



# Directrices clínicas centradas en la persona

PARA SERVICIOS DE SALUD  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA

# Agradecimientos

## Colaboradores

Kelly Culwell, médica – consultora  
Elias Girma – personal de la IPPF  
Clare Hollowell – personal de la IPPF  
YuHsin Huang – personal de la IPPF  
Emily Jackson, médica – consultora  
Alice Janvrin – personal de la IPPF  
Nathalie Kapp – personal de la IPPF  
Petra Letter – personal de la IPPF  
Daniel McCartney – personal de la IPPF  
Sarah Onyango – personal de la IPPF  
Shreena Patel – personal de la IPPF  
Viraj Patel, médico – consultor  
Julie Taft – personal de la IPPF  
Shadie Tofigh – consultora  
Seri Wendoh – personal de la IPPF  
Rebecca Wilkins – personal de la IPPF

Traducción: WorldAccent

Revisión de la traducción al español: Maitén Vargas

Diseño: Sue McDonald

## Revisores

Varun Anand  
Kalpana Apte  
Álvaro Bermejo  
Melissa Cockroft  
Manuelle Hurwitz  
Nathalie Kapp  
Nasrin Oryakhil  
Marta Royo

## Revisores / Miembros del IMAP

Profesor Oladapo Alabi Ladipo  
Dr. Ian Askew  
Dra. France Donnay  
Profesora Kristina Gemzell Danielsson  
Profesor Mike Mbizvo  
Janet Meyers  
Profesora Hextan Ngan  
Dra. Raffaella Schiavon


# Prólogo

Es importante adoptar un enfoque integral con respecto a los derechos y la salud sexual y reproductiva para garantizar tanto el bienestar sexual y reproductivo como la autonomía física. Todos los servicios de atención deben ser accesibles a lo largo de toda la vida. La salud sexual y reproductiva no incluye solo la prevención y el tratamiento de enfermedades, sino también la promoción de la sexualidad y la reproducción sanas y satisfactorias. Esto supone prestar servicios que vayan más allá de la anticoncepción, el aborto o el tratamiento de infecciones de transmisión sexual –como el VIH– para incluir la salud sexual, la reproducción asistida y el reconocimiento de la diversidad en la expresión de género.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) está preparando su nueva estrategia para el período 2022–2028, que servirá de guía para el trabajo colectivo de la IPPF y sus asociaciones miembros. Dicha estrategia da prioridad a la atención centrada en la persona y recomienda invertir en nuevos modelos de autocuidado y atención sanitaria que se adapten a las necesidades de las personas usuarias en diferentes circunstancias y contextos, en particular para prestar servicios a las poblaciones excluidas y marginalizadas.

El momento parece ser perfecto para presentar estas Directrices clínicas centradas en la persona, que ofrecen al personal de salud recomendaciones de manejo clínico, incluidas recomendaciones de tratamiento y prevención, basadas en datos científicos fiables.

Al contar con una red mundial de 40.000 puntos de prestación de servicios de salud y una firme incidencia política, la IPPF se encuentra en una posición singular para reunir pruebas que respalden los derechos y la salud sexual y reproductiva. No obstante, soy consciente de que la revisión de directrices clínicas es una tarea de gran envergadura, que incluye la identificación de preguntas y temas clave, la recopilación y síntesis de pruebas, la evaluación de la calidad de las pruebas y de las recomendaciones actuales de organismos internacionales (como la Organización Mundial de la Salud), así como la evaluación de la relevancia en los contextos en los que llevamos a cabo nuestro trabajo. Quiero dar las gracias a todas las personas que participaron, pero en particular a quienes forman parte del personal de salud o de gestión de programas que leerán estas directrices, porque con su labor cotidiana están contribuyendo directamente a construir un mundo en el que las personas, en toda su diversidad, tengan la libertad de tomar decisiones sobre su sexualidad y bienestar. ¡Gracias!



