Resultados de la inserción de DIU posevento obstétrico Hospital Materno neonatal Ramón Carrillo. Córdoba, Argentina. 2015-2016

(AMAda, 2018)

Autores/as: M. Martos, G., Ingue, A., Olmos, C., Caffaratti, L., Muñoz, M., Caratti, A., Faifer, P., Mercado, L., Avila, R., Citroni, F., Podestá, P., Ríos, L., Piscitelli.

El siguiente estudio se llevó a cabo entre enero 2015 y septiembre 2016 en el Hospital Materno neonatal Ramón Carrillo, en Córdoba, Argentina. El mismo es de tipo descriptivo prospectivo, cuyo objetivo principal fue evaluar la proporción de mujeres que solicitaron la colocación de un DIU-Cu posevento obstétrico, luego de realizada la consejería en anticoncepción durante la hospitalización. Además, como objetivo adicional se buscó determinar las expulsiones y complicaciones durante el primer mes de uso.

Grupo de trabajo: Un grupo de médicas/es/os que desarrollaba sus actividades en el hospital, ofreció orientación sobre métodos anticonceptivos a todas las pacientes que ingresaron al Centro Obstétrico para finalización de un embarazo durante los primeros 9 meses del estudio.

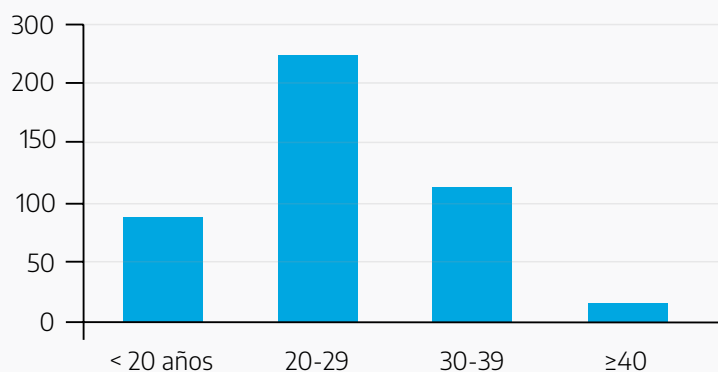
Población estudiada: 812 mujeres o PCG de las cuales 322 solicitaron la colocación del DIU luego de la consejería. La selección de pacientes se realizó en base a los Criterios de elegibilidad de anticonceptivos de la OMS. Luego de septiembre de 2015, solo se realizó orientación a adolescentes y multíparas (4 gestas o más), colocándose 128 DIU más posevento.

Técnica de colocación de DIU: todos fueron colocados a los 10 minutos posalumbramiento mediante el uso de una pinza Phean. En el caso de cesárea fueron colocados a través de la incisión uterina antes de la histerorrafía y en los casos posaborto con el colocador plástico.

Control posinserción: las mujeres o PCG fueron controladas al mes por el mismo grupo de profesionales que había realizado la consejería. Dicho control se basó en la visualización de hilos mediante especuloscopia o en caso de dudas, mediante ecografía.

Resultados:

Gráfico 1: Distribución según edad de las mujeres o PCG que solicitaron colocación de DIU pos evento obstétrico



Del total de pacientes a las que se les ofreció orientación sobre métodos anticonceptivos el 39 % solicitó colocación de DIU posevento (450).

Respecto al análisis de edad y paridad de las mujeres o PCG que solicitaron DIU posevento:

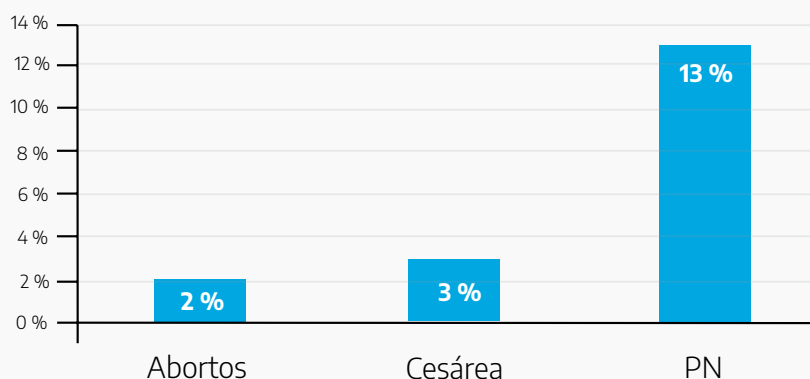
- 86 (19 %) fueron adolescentes (gráfico 1).
- 126 mujeres o PCG (28 %) presentaban su primer evento obstétrico.
- 186 mujeres o PCG (43 %) presentaban de 2 ó 3 partos previos.
- 131 mujeres o PCG (43 %) más de 3 partos.

Colocación:

- 308 (68 %) fueron en posparto.
- 72 (16 %) poscesárea.
- 69 (15 %) posaborto.

Control al mes: solo volvieron a control 225 (50 %) mujeres o PCG, de las cuales se observó expulsión del DIU en 23 (10 %). El porcentaje de expulsión en parto vaginal fue de 13 %, de 3 % en cesárea y 2 % en posaborto.

Gráfico 2: Porcentaje de expulsión observado al primer mes de uso de DIU pos evento según el tipo de evento obstétrico.



Complicaciones observadas: 3 casos de infección (2 luego de parto y uno poscesárea); 1 caso de perforación (luego de un aborto); y 1 caso en que hubo que retirar el DIU por sangrado uterino abundante a las 24 h.

Por lo tanto, de 225 mujeres o PCG a las que se les colocó DIU posevento y fueron controladas al mes, quedaron con método anticonceptivo provisto 213 (95 %).

Conclusiones:

La demanda de DIU posevento obstétrico es alta y el porcentaje de expulsiones y otras complicaciones está dentro de los avalados por la Organización Mundial de la Salud, por lo que es una alternativa valiosa para ser ofrecida a todas las mujeres o PCG asistidas.

La estrategia de DIU posparto ayuda a proveer anticoncepción a población que tiene dificultades en el acceso al sistema de salud, y que si bien la tasa de expulsión en DIUPP es mayor, eso se sopesa con la posibilidad de que la mujer no vuelva al sistema de salud para recibir otro método anticonceptivo efectivo luego.

10.3. Estrategia AIPEO en el Hospital Álvarez. Un modelo de calidad de atención en el hospital público

(AMAda, 2019b)

Autores/as: Copello Liñán, F., Diego, G., Dimilito, M.V., Messina, A., Moran, S., Orrigo, A.B. Servicio de Obstetricia – Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

En el servicio de obstetricia del Hospital de Agudos Teodoro Álvarez, se implementa la estrategia AIPEO (anticoncepción inmediata posevento obstétrico), con información completa y sistematizada desde agosto de 2016. Consiste en el acceso de la mujer o PCG al método anticonceptivo elegido

idealmente durante el control prenatal o en el posevento obstétrico inmediato antes del alta hospitalaria (48 h) haciendo énfasis en los métodos de larga duración reversibles (implante subdérmico y DIU) e incluyendo la ligadura tubaria posparto inmediato e intracésárea.

El objetivo del estudio consistió en demostrar el funcionamiento de un modelo de atención pública utilizando la estrategia AIPEO, así también como el aumento de elección y aplicación de métodos de alta eficacia como LARC y contracepción quirúrgica, durante el período abarcado entre el 1 de octubre de 2016 al 31 de diciembre de 2017.

Es un estudio de tipo observacional, de corte transversal descriptivo. Se utilizó la base de datos del sistema informático perinatal (SIP) y SIP aborto. Base de datos de colocación de DIU posparto e intracésárea. Revisión de historias clínicas de internación y de consultorio de salud sexual y reproductiva.

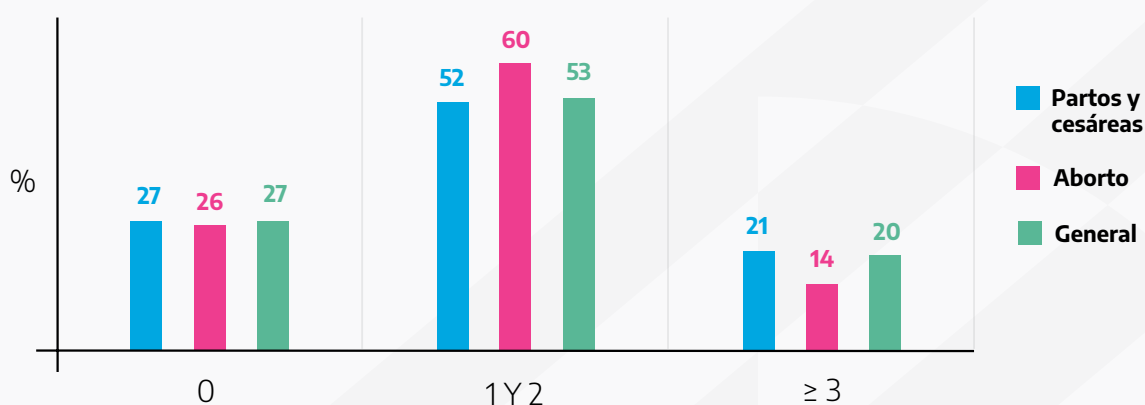
Grupo de trabajo: las/es/os profesionales de la salud donde se incluyen profesionales en obstetricia, medicina y enfermería que tomaron contacto con la mujer o PCG que concurrió al servicio de obstetricia y/o realizaron consejería en anticoncepción durante el control prenatal, internación, puerperio, y en las internaciones por aborto.

Población estudiada: mujeres o PCG que cursaron internación en el servicio de obstetricia en por un evento obstétrico, ya sea aborto, embarazo ectópico, parto vaginal, parto forcipal o cesárea abdominal.

Resultados:

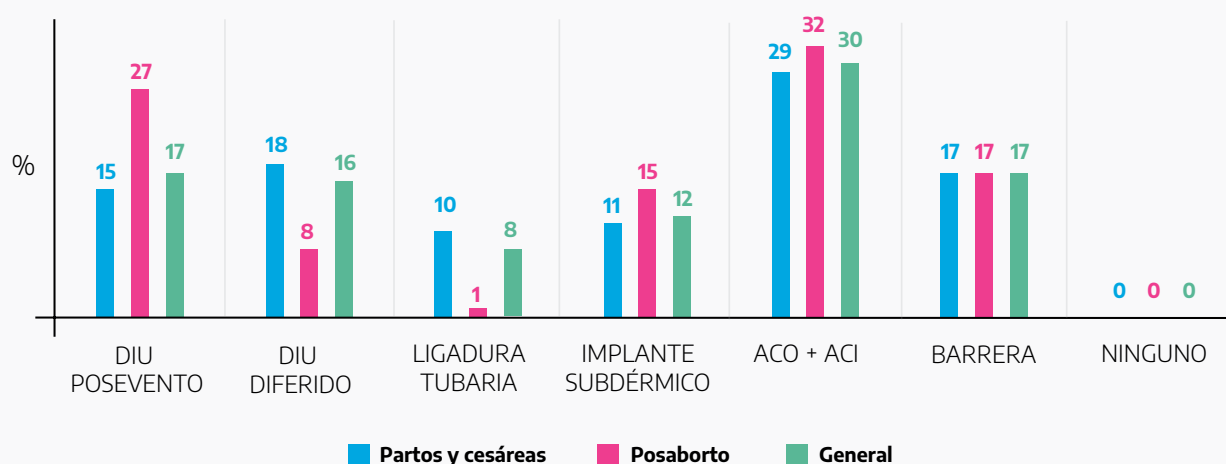
- En el período comprendido ingresaron al servicio un total de 1.887 mujeres o PCG por evento obstétrico.
- De las 1.501 mujeres o PCG que ingresaron para tener parto o cesárea, se observó que 1.149 (76 %) tenían entre 20 y 34 años, 159 (11 %) entre 15 y 19 años y 189 (13 %) eran mayores de 35 años.
- Respecto a la paridad previa, 780 mujeres o PCG (52 %) tenían entre una y dos gestas, 410 (27 %) no tenían ninguna gesta previa y 311 (21 %) tenían 3 gestas o más.

Gráfico 3: Gestas previas



- 1.252 mujeres o PCG (84 %) no utilizaban ningún método anticonceptivo, de las cuales 620 (49.52 %) buscaban un embarazo y 632 (50.48 %) no buscaban embarazo.
- En el grupo de las que sí utilizaban método, 129 (15 %) refirió utilizar barrera, 101 (12 %) hormonal, y solo 5 (0.79 %) utilizaba DIU al momento del embarazo.
- Al momento del egreso hospitalario, 592 (40 %) mujeres o PCG optaron por método hormonal:
 - 155 (11 % del total) se colocaron el implante subdérmico.
 - 273 (18 %) prefirieron la colocación de DIU diferido.
 - 256 (17 %) eligieron método de barrera.
 - 215 (15 %) se decidieron por la colocación de DIU posparto inmediato.
 - 144 (10 %) se retiraron de alta con ligadura tubaria (de las cuales 44 fueron posparto y 100 intraceseárea).
 - 5 (0,4 %) no optaron por ningún método ofrecido.

Gráfico 4: Método otorgado posevento



(98.9 %) puérperas se retiraron del hospital con conocimiento de los métodos anticonceptivos, con carnet y turno otorgado para presentarse en consultorio de salud sexual y reproductiva y continuar con el método elegido.

En lo que respecta a los ingresos por aborto, incluyendo embarazo ectópico e interrupción legal del embarazo fueron 386 ingresos en total.

De 385 mujeres o PCG en situación de aborto un 99.7 % recibió consejería en anticoncepción antes del egreso hospitalario:

- 103 (27 %) egresaron del hospital con DIU colocado posevento.
- 57(15 %) con implante subdérmico.
- 59 (15 %) optaron por anticonceptivo hormonal inyectable.

- 29 (8 %) prefirieron la colocación de DIU diferida.
- 66 (17 %) eligieron anticoncepción hormonal oral.
- 67 (17 %) método de barrera.
- 5 (1.29 %) solicitaron la ligadura tubaria, 3 (0.8 %) se retiraron del servicio con este método.
- 1 (0.2 %) decidió no utilizar ningún método anticonceptivo.

El 99 % (n=1870) de las mujeres o PCG que cursaron internación por un evento obstétrico se retiraron con consejería en salud sexual y reproductiva.