**Dr. Álvaro Bermejo**  
Director general de IPPF

# índice principal

Primera parte:		
	Resumen y asuntos transversales	4
Capítulo 1:	Principios rectores y enfoques	6
Segunda parte:		
	Servicios de salud sexual y reproductiva	15
Capítulo 2:	Requisitos de las instalaciones y antecedentes/ examen físico de las personas usuarias de los servicios	16
Capítulo 3:	Consejería	58
Capítulo 4:	Anticoncepción	79
Capítulo 5:	Atención del aborto	165
Capítulo 6:	Infecciones de transmisión sexual	193
Capítulo 7:	VIH	250
Capítulo 8:	Ginecología y otros servicios de salud reproductiva	284
Capítulo 9:	Salud materna	318
Capítulo 10:	Violencia sexual y basada en el género	367
Capítulo 11:	Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios	389

# Primera parte

## Resumen y asuntos transversales

# Capítulo 1: Principios rectores y enfoques

## índice

<b>1. Calidad de atención</b>	<b>7</b>
1.1 Introducción	7
1.2 Principios rectores y valores	7
1.3 Elementos clave y componentes esenciales	11
<b>2. Paquete integrado de servicios de salud básicos</b>	<b>13</b>
2.1 Información general	13
<b>3. Referencias</b>	<b>14</b>
3.1 Recursos	14

# 1. Calidad de atención

## 1.1 Introducción

El acceso de todas las personas a atención de calidad centrada en la persona y basada en los derechos es fundamental para los programas y la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.

El marco de calidad de atención de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) [1] ofrece directrices para garantizar la calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva prestados por las asociaciones miembros y entidades socias de la IPPF. Dicho marco apunta a los principios rectores y los valores de la IPPF e identifica elementos y componentes clave que son básicos para garantizar la calidad de la atención. Incluye la Carta de derechos de personas usuarias y de necesidades de proveedores de la IPPF, en virtud de la cual todas las asociaciones miembros deben:

- Garantizar a las personas usuarias el derecho a recibir información correcta y actualizada; acceso fácil a servicios de salud; opciones de servicios de salud y de métodos; privacidad, seguridad, comodidad y dignidad al recibir servicios de salud; confidencialidad; continuidad de los servicios de salud; y derecho a opinar.
- Garantizar a sus proveedores de servicios de salud el acceso a capacitación y aprendizaje continuos; información correcta y actualizada; infraestructura adecuada para prestar servicios de salud de alta calidad; orientación y respaldo de gerentes y supervisores; así como apoyo, respeto y aliento.

Además, la IPPF cuenta con estándares y principios que deben observar y promover todas las asociaciones miembros para formar parte de la Federación. En esto se incluye una evaluación general de las prácticas de calidad de atención de una asociación [2]. Estas nuevas Directrices clínicas centradas en la persona son una actualización de las directrices anteriores de la IPPF publicadas en 2004: Pautas Médicas y de Prestación de Servicios [3].

## 1.2 Principios rectores y valores

### 1.2.1 Enfoque centrado en la persona

La IPPF centra su enfoque respecto a la calidad de la atención en las personas usuarias, que tienen derecho a recibir servicios de salud de la calidad más alta. Las personas usuarias deben poder tomar decisiones sobre su salud y bienestar, la atención y los tratamientos que eligen y reciben, así como acceder al sistema de salud.

Un enfoque centrado en la persona significa que quienes prestan servicios de salud son conscientes de las necesidades de las personas usuarias, respetan sus derechos y los satisfacen. Esto incluye ofrecer opciones de servicios de salud y modelos de atención que sean pertinentes a las necesidades de la persona, sus preferencias y experiencias vitales; por ejemplo, opciones de atención a través de intervenciones de salud digital o apoyo para la autogestión, respeto en las interacciones con personas usuarias y el suministro de información correcta. Además, quienes gerencian y supervisan deben garantizar que se satisfagan tanto los derechos de quienes reciben los servicios de salud como las necesidades de quienes los prestan.

En los puntos de prestación de servicios de salud se debe ofrecer información y educación a todas las personas, independientemente de su edad, sexo, género, estado civil, capacidad de pago, origen étnico, convicciones políticas o religiosas, discapacidad, orientación sexual y otras características.

### 1.2.2 Enfoque basado en los derechos:

El enfoque basado en los derechos se asienta sobre varios tratados y declaraciones internacionales. Sobre la base de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 [4], que incluye el derecho a la salud, y de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, que reconoce «el derecho básico de todas las parejas y las personas a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos que desean tener, el momento en que desean tenerlos y el espaciamiento de los embarazos, así como a disponer de la información y los medios necesarios para poder hacerlo, y el derecho a disfrutar del grado más alto de salud sexual y reproductiva» [5], la actual definición integrada de derechos y salud sexual y reproductiva va más allá y establece que: «La salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad. Por lo tanto, un enfoque positivo sobre la sexualidad y la reproducción debe reconocer la importancia de las relaciones sexuales

*placenteras, la confianza y la comunicación para promover la autoestima y el bienestar general. Todas las personas tienen derecho a tomar decisiones sobre sus cuerpos y acceder a los servicios que respaldan dicho derecho» [6].*

Al colocar la dignidad y las necesidades de la persona en el centro del diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de los servicios de salud y de la prestación de los mismos, la IPPF se propone garantizar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos de todas las personas, así como proteger el derecho a decidir de forma plena, libre e informada sobre la propia salud sexual y reproductiva.

Los derechos de las personas usuarias se pueden resumir del siguiente modo:

**Derecho a la información:** todas las personas tienen derecho a conocer los beneficios y la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva tanto para ellas como para sus familias. También tienen derecho a saber dónde y cómo obtener información y recibir servicios de salud sexual y reproductiva. Todos los programas de salud sexual y reproductiva deberían difundir información sobre salud sexual y reproductiva, no solo en los centros de prestación de servicios de salud, sino también dentro de la comunidad.

**Derecho al acceso:** toda las personas tienen derecho a recibir servicios de salud sexual y reproductiva, independientemente de su raza, sexo, identidad de género, orientación sexual, estado civil, edad, convicciones políticas o religiosas, origen étnico, discapacidad u otras características que puedan suponer un riesgo de discriminación. El cumplimiento de este derecho requiere garantizar el acceso a través de diversos sistemas y proveedores de servicios de salud.

Los programas de salud sexual y reproductiva deben tomar las medidas necesarias para garantizar que los servicios de salud lleguen a todas las personas necesitadas, en particular aquellas que no pueden acceder a ellos con facilidad. La atención se debe centrar especialmente en la gente joven, las poblaciones marginalizadas y con servicios insuficientes, como personas trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que usan drogas, población sexualmente diversa, personas con discapacidad y personas privadas de su libertad.

**Derecho a decidir:** todas las personas y las parejas tienen derecho a decidir de forma libre si quieren tener descendencia y esto incluye el tipo de métodos anticonceptivos que desean utilizar y la opción de interrumpir un embarazo. El respeto por las decisiones

de las personas usuarias abarca todos los servicios de salud sexual y reproductiva prestados a lo largo de toda su vida e incluye decisiones en las que el consentimiento informado es esencial (p. ej. en el caso de las pruebas de VIH, la profilaxis previa y posterior a la exposición al VIH, la anticoncepción y el aborto). La información y educación que se proporcionen deben ser imparciales y deben permitir a las personas usuarias tomar decisiones libres e informadas sobre su fertilidad y otros asuntos relacionados con su salud sexual y reproductiva sin coerción y sin incentivos o desincentivos para las personas usuarias ni para las proveedoras de servicios de salud, y no se debe impedir a las personas usuarias acceder a una opción de atención si se ha aceptado otra distinta.

Al buscar servicios de salud sexual y reproductiva, las personas usuarias deben tener la posibilidad de elegir entre distintos métodos o tratamientos siempre que sea posible, por ejemplo, entre distintos métodos de aborto o anticoncepción. Los programas de salud sexual y reproductiva deben ayudar a las personas a tomar decisiones informadas y de forma libre. Para ello, deben ofrecer una amplia gama de métodos anticonceptivos y métodos de aborto médico y quirúrgico. Cada persona debe poder acceder al método que haya elegido usar, siempre que no haya contraindicaciones, sin ser objeto de juicios de valor ni estigmas.

Para cada persona, la idea de lo que es aceptable y apropiado cambia según sus circunstancias. Por lo tanto, el derecho a decidir incluye, por ejemplo, la decisión sobre el cambio de método o la interrupción de su uso, la adopción de medidas de profilaxis previas a la exposición al VIH, o la decisión de acceder a servicios de reproducción asistida.