Conclusiones:

- La cobertura de consejería en anticoncepción durante la internación es alta (99 %) no alcanzando la misma el 100%, como consecuencia de los egresos hospitalarios sin alta médica.
- La solicitud de ligadura tubaria excede la capacidad resolutive del servicio, debido a factores externos, como es la disponibilidad de anestesiología.
- Aún teniendo la opción de la colocación de DIU posevento inmediato, el servicio presenta una demanda alta en la colocación de DIU diferido. Si bien desde que se inició la colocación de DIU posparto e intraceseárea, la demanda aumentó de un 11 % en el período del 2016 al 18 % en el período del 2017, consideramos que tiene que seguir en aumento.
- En la población estudiada, no hay grandes diferencias de edad ni de gestaciones anteriores.
- El porcentaje general de embarazo no deseado es de 61 % (n=1.161).

A partir de la implementación de la estrategia AIPEO, un total de 677 mujeres o PCG se retiraron del hospital con un método anticonceptivo de larga duración y alta efectividad. Esto representa 36 % de las mujeres o PCG que cursaron internación en el período estudiado. Cabe mencionar que en las mujeres o PCG que ingresaron en situación de aborto, con un embarazo no planeado, el 49 % se retiró con un método de larga duración.

Creemos que la fortaleza de este modelo reside en la creación de un circuito virtuoso entre personas usuarias, y profesionales de la salud donde lo más importante es empoderar en la información de métodos anticonceptivos a las mujeres o PCG para que puedan tomar decisiones y brindar el acceso a los mismos.

10.4. Elección de métodos anticonceptivos en el puerperio. Hospital Penna (AMAda, 2019a)

Autores/as: Lic. Obst. Biroccio,, N., Castro, I., Dugo, R., Gómez Chaín, E., González, A., Monzón, P. Pes J. Licenciadas en obstetricia, residentes del Hospital J. M. Penna

El presente estudio, de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, fue realizado con el objetivo de estimar la prevalencia de elección de métodos anticonceptivos luego de la consejería

en procreación responsable realizada a puérperas, en la maternidad del Hospital J. M. Penna en pacientes cursando puerperio durante su internación en sala de tocoginecología.

Como objetivo adicional se buscó determinar el porcentaje de elección del método según grupo etario. El período de estudio fue entre el 1 de febrero al 30 de junio de 2019.

Grupo de trabajo: residencia obstétrica.

Las variables en estudio fueron: grupo etario: adolescentes (menor/igual a 19 años), adultas (entre 20 y 34 años) y añosas (mayor/igual a 35 años); elección de método anticonceptivo según grupo etario (implante subdérmico, DIU, anticonceptivos orales, anticonceptivos inyectables, preservativo, ligadura tubaria).

Se excluyeron pacientes que accedieron a la ligadura tubaria durante el nacimiento.

Resultados:

- En el período se realizó consejería a 965 pacientes, de las cuales el 74,5 % (719) eligieron al menos un método.
 - 14,2 % (102) fueron adolescentes.
 - 74,8 % (538) personas adultas.
 - 11 % (79) personas añosas.

Elección del método:

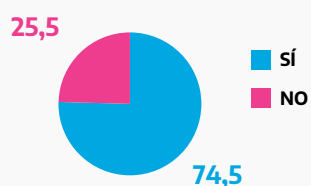
Adolescentes: eligieron un 32 % (33) el implante subdérmico; 24,5 % (25) el DIU; 23,5 % (24) AO; 12 % (12) ACI; 8 % (8) barrera; la ligadura tubaria no fue de elección en este grupo.

Personas adultas: un 26 % (141) eligió el DIU; 22 % (117) LT; 21 % (113) AO; 16,5 % (89) implante subdérmico; 8 % (43) ACI; y un 6,5 % (35) barrera.

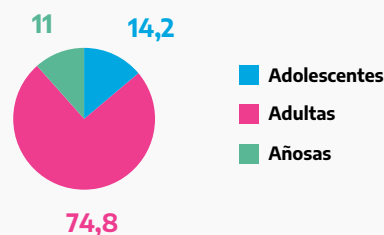
Personas añosas: un 55,7 % (44) eligió la LT; 17,7 % (14) AO; 10,1 % (8) ACI; 6,3 % (5) DIU; 5,1 % (4) el implante subdérmico; y un 5,1 % (4) barrera.

Gráfico 5: Resultados

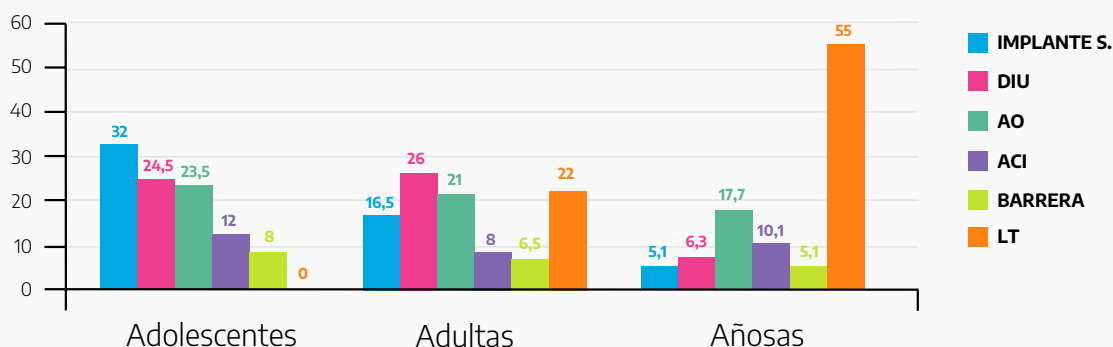
Elección de métodos anticonceptivos



Grupo etario



Elección de métodos



Conclusiones:

- La prevalencia de elección de métodos anticonceptivos fue de un 74,5 %.
- Las pacientes que egresaron del hospital sin elección de un método, fueron interpretadas a causa de creencias culturales y/o religiosas que condicionan su elección.
- Se destaca la baja elección del preservativo en todos los grupos etarios y mayoritariamente en personas añosas, teniendo en cuenta que es el único que además previene las infecciones de transmisión sexual.
- Las altas tasas de elección de ligadura tubaria por parte las puérperas es resuelta con la derivación directa al consultorio prequirúrgico, para programación y seguimiento del mismo.

11. Bibliografía

- **Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).** (2018). *Guía para la extracción de implantes anticonceptivos subdérmicos*. Uruguay.
- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).** (2013). *Anticonceptivos hormonales combinados: conclusiones de la revisión del riesgo de tromboembolismo venoso. Información para profesionales sanitarios*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.
- **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2011). "Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices", en *Practice Bulletin*, num 121.
- **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2015). "Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy", en *Committee Opinion*. Disponible en: <https://bit.ly/3BvEiuo> (Último acceso: 10/2021).
- **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2016). "Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception", en *Committee Opinion*, num 670.
- **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2017). "Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices", en *Practice Bulletin*, num 186. Disponible en: <https://bit.ly/304b1ZO> (Último acceso: 10/2021).
- **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** (2018). "Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices", en *Obstetrics and gynecology*, vol 131. Disponible en: <https://bit.ly/3lqKWfI> (Último acceso: 10/2021).
- **Ardila Torres, O. P. y Castillo Espitia, P. A.** (2018) "Anticoncepción posterior a interrupción voluntaria del embarazo en un servicio ambulatorio de ginecología en Yopal, Casanare, Colombia. Febrero 1 de 2017- Febrero 1 de 2018", en Sociedad Española de Contracepción.
- **Arulkumaran, S., Hediger, V., Manzoor, A. y May J.** (2018). "Saving Mothers' Lives: Transforming Strategy into Action", en *Report of the Maternal Health Working Group 2012*. The Global Health.
- **Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA).** (2018a). "Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCS)", en *Revista Amada*, vol 14, num 18.
- **Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA).** (2018b). *Revista AMAdA*, volumen 14, num 1. Disponible en: <https://bit.ly/3DT0r6B> (Último acceso: 10/2021).
- **Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA).** (2019a). *Revista AMAdA*, vol 15, num 2. Disponible en: <https://bit.ly/3BYqZmo> (Último acceso: 10/2021).
- **Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA).** (2019b). *Revista AMAdA*, vol 15, num 1. Disponible en: <https://bit.ly/3DY6kjZ> (Último acceso: 10/2021).
- **Bahamondes, L., Fernandes, A., Monteiro, I., Bahamondes, M.V.** (2020) "Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods", en *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol 66, pp. 28-40.
- **Bhadra, B., Burman, S.K., Purandare, C.N., Divakar, H., Sequeira, T. y Bhardwaj, A.** (2018). "The impact of using nurses to perform postpartum intrauterine device insertions in Kalyani Hospital, India", en *Int J Gynecol Obstet*, 143: 33-37. Disponible en: <https://bit.ly/3lrd4iJ> (Último acceso: 10/2021).

- **Blanchard, H., McKaig, C., ACCESS-FP.** (2006). El DIU: Una opción anticonceptiva para las mujeres en el posparto y posaborto. IUD Toolkit. Disponible en: <https://bit.ly/3oPhv9a> (Último acceso: 10/2021).
- **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** (2016). *Criterios de elegibilidad y recomendaciones para el uso de anticonceptivos – Actualización*. Info Fasgo.
- **Chen, B.A., Reeves, M.F., Creinin, M.D., Schwarz, E.B.** (2011) "Postplacental or delayed levonorgestrel intrauterine device insertion and breast-feeding duration", en *Contraception*, 84(5):499-504.
- **Conde-Agudelo, A. y Belizán, J.** (2000) "Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study", en *BMJ*, vol 321, pp. 1255-59.
- **Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M. y Lammers, C.** (2005). "Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study", en *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, (192), pp. 342-349.
- **Cooper, M. y Cameron, S.** (2018). "Implementación exitosa de servicios de anticoncepción intrauterina posparto inmediato en Edimburgo y marco para una difusión más amplia", en *Int J Gynecol Obstet*, 143 (1), pp. 56-61.
- **Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS).** (2018). Estadísticas vitales. Información básica. Secretaría de Acceso a la Salud. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/> (Último acceso: 17-03-2021).
- **Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR).** (2015) Programa nacional de salud sexual y procreación responsable. Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/2Y65v8p> (Último acceso: 10/2021).
- **Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR).** (2018). Estudio de seguimiento y adherencia al implante en adolescentes y jóvenes en la Argentina. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Argentina.
- **Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR).** (2019) Métodos anticonceptivos. *Guía práctica para los profesionales de la salud. Buenos Aires, Argentina 2019*. Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/2Xm3414> (Último acceso: 10/2021).
- **Fatima, P., Antora, A.H., Dewan, F., Nash, S. y Sethi, M.** (2018). "Impacto de la capacitación en consejería anticonceptiva entre las consejeras que participan en la iniciativa de dispositivos intrauterinos posparto de la FIGO en Bangladesh", en *Int J Gynecol Obstet*, 143(1), pp. 49-55.
- **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).** (2016). Estado de situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. UNICEF, Argentina. Disponible en: <https://uni.cf/2ZcS9Hw> (Último acceso: 10/2021).
- **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).** (2017). *Estados de Población mundial. Mundos aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad*. UNFPA, Nueva York.
- **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).** (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Argentina. Disponible en: <https://bit.ly/3E0qSau> (Último acceso: 10/2021).
- **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).** (2021). *Impact of COVID-19 on Family Planning: What we know one year into the pandemic*. UNFPA, Nueva York.
- **Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (GPBA).** (2015) Controversias en anticoncepción hormonal: Anticoncepción hormonal reversible a largo plazo. LARCs. Vías de administración. Mensual o diaria?, Ministerio de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3FXI0kb> (Último acceso: 10/2021).

- **Goddard, M. y Smith, P.** (2001) "Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK", en *Social Science & Medicine*, 53, pp.1149-62.
- **Goldthwaite, L., Sheeder, J., Hyer, J., Tocce, K., Teal, S.** (2017). "Expulsión posplacentaria del dispositivo intrauterino a las 12 semanas: un estudio de cohorte prospectivo", *Soy J Obstet Gynecol*, 217:674.e1 - 674.e8.
- **Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina.** (2019) Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, España. Disponible en: <https://bit.ly/3mQ80UE> (Último acceso: 10/2021).
- **Gutierrez Ramos, M.** (2017). "Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú", en *Rev. peru. ginecol. obstet.*, vol.63, n.1, pp.83-88.
- **Heller, R., Cameron, S., Briggs, R., Forson, N. y Glasier, A.** (2016). "Anticoncepción posparto: una oportunidad perdida para prevenir embarazos no deseados y breves intervalos entre embarazos", en *J Fam Plann Reprod Health Care*, 42, pp.93-98.
- **Hinz, E.K., Murthy, A., Wang, B., Ryan, N. y Ades, V.** (2019). "A prospective cohort study comparing expulsion after postplacental insertion: the levonorgestrel versus the copper intrauterine device", en *Contraception*, 100(2), pp. 101-105.
- **Hooda, R., Mann, S., Nanda, S., Gupta, A., More, H. y Bhutani, J.** (2016). "Immediate Postpartum Intrauterine Contraceptive Device Insertions in Caesarean and Vaginal Deliveries: A Comparative Study of Follow-Up Outcomes", *International Journal of Reproductive Medicine*, vol. 2016. <https://bit.ly/3GeSL0k> (Último acceso: 10/2021).
- **Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).** (2013). Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <https://bit.ly/3mSpLCJ> (Último acceso: 10/2021).
- **Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).** (2015). Encuesta Nacional de Jóvenes (ENJ) 2014. Principales resultados. Buenos Aires.
- **International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).** (2020a) *Proyecto Diu post Parto*. Disponible en: <https://bit.ly/3v2qrcA> (Último acceso 03/2021).
- **International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).** (2020b). *PPFP de altos ingresos / Covid-19*. Disponible en: <https://bit.ly/3BNdGoA> (Último acceso 03/2021).
- **International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).** (2018) "Institutionalization of postpartum intrauterine devices. *International Journal of Gynecology Obstetrics*" Editors: Makins A.; Arulkumaran S. IJGO (eds.), vol. 143(1) Disponible en: <https://bit.ly/3FIQsKv> (Último acceso: 10/2021).
- **International Institute for Population Sciences (IIPS).** (2006). India. National Family Health Survey (NFHS-3). Disponible en: <https://bit.ly/2YLeM5G> (Último acceso: 10/2021).
- **Ipas e IMSS.** (2003). Consentimiento Informado y Anticoncepción. Disponible en: <https://bit.ly/3BI46UQ> (Último acceso: 03/2021).
- **Ipas.** (2014). *La atención postaborto centrada en la mujer: manual de referencia* (segunda edición). K. L. Turner y A. Huber (Eds.), Chapel Hill, Carolina del Norte.
- **Ipas.** (2020) Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Anticoncepción postaborto: cuándo y qué tipo. Disponible en: <https://bit.ly/3Ay8R1a> (Último acceso: 10/2021).
- **Jacobstein, R. y B. Polis, C.** (2014). "Progestin-only contraception: Injectables and implants, Best Practice & Research", en *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol 28(6).