En la medida en que sea posible, las personas usuarias tienen derecho a decidir a dónde acudir para recibir servicios de salud sexual y reproductiva, así como el tipo de proveedor de servicios de salud con el que se sientan más cómodas. La decisión sobre a dónde acudir puede relacionarse con un lugar o un modelo de prestación de servicios de salud (p. ej. un centro de atención en la comunidad, una farmacia, servicios de telesalud, atención en el hogar, un hospital, un centro de salud o una clínica de salud sexual y reproductiva). Los proveedores gubernamentales, no gubernamentales y del sector privado deben aceptar el establecimiento de centros de salud alternativos.

**Derecho a la seguridad:** las personas usuarias tienen derecho a protegerse de embarazos no planificados, enfermedades y violencia sexual y, al recibir servicios



de salud sexual y reproductiva, este derecho a la seguridad incluye lo siguiente:

- Aunque los beneficios de la anticoncepción para la salud normalmente son superiores a los posibles riesgos, las personas tienen derecho a protegerse frente a posibles efectos perjudiciales para su salud física o mental.
- Dado que los embarazos no planificados pueden suponer un riesgo para la salud, el derecho de las personas a la seguridad también incluye el derecho a la atención para un aborto seguro y a la anticoncepción.
- Al recibir servicios de salud, las personas usuarias también tienen derecho a protegerse de otros riesgos para la salud que no estén relacionados con un método de anticoncepción (p. ej. protección frente a la posibilidad de contraer una infección a través de instrumentos contaminados).

La seguridad se relaciona con la calidad de la atención y esto incluye tanto el centro donde se prestan los servicios como la competencia técnica de quienes prestan dichos servicios. Garantizar el derecho de las personas usuarias a la seguridad incluye ayudarlas a tomar decisiones informadas sobre los servicios de salud sexual y reproductiva que reciben, la identificación de contraindicaciones, el uso de técnicas apropiadas para la prestación de servicios, la consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos y los tratamientos de salud reproductiva, así como un seguimiento adecuado. Las condiciones de los centros de salud, así como de los materiales e instrumentos, deben ser adecuadas para la prestación de servicios de forma segura. Todas las complicaciones o efectos secundarios graves deben tratarse de forma apropiada. Si no hay un tratamiento disponible en determinado centro de salud, deberá referirse a la persona a otro.

La seguridad también incluye la prestación de servicios de salud en un entorno libre de discriminación, acoso/abuso u otras conductas dañinas de proveedores, personal y otras personas usuarias [7]. Todas las personas tienen derecho a ser protegidas de todo tipo de daño, descuido y explotación, independientemente de su edad, sexo, raza, orientación sexual, género, identidad de género, origen étnico, religión, condición de pareja, condición de embarazo o de maternidad/paternidad, situación de discapacidad, estado de salud, o de cualquier otro tipo de condición personal.

**Derecho a la privacidad:** las personas usuarias tienen derecho a hablar de sus necesidades o inquietudes en un entorno privado. Las personas deben saber que

sus conversaciones con quien les está prestando consejería o servicios de salud son privadas.

Los exámenes físicos a las personas usuarias deben llevarse a cabo en un entorno en el que se respete su derecho a la privacidad física. El derecho de estas personas a la privacidad también incluye los siguientes aspectos relacionados con la calidad de la atención:

- Al recibir consejería o someterse a un examen físico, la persona usuaria tiene derecho a recibir información sobre la función de todas las personas presentes (p. ej. personas que están recibiendo capacitación, responsables de supervisión, instrucción o investigación, etc.). Cuando sea necesaria la presencia de personas que están recibiendo capacitación se debe obtener primero el permiso de la persona que recibe atención.
- La persona usuaria tiene derecho a saber cuál es el tipo de examen físico que se va a llevar a cabo antes de empezar. También tiene derecho a negarse a someterse a un examen físico si no se siente cómoda con el mismo, o a pedir que el examen lo lleve a cabo otra persona proveedora de servicios de salud.
- Todas las conversaciones relacionadas con un caso que se mantengan en presencia de la persona que recibe la atención (en particular en centros de capacitación) deberían tenerla en cuenta o involucrarla.