- **Jones, A.R. y Rock, H.W.** (2006) *Te Linde. Ginecología quirúrgica*. 9ª edición. Tomo 1, capítulo 23. Editorial médica panamericana, Buenos Aires.
- **Kapp, N. y Curtis, K.M.** (2009) "Intrauterine device insertion during the postpartum period: a Systematic Review", en *Contraception*, 80, p. 327.
- **Ley 23849.** Apruébase la Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: <https://bit.ly/2XzJTRy> (Último acceso: 10/2021).
- **Ley 25673.** Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Objetivos. Disponible en: <https://bit.ly/3jsJnMT> (Último acceso: 10/2021).
- **Ley 26061.** Disposiciones generales. Objeto. Principios, Derechos y Garantías. Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Organos Administrativos de Protección de Derechos. Financiamiento. Disposiciones complementarias. Disponible en: <https://bit.ly/2Znpm3v> (Último acceso: 10/2021).
- **Ley 26130.** Establécese que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios del sistema de salud. Requisitos. Excepción. Consentimiento informado. Cobertura. Objeción de conciencia. Disponible en:
- **Ley 26529.** Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3pA9RzQ> (Último acceso: 10/2021).
- **Ley provincial 14802, Provincia de Buenos Aires.** Disponible en: <https://bit.ly/3iZi8Jw> (Último acceso: 10/2021).
- **Lopez, L.M., Bernholc, A., Hubacher, D., Stuart, G., Van Vliet, H.A.** (2015). "Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception", en *Cochrane Database Syst Rev*, 26(6).
- **Machado Bonassi, R., Urbano Monteiro, I.M., Magalhães, J., Guazzelli Falbo, C.A., Bastos Brito, M., Finotti, M.F., Neves Lubianca, J. Sakamoto, L.C. y Franceschini, S.A.** (2017). "Long-Acting Reversible Contraception", en *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 39(6), pp. 294-308.
- **Makins, A. y Cameron, S.** (2020) "Post pregnancy contraception", en *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol 66.
- **Makins, A., Taghinejadi, N., Sethi, M., Machiyama, K., Munganyizi, P., Odongo, E. et al.** (2018). "Iniciativa de dispositivos intrauterinos posparto de la FIGO: Tasas de complicaciones en seis países", en *Int J Gynecol Obstet*, 143(1).
- **Mantha, S., Karp, R., Raghavan, V., Terrin, N., Bauer, K.A. y Zwicker, J.I.** (2021). "Assessing the risk of venous thromboembolic events in women taking progestin-only contraception: a meta-analysis", en *BMJ*, 345:e4944.
- **Mark, A., Sonalkar, S. y Borgatta, L.** (2013). "One-year continuation of the etonogestrel contraceptive implant in women with postabortion or interval placement", en *Contraception*, vol 88 (5).
- **Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (MPS y UNFPA).** (2018). Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Segunda edición.
- **Ministerio de Salud de la Nación (MinSal).** (2019). "Argentina logró importante descenso de la mortalidad infantil y materna". Argentina. Disponible en: <https://bit.ly/3peOyUG> (Último acceso: 10/2021).

- **Ministerio de Salud de la Nación (MinSal).** (S/f). Salud Sexual y Reproductiva. Métodos anticonceptivos. Disponible en: <https://bit.ly/3C754c0> (Último acceso: 10/2021).
- **Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF.** (2017). Registro de nacimientos en Argentina. Un estudio sobre la cobertura legal y estadística. Disponible en: <https://uni.cf/3jVKo01> (Último acceso: 10/2021).
- **Ministerio de Salud GCBA.** (2021). Métodos Anticonceptivos. Guía para la provisión de métodos anticonceptivos en el subsistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <https://bit.ly/3jRxaSc> (Último acceso: 10/2021).
- **Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.** (s/f). Atributos de la Calidad de la atención en Salud. Disponible en: <https://bit.ly/3w3gdcx> (Último acceso: 10/2021).
- **Montenegro-Pereira, E., Lara-Ricalade, R., & Velásquez-Ramírez, N.** (2005). "Implantes anticonceptivos", en *Perinatol Reprod Hum*, 19, pp. 31-4.
- **Oizerovich, S. y Perrota, G.** (2020). "La importancia de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico para garantizar derechos", en *Revista AMAdA*, vol 16 (1).
- **Oizerovich, S., Daldevich, D., Salvo, M., Schulman, A., Vázquez, S., Santos, H.** (2004) "Investigación exploratoria sobre características de crecimiento, desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente", en *Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil*, 11(3), pp. 219-229.
- **OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas.** (2015). "Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015". Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en: <https://bit.ly/3pReaHo> (Último acceso: 10/2021).
- **Organización de las Naciones Unidas (ONU) MUJERES.** (2020) *Profundicemos en términos de Género. Guía de terminología y uso de lenguaje no sexista para periodistas, comunicadoras y comunicadores.* Disponible en: <https://bit.ly/3vt5ffS> (Último acceso: 10/2021).
- **Organización de las Naciones Unidas (ONU).** (2015) "La agenda para el Desarrollo Sostenible", en *Objetivos de Desarrollo Sostenible.* Disponible en: <https://bit.ly/3Gg5nVg> (Último acceso: 10/2021).
- **Organización de las Naciones Unidas (ONU).** (2018b) "La Planificación Familiar es un Derecho", en *Noticias ONU.* Disponible en: <https://bit.ly/3aVYb2c> (Último acceso: 10/2021).
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2005). Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Organización Mundial de la Salud, Ginebra, p. 62.
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2014). *Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto.* Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Salud Sexual y Reproductiva.
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2015). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición 2015 - Resumen ejecutivo. Disponible en: <https://bit.ly/3nKC4Sk> (Último acceso: 10/2021).
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2017). Task sharing to improve access to Family Planning/ Contraception. Summary Brief. Disponible en: <https://bit.ly/3nbGRf6> (Último acceso: 10/2021).
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2018a). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.* Tercera edición. Disponible en: <https://bit.ly/3vxy2jK> (Último acceso: 10/2021).
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2019a) "Mortalidad Materna", en *Notas Descriptivas.* Disponible en: <https://bit.ly/3lXyt3j> (Último acceso: 10/2021).

- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2019b). "Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar", en Comunicado de prensa. Disponible en: <https://bit.ly/3aXZLQQ> (Último acceso: 10/2021).
- **Organización Panamericana de la Salud (OPS).** (2018). "La salud materna y del recién nacido son prioridades para Venezuela", en News. Disponible en: <https://bit.ly/2ZGBgpD> (Último acceso: 10/2021).
- **Organización Panamericana de la Salud (OPS).** (2019). *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, Baltimore y Washington, D.C.
- **Ortiz, D. Z., Ramos, S. y Romero, M.** (2006). "Estudio sobre muertes maternas en la Argentina: situación de la vigilancia", en *Bol. ANM*, vol. 84 (2).
- **Peipert, J.F., Zhao, Q., Allsworth, J.E., Petrosky, E., Madden, T., Eisenberg, D., Secura, G.** (2011) "Continuation and satisfaction of reversible contraception", en *Obstet Gynecol*, 117(5):1105-13.
- **Plan Enia.** (2018). El embarazo no intencional en la adolescencia. Contenidos de Educación Sexual Integral. Propuestas para el aula. Nivel secundario. Disponible en: <https://bit.ly/3b3DZvk> (Último acceso: 10/2021).
- **Plan Enia.** (2018b). Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3ElzngL> (Último acceso: 10/2021).
- **Plan Enia.** (2020). Plan ENIA. Recorridos, logros y desafíos. Gimena de León y Manuela Thourte (consultoras). Disponible en: <https://bit.ly/3aTK2T5> (Último acceso: 03/2021).
- **Pradhan, E., Canning, D., Shah, I.H., Puri, M., Pearson, E., Thapa, K., Bajracharya, L., Maharjan, M., Maharjan, D.C., Bajracharya, L., Shakya, G. y Chaudhary, P.** (2019) "Integrating postpartum contraceptive counseling and IUD insertion services into maternity care in Nepal: results from stepped-wedge randomized controlled trial", en *Reprod Health*, 29;16(1):69.
- **Prager, S.W., McCoy, E.E.** (2015). "Immediate Postpartum Intrauterine Contraception Insertion", en *Obstet Gynecol Clin North Am*, 42(4), pp. 569-82.
- **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR).** (2008). *Ligadura Tubaria*. Documento Científico. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
- **Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (PBA SSR).** (2017). Consentimiento informado en prácticas de salud sexual y reproductiva. Nota técnica 9/2017. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.
- **Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (PBA SSR).** (2017). Introducción y reintroducción de métodos anticonceptivos de larga duración en mujeres usuarias del sistema público de salud con especial énfasis en la población adolescente. Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas, Ministerio de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/2XzCG3V> (Último acceso: 10/2021).
- **Puri, M.C., Joshi, S., Khadka, A., Pearson, E., Dhungel, Y. y Shah I.H.** (2020). "Exploring reasons for discontinuing use of immediate post-partum intrauterine device in Nepal: a qualitative study", en *Reprod Health*, 17(1):41.
- **Red de Acceso al Aborto Seguro (REEDAS).** (2017a). Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración. NOTA TÉCNICA 2/2017. Programa salud sexual y reproductiva. Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <https://bit.ly/3BT2WW5> (Último acceso: 03/2021).
- **Red de Acceso al Aborto Seguro (REEDAS).** (2017b). *Consentimiento informado en prácticas de salud sexual y reproductivas*. Nota técnica 9/2017. Programa salud sexual y reproductiva. Provincia de Buenos Aires. Disponible en: <https://bit.ly/3BX0fm8> (Último acceso: 03/2021).

- **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG).** (2015). "Postpartum family planning", en *Best Practice Paper* No. 1.
- **Rutstein, S.O.** (2005). "Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the demographic and health surveys", en *Int J Gynecol Obstet*, 89(1), S7–S24.
- **S. Muganyizi, P., Kimario, g., Ponsian, P., Howard, K., Sethi, M. y Makins, A.** (2018). "Clinical outcomes of postpartum intrauterine devices inserted by midwives in Tanzania", en *Int J Gynecol Obstet*, 143(1).
- **Schreiber, C.A., Sober, S., Ratcliffe, S., Creinin, M.D.** (2011). "Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol", en *Contraception*, 84(3), pp. 230-3.
- **Secretaría de Gobierno de Salud y UNICEF.** (2018). Estadísticas de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentina. Disponible en: <https://uni.cf/3GG1o4A> (Último acceso: 10/2021).
- **Secretaría de Gobierno de Salud.** (2018a). Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G) Indicadores básicos 2017. República Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3m6OYui> (Último acceso: 10/2021).
- **Secretaría de Gobierno de Salud.** (2019). Guía para la Adaptación de Guías de Práctica Clínica. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación. Disponible en: <https://bit.ly/3jpMyF8> (Último acceso: 10/2021).
- **Secura, G.M., Allsworth, J.E., Madden, T., Mullersman, J.L., Peipert, J.F.** (2010). "El proyecto Contraceptive CHOICE: reducción de las barreras a la anticoncepción reversible de acción prolongada", en *Soy J Obstet Gynecol*, 203 (2).
- **Shulman J.J. y Merritt C.G.** (1976). "Postpartum contraception: Subsequent pregnancy, delivery, and abortion rates", en *Fertil Steril*, 27, pp. 97-103.
- **Singh, S. et al.** (2009). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, Nueva York.
- **Sociedad de Cardiología de Rosario.** (2019). *Consenso de riesgo cardiovascular preoperatorio*. Asociación Rosarina de Anestesia, Sociedad de Cardiología de Rosario.
- **Stegeman, B.H., De Bastos, M., Rosendaal, F.R., Van Hylckama Vlieg, A., Helmerhorst, F.M., Stijnen, T., et al.** (2013). "Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis", en *BMJ*, 347.
- **Sully, E.A. et al.** (2020). *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. Guttmacher Institute, New York. Disponible en: <https://bit.ly/3ATipnx> (Último acceso: 10/2021).
- **Tepper, N.K., Curtis, K.M., Steenland, M.W., Marchbanks, P.A.** (2013b). "Blood pressure measurement prior to initiating hormonal contraception: a systematic review", en *Contraception*, 87(5), pp. 631-8.
- **Tepper, N.K., Curtis, K.M., Steenland, M.W., Marchbanks, P.A.** (2013a) "Physical examination prior to initiating hormonal contraception: a systematic review", en *Contraception*, 87(5), pp. 650-4.
- **Tepper, N.K., Steenland, M.W., Marchbanks, P.A., Curtis, K.M.** (2013c). "Laboratory screening prior to initiating contraception: a systematic review", en *Contraception*, 87(5), pp. 645-9.
- **The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH).** (2016). UK medical eligibility criteria for contraceptive use | UKMEC 2016 (amended september 2019). Disponible en: <https://bit.ly/3w3j8Su> (Último acceso: 10/2021).
- **The World Bank Data Team** (2021) World Bank Country and Lending Groups. Disponible en: <https://bit.ly/30EuNLV> (Último acceso: 10/2021).