**Derecho a la confidencialidad:** se debe garantizar a las personas usuarias que la información que proporcionen o los detalles de los servicios de salud que reciban no se darán a conocer a terceros sin su consentimiento. El derecho a la confidencialidad está protegido en virtud del juramento hipocrático. Así, los servicios de salud sexual y reproductiva deben prestarse de conformidad con los requisitos jurídicos locales y con principios éticos.

La violación de la confidencialidad podría causar el rechazo de la persona en su comunidad, perjudicar su relación con sus parejas, provocar violencia sexual y basada en el género por parte de sus parejas, cónyuges o familiares, o poner a la persona en riesgo de acoso policial en aquellos lugares en los que se penaliza la orientación sexual o ciertos servicios de asistencia sanitaria. También puede hacer que la comunidad confíe menos en el personal de un programa de prestación de servicios de salud. De acuerdo con el principio de confidencialidad, las personas proveedoras de servicios de salud deben abstenerse de hablar sobre pacientes usando su nombre o en presencia de otras personas usuarias usuarias de los servicios. No se debe hablar

de ellas fuera de los centros de salud. Las historias clínicas deben cerrarse y archivarse inmediatamente después de su uso. También debe limitarse el acceso a las historias clínicas.

**Derecho a la dignidad:** las personas usuarias tienen derecho a recibir un trato empático, cortés, considerado, atento y con todo el respeto a su dignidad, independientemente de su nivel educativo, condición social, raza, origen étnico, estado civil, identidad de género, orientación sexual y otras características que puedan diferenciar a las personas o ponerlas en riesgo. En virtud de este derecho, las personas proveedoras de servicios de salud deben dejar de lado sus prejuicios personales al prestar los servicios.

**Derecho a la comodidad:** las personas usuarias tienen derecho a sentirse cómodas al recibir atención. Este derecho se relaciona estrechamente con la idoneidad y la organización de los centros de salud (p. ej. las instalaciones deberían tener una ventilación adecuada, limpieza, iluminación, asientos y aseos adecuados). Las personas usuarias deben pasar solo una cantidad de tiempo razonable en las instalaciones para recibir la atención necesaria. El entorno en el que se proporciona la atención debe estar en consonancia con los valores culturales, las características y las demandas de la comunidad.

**Derecho a la continuidad:** las personas usuarias tienen derecho a recibir servicios y suministros de salud sexual y reproductiva, como anticonceptivos, durante el tiempo que sea necesario. La atención proporcionada a una persona en particular no debe interrumpirse, a menos que sea como resultado de una decisión conjunta entre la persona que recibe los servicios y la que los presta. El acceso de la persona usuaria a otros servicios de salud sexual y reproductiva no debe depender de si continúa o no con la anticoncepción (u otra opción de atención). La persona tiene derecho a solicitar el traslado de su historia clínica a otro centro de salud y en respuesta a dicha solicitud la historia, o una copia de la misma, debería entregársele o enviarse al otro centro. Las referencias y el seguimiento son otros dos aspectos importantes del derecho de la persona a la continuidad de la atención.

**Derecho a opinar:** las personas usuarias tienen derecho a expresar libremente sus opiniones sobre la atención sanitaria que reciben. Las opiniones de las personas usuarias sobre la calidad de la atención, ya se trate de agradecimientos o quejas, y sus sugerencias de cambios en la prestación de servicios deben tenerse en cuenta de forma positiva como parte de la labor continua de un programa para monitorear, evaluar y mejorar su atención sanitaria.

Lo ideal es que se consulte a las personas usuarias en la etapa de planificación de nuevos programas o centros de salud. El objetivo es satisfacer las necesidades y preferencias de las futuras personas usuarias de formas que sean apropiadas y aceptables para las mismas.

Es necesario que tanto gerentes de programas como proveedores de servicios de salud permitan a las personas usuarias ejercer todos sus derechos. Esta meta se relaciona directamente con la disponibilidad y calidad de la información y servicios de salud sexual y reproductiva.