- **Trussell, J.** (2011). "Contraceptive efficacy", en R.Hatcher, J. Trussell, A. Nelson, W. Cates, D.Kowal, & M. Policar, *Contraceptive technology: twentieth revised edition*. Ardent Media, Nueva York.
- **Trussell, J., Hassan, F., Lowin, J., Law, A., Filonenko, A.** (2015). "Achieving cost-neutrality with long-acting reversible contraceptive methods", en *Contraception*, vol. 91.
- **United States Agency for International Development (USAID) y Family Planning Initiative ACCESS.** (s/f). *Family Planning Needs during the Extended Postpartum Period in Uttar Pradesh, India*. Disponible en: <https://bit.ly/2Zce0Q5> (Último acceso: 10/2021).
- **United States Agency for International Development (USAID) y Family Planning Initiative ACCESS.** (2010). *Postpartum Intrauterine Contraceptive Device (PPIUD) Services. A reference manual for providers*. Jhpiego Corporation, Maryland. Disponible en: <https://bit.ly/3DYVkBk> (Último acceso: 10/2021).
- **Valdés-Bango, M., y Castelo-Branco, C.** (2020) "Anticoncepción con solo progestina", en *Ginecol Obstet Mex*, 88(Supl 1):S56-S73. Disponible en: <https://bit.ly/3oLm98k> (Último acceso: 10/2021).
- **Vargas Mora, S. y Estrada Rodríguez, C.** (2013). "Anticoncepción con dispositivo intrauterino", en *Revista Médica de Costa Rica y centroamerica* LXX (606), pp. 227-231.
- **Villavicencio, J. y Allen, R.** (2016). "Unscheduled bleeding and contraceptive choice: increasing satisfaction and continuation rates", en *Open Access J Contracept*, 7, pp. 43-52.
- **Weerasekera, D.S., Senanayake, L., Ratnasiri, P.U., et al.** (2018). "Cuatro años de la iniciativa de dispositivos intrauterinos posparto de la FIGO en Sri Lanka: iniciativa piloto de política nacional", en *Int J Gynecol Obstet*, 143(1), pp. 28-32.
- **World Health Organization (WHO).** (2007). Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. WHO, Geneva.
- **World Health Organization (WHO).** (2020). Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance. WHO, Geneva. Disponible en: <https://bit.ly/3DAySPi> (Último acceso: 10/2021).

12. Anexo

Métodos más efectivos

Estos métodos generalmente se asocian con tasas de falla de menos de 1 por cada 1000 personas usuarias.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

- El DIU de cobre previenen el embarazo durante 5 a 10 años (según el tipo) -SIU- Lng, (Mirena®) hasta por 7 años.
- Las tasas de fallas son inferiores a 1 por cada 1000 usuarias.
- El DIU no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, y es seguro para mujeres que viven con VIH / SIDA.

DIU posevento obstétrico

- El DIU se pueden insertar después de la expulsión del placenta. Es más conveniente y mejor práctica colocarlo inmediatamente después del alumbramiento. Si esto no fue posible, esta recomendada la inserción dentro de las 48 hs postparto y antes de que la mujer egrese del establecimiento.
- Si el DIU no se colocó dentro de las 48 horas, la inserción debe retrasarse hasta 4 semanas después del nacimiento (denominado "inserción de intervalo") para reducir el riesgo de perforación uterina.
- El DIU se puede insertar en el momento de la cesárea a través de la histerotomía luego del alumbramiento.
- Mientras que las tasas de expulsión del DIU después de la inserción posparto son ligeramente más altas que después de la inserción en el intervalo o más tarde, los beneficios de proporcionar anticoncepción de alta eficacia y duradera superan esta desventaja. Tasas de perforación e infección para el posparto
- La colocación de DIUPP parece ser similar o incluso menor que las asociadas con la inserción de intervalo.
- El uso del DIU de cobre posparto no interfiere con la lactancia materna.
- El retorno de la fertilidad es inmediato después de la extracción del DIU.
- El DIU-Lng también se puede usar en el posparto.

Implante subdérmico IMPLANON®

- El implante es efectivo durante 3 a 5 años o más dependiendo del implante que se utilice.
- Las tasas de fallas son de alrededor de 1 por cada 1000 usuarias.
- El implante no protege contra las ITS, incluido el VIH.
- El retorno de la fertilidad es inmediato después de que el implante es removido.

En el posparto:

- El implantes se puede colocar inmediatamente después del parto, incluso antes de que la mujer o PCG abandone el centro de salud. Si se inserta antes de las 3 semanas posteriores al parto, no hay necesidad de comprobar si está embarazada.
- El uso de implante posparto no interfiere con lactancia.

En el posaborto:

- Se puede utilizar inmediatamente luego de la evacuación uterina. También está indicado colocar el implante antes del inicio del tratamiento con misoprostol.

Contracepción Quirúrgica (CQ)

Ligadura Tubaria Bilateral.

- Las tasas de fracaso de la esterilización femenina son alrededor de 2 por 1000 mujeres, o PCG pero el método se considera permanente.
- La esterilización femenina no protege contra las ITS, incluido el VIH.

En el posparto:

- La esterilización femenina se puede realizar dentro del primer día hasta los 7 días después del parto o en cualquier momento después de las 6 semanas post parto.
- Entre los primeros 7 días y las 6 semanas hay un mayor riesgo de complicaciones ya que el útero no ha involucionado completamente.

Métodos más efectivos

Estos métodos generalmente se asocian con tasas de falla de menos de 1 por cada 1000 usuarias.

DIU posaborto

- La inserción puede ser realizada inmediatamente luego de la evacuación uterina.
 - La tasa de expulsión es similar a la del DIU colocado en el intervalo.
 - Es altamente recomendable aprovechar la oportunidad de situación de aborto para ofrecer anticoncepción con LARCs.
- Si la ligadura de una mujer está programada para más adelante se le debe proporcionar un método anticonceptivo provisional (por ejemplo Pildoras de progestágenos) que la protegerá del embarazo hasta el día de la cirugía.
 - Puede resultar conveniente realizar una CQ en el momento de la cesárea electiva.

En el posaborto:

- Se puede realizar inmediatamente luego de la evacuación uterina si no hubo hemorragia grave o infección.
- Se permite el abordaje laparoscópico si existe disponibilidad.

Métodos efectivos

Estos métodos generalmente se asocian con tasas de falla de más de 3 por cada 100 personas usuarias.

Inyectable trimestral: acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)

- Duran entre 8 y 12 semanas, por cual requiere que la mujer regrese a un centro de salud.
- Es recomendable que luego de verificar adherencia al MAC, se pueda otorgar mas de una ampolla.
- Las tasas de fallas rondan alrededor 3 por cada 100 usuarios en gran parte debido a que no se repitió la inyección.
- La amenorrea es común con estos métodos y el retorno de la fertilidad puede tardar algunos meses después de que se detiene el método.
- Los AOPS no protegen contra las ITS, incluido el VIH.

En el posparto:

- Se pueden iniciar de inmediato tanto en mujeres que desean amamantar como en quienes no desean.
- Los AOPS posparto no interfieren con lactancia.

En el posaborto:

- Esta Indicado su administración postaborto inmediato.



MELA (Método de lactancia y amenorrea)

- Las tasas de fracaso del MELA son de alrededor de 2 por cada 100 mujeres.
- Las mujeres que están amamantando a sus bebés pueden confiar en los efectos anticonceptivos de la lactancia para prevenir embarazos no intencionales siempre que son: (1) se encuentren en amenorrea; (2) presenten lactancia exclusiva o casi exclusiva y (3) menos de 6 meses posparto.
- Una vez que retorna la menstruación, la frecuencia de la lactancia disminuye o el bebé tiene 6 meses, otro debe iniciarse un método anticonceptivo y todos los métodos disponibles son adecuados para su uso.
- MELA no protege contra las ITS, incluido el VIH.