### 1.2.3 Inclusión

Todas las personas que puedan necesitar atención de la salud deben tener acceso a servicios que tengan en cuenta sus necesidades particulares, sin hacer distinción por diferencias, evidentes o no. Algunos grupos tienen más probabilidades que otros de encontrar barreras para acceder a la atención o de resultar excluidos de la atención; por ejemplo, personas con discapacidad, personas trabajadoras sexuales, personas transgénero y no binarias, y jóvenes. En la medida de lo posible, el diseño de los servicios de salud y los modelos de atención debe abordar directamente las barreras para el acceso que pueden encontrar esos grupos.

La atención médica y el lenguaje empleado para describir la atención deberían ser inclusivos en cuanto al género de mujeres y niñas, personas intersexuales, personas transgénero y personas con otras identidades de género o identidades no binarias. La IPPF reconoce que es posible que personas con capacidad de embarazarse no se identifiquen como mujeres que para que la atención médica sea accesible e inclusiva debe reconocer esto de forma explícita. En cuanto a la atención de la salud materna, la anticoncepción y la atención del aborto, los servicios prestados deben ser inclusivos para todas las personas que tengan la capacidad reproductiva de embarazarse. Estas Directrices clínicas centradas en la persona persiguen ser inclusivas en cuanto al género, pero por razones de economía lingüística cuando en ocasiones se emplea el término «mujeres y niñas» se hace referencia a todas las personas que tienen la capacidad de embarazarse.

### 1.2.4 Enfoque transformador del género

La IPPF está comprometida con la igualdad de género como derecho humano que promueve el empoderamiento de mujeres y niñas y que se interrelaciona de forma estrecha con los derechos y la salud sexual y reproductiva. La IPPF incorpora un enfoque transformador del género en la prestación de atención sanitaria, garantizando

que todas las mujeres y niñas reciban atención de salud que mejore su toma de decisiones y el control sobre sus propias vidas, desafiando así las normas y roles de género y los estereotipos que estigmatizan la autonomía reproductiva de la mujer. La IPPF quiere garantizar que la eliminación de la violencia sexual y basada en el género sea un componente clave de los programas integrados e integrales. Esto incluye programas de cribado y de consejería relacionados con la violencia sexual y basada en el género (más información en el [capítulo 3: Consejería](#) y en el [capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género](#)).

### 1.2.5 Enfoque centrado en la juventud

La IPPF tiene el compromiso de garantizar que se reconozcan, respeten y satisfagan las necesidades de adolescentes y jóvenes. Esto puede lograrse integrando un enfoque centrado en la juventud en todos los niveles de la organización y respaldando el liderazgo juvenil tanto dentro como fuera de la IPPF. Un enfoque centrado en la juventud favorece los derechos sexuales y humanos. Los programas juveniles mejoran la comprensión del respeto, la equidad, la expresión sexual y la ausencia de estigma y discriminación, no solo entre las personas jóvenes, sino también entre sus progenitores, otras personas adultas y las comunidades en las que viven. El fomento de estos valores permitirá a la juventud emprender acciones para garantizar su propio bienestar y felicidad, así como demostrar solidaridad con aquellas personas cuyos derechos se infringen. Este enfoque repercute en el diseño y la implementación de los programas de prestación de servicios de salud [8].

## 1.3 Elementos clave y componentes esenciales

Los elementos clave y componentes esenciales del marco de calidad de la atención de la IPPF [1] ofrecen métodos prácticos para garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva satisfagan las necesidades de las personas usuarias.

### 1.3.1 Entorno seguro y confidencial

Garantizar un entorno seguro y confidencial es esencial para prestar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. Los programas de salud sexual y reproductiva deben crear puntos de prestación de servicios de salud que sean espacios seguros en los que las personas puedan recibir atención, expresarse plenamente, sin temor a sentirse incómodas o a sentir que no son bien recibidas o que se las juzga por su sexo, raza, origen étnico, orientación sexual, identidad

o expresión de género, cultura, edad o capacidad física o mental. Se deben reconocer y respetar la autoestima, la dignidad y los sentimientos de las personas.