Métodos efectivos

Estos métodos generalmente se asocian con tasas de falla de más de 3 por cada 100 personas usuarias.

Anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOPS) no anovulatorios (minipildora de levonogestrel)

- Se toman continuamente todos los días sin descanso.
- Algunas marcas deben tomarse a la misma hora todos los días o no evitará el embarazo.
- La tasa de fallas es de alrededor de 9 por cada 100 usuarias.
- No protegen contra las ITS, incluido el VIH.

En el posparto:

- Los AOP pueden iniciarse inmediatamente después del parto. El uso de AOP posparto no interfiere con lactancia.

En el posaborto:

- No se recomiendan si existe disponibilidad de otro MAC por la alta tasa de falla debido a olvidos.

Anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOPS) no anovulatorios (minipildora de levonogestrel)

- Se toman continuamente todos los días sin descanso.
- Algunas marcas deben tomarse a la misma hora todos los días o no evitará el embarazo.
- La tasa de fallas es de alrededor de 9 por cada 100 personas usuarias.
- No protegen contra las ITS, incluido el VIH.

En el posparto:

- Los AOP pueden iniciarse inmediatamente después del parto.
- El uso de AOP posparto no interfiere con lactancia.

En el posaborto:

- No se recomiendan si existe disponibilidad de otro MAC por la alta tasa de falla debido a olvidos.

Anticonceptivo hormonal combinado (AHC), Anticonceptivo combinado inyectable (ACI)

- Los AHC se toman diariamente durante 21 días seguido de un descanso de 7 días o 4 días cuando ocurre la hemorragia por privación (menstruación).
- Los ACI se aplican mensualmente
- La tasa de fallas es de alrededor de 9 por cada 100 personas usuarias.
- Los AHC Y ACI no protegen contra las ITS, incluido el VIH.
- Son seguros para mujeres con VIH / SIDA.

En el posparto:

- Las mujeres que no están amamantando pueden comenzar a tomar AHC Y ACI a las 3 semanas posparto a menos que tengan más factores de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV).

En el posaborto:

- ACI y AHC están indicados de manera inmediata luego de un aborto.
- Deben considerarse el resto de los criterios de elegibilidad de la OMS 2015.

Métodos menos efectivos

Estos métodos generalmente se asocian con tasas de falla de más de 12 por cada 100 personas usuarias.

Preservativos peneanos

- La tasa de falla de los condones masculinos es relativamente alta, en al menos 12 por cada 100 parejas. Los condones masculinos protegen contra las ITS, incluido el VIH.

En el posparto:

- Los condones masculinos se pueden usar en cualquier momento después parto.
- Los condones masculinos no interfieren con la lactancia.

En el posaborto:

- Pueden Utilizarse inmediatamente

Debe brindarse información a las personas usuarias de los beneficios del doble método anticonceptivo para la prevención de ITS.

Preservativos vaginales

- La tasa de falla de los condones femeninos es relativamente alta, al menos 12 por cada 100 parejas.
- Los condones femeninos pueden brindar cierta protección contra las ITS.

En el posparto:

- Los condones femeninos se pueden usar en cualquier momento después parto.
- Los condones femeninos no interfieren con la lactancia.

En el posaborto:

- Pueden utilizarse inmediatamente

Los métodos menos efectivos

Estos métodos generalmente se asocian con tasas de falla de más de 18 por cada 100 usuarias.

Abstinencia (coitus interruptus)

- Las tasas de fracaso de la abstinencia son altas en alrededor de 18 por 100 parejas.
- La abstinencia no protege contra las ITS, incluido el VIH.

En el posparto:

- La abstinencia se puede utilizar en cualquier momento después del parto.
- La abstinencia no interfiere con la lactancia.

Anticoncepción de emergencia (AHE)

- La anticoncepción de emergencia se puede utilizar de forma segura en período posparto incluso si la mujer está amamantando.
- Puede usarse para prevenir embarazos no intencionales después de que se ha tenido relaciones sexuales.

Anticoncepción de emergencia con levonorgestrel (LNG)

- Se puede utilizar en cualquier momento posparto independientemente de si una mujer o PCG está amamantando o no.
- Altas dosis de etinilestradiol solo o en combinación con un progestágeno no debe usarse en el período posparto debido al aumento teórico del riesgo de TEV.
- La inserción de un DIU de emergencia es el más eficaz método de anticoncepción de emergencia y puede ser retenido para la anticoncepción en curso.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (FAB)

- Todos los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (FAB) tienen tasas de falla relativamente altas de alrededor de 24 por 100 mujeres o PCG.
- Ningún método FAB protege contra las ITS, incluido el VIH.

En el posparto:

- La capacidad de confiar en el uso de métodos FAB posparto difiere con respecto a si la mujer o PCG está amamantando o no.
- Las mujeres o PCG que amamantan no pueden depender de los métodos FAB hasta que hayan completado de tres a cuatro menstruaciones ciclos después del parto, por lo que estos métodos no son recomendado para uso posparto.
- Los métodos FAB no interfieren con la lactancia.

En el posaborto:

- Puede utilizarse pero considerar alta tasa de embarazos no intencionales.

Anticoncepción para mujeres o PCG en tratamiento con antirretrovirales por HIV

- Existen interacciones farmacológicas potenciales entre algunos medicamentos antirretrovirales y la anticoncepción hormonal.
- Sin embargo, La OMS ha revisado los datos y ha llegado a la conclusión de que los beneficios del uso de anticonceptivos hormonales superan los riesgos. (2015 MEC, Categoría 2).

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA INICIAR POSEVENTO OBSTÉTRICO

		48 h.	4 días	7 días	3 semanas	4 semanas	6 semanas	6 meses	12 meses y más
Todas las mujeres y PCG posparto con LE	DIU/SIU-LNG								
	Implante subdérmico								
	Ligadura tubaria								
	Anticonceptivos inyectables solo de progestágeno (AMPD)								
	AOPS anticonceptivos orales solo de progestágeno - (MINIPILDORA, DESOGESTREL, DROSPIRENONA).								
	Preservativo								
									AHC** (ACI, ACO)
	MELA*								
Mujeres y PCG posparto que no amamanten					AHC (ACI, ACO)				
Mujeres y PCG postaborto	DIU/SIU-LNG, implante subdérmico y ligadura tubaria								
	AMPD-AOPS-AHC***								
	Preservativo								

MELA: Método de lactancia y amenorrea (*) debe realizarse consejería en el riesgo de embarazo al utilizar este método como único / (**)Evaluar riesgo individual de tromboembolismo venoso (TEV) - (***)AHC: Anticoncepción Hormonal combinada. / (***) No se aconseja el uso de minipildoras por su alta sensibilidad a los olvidos. /

Adaptado Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, THE BEST PRACTICE in postpartum family planning

0800 222 3444

<https://argentina.gob.ar/salud/saludsexual>
saludsexual@msal.gov.ar

ISBN 978-950-38-0309-7



9 789503 803097

Dirección Nacional de
Salud Sexual y Reproductiva

Secretaría de
Acceso a la Salud



Ministerio de Salud
Argentina