Los puntos de prestación de servicios de salud deben establecerse en lugares apropiados que ofrezcan seguridad tanto a quienes reciben servicios de salud como a quienes los prestan. Además, las instalaciones deben garantizar la privacidad y confidencialidad. El punto de prestación de servicios de salud debe satisfacer los requisitos de espacio adecuado y de configuración para la categoría de servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrezcan en él. También se debe mantener y proteger la confidencialidad de la información y los datos de las personas usuarias (más información en [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#)).

### 1.3.2 Servicios de salud integrales e integrados

En el punto de prestación de servicios de salud debe ofrecerse una amplia variedad de servicios de salud sexual y reproductiva con la finalidad de satisfacer las necesidades de las personas usuarias. El paquete de servicios de salud recomendado por la IPPF incluye un sólido sistema de referencias y mecanismos de recogida de opiniones (más información en el [apartado 2](#)) y garantiza que las personas usuarias reciban servicios de salud integrales e integrados, preferiblemente en un único lugar [9].

Las personas proveedoras deben ofrecer información sobre los servicios de salud disponibles que sea comprensible, precisa desde el punto de vista médico y completa. La prestación de servicios de salud debe basarse en estándares y protocolos médicos exactos y actualizados, así como en las buenas prácticas y directrices acordadas a nivel nacional.

### 1.3.3 Servicios de salud bien gestionados

Unos servicios de salud bien gestionados combinan la competencia profesional con una atención y cuidados personales sobresalientes. La atención debe ser compatible con las necesidades y demandas de las personas usuarias, incluidos el seguimiento y las referencias seguras y confiables para servicios que no se presten en un punto determinado.

Los sistemas (como los de personal, equipamiento y suministros de medicamentos) deben disponer de recursos suficientes y una distribución adecuada para facilitar la prestación de servicios de salud apropiados y de calidad. Además, los datos que se recojan deben ser exactos, completos y servir de base para mejoras

o cambios necesarios en la prestación de servicios de salud. Esto incluye planificación, implementación, monitoreo y evaluación claros, y la gestión eficaz del personal, los ingresos, las finanzas, los equipamientos, los suministros y el tiempo.

### 1.3.4 Personal altamente calificado y respetuoso

A fin de garantizar una atención de calidad para las personas usuarias, los puntos de prestación de servicios deben contar con una cantidad adecuada de personal, de modo que se abarquen las funciones definidas según el nivel de servicios de salud.

Todo el personal (incluidas las personas proveedoras de servicios de salud y el personal auxiliar) debe actuar conforme a la misión y los valores centrales de la IPPF. Debe ser respetuoso y no juzgar a las personas usuarias, incluidas las personas jóvenes y otros grupos marginalizados.

Las personas proveedoras de servicios de salud deben recibir apoyo en forma de capacitación, instrucción, mentorías, supervisión y motivación para ofrecer una amplia variedad de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, incluida una variedad de métodos anticonceptivos. Deben contar con las aptitudes técnicas e interpersonales necesarias para prestar dicha atención y satisfacer las necesidades de todas las personas usuarias. Las personas proveedoras de servicios de salud deben recibir capacitación en la prestación de servicios amigables con la gente joven y respaldar los derechos de las personas jóvenes y otros grupos marginalizados y con servicios insuficientes, como las personas transgénero y las personas que viven con VIH. También deben sentir comodidad a la hora de prestar servicios de salud a personas jóvenes que no estén casadas y a otros grupos marginalizados. Además, deben sentirse a gusto con la prestación de toda la variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención del aborto, independientemente de cuáles sean sus creencias o su religión.

El personal debe ser capaz de evaluar de forma conjunta el desempeño de la clínica e introducir cambios y mejoras cuando sea necesario. También debe ser capaz de evaluar su propio desempeño, parcialmente en base a comentarios de pacientes y personal sobre su competencia y actitud. Es necesario que todas las personas involucradas en el sistema de prestación de servicios de salud, como gerentes, responsables de supervisión, colegas y pacientes, aporten sus opiniones.

### 1.3.5 Sistema seguro de gestión de la cadena de suministro

Los puntos de prestación de servicios de salud necesitan una gestión eficaz de la cadena de suministro para garantizar el suministro continuo de productos de calidad en cantidades suficientes. La cadena de suministro debe garantizar que las personas usuarias reciban el producto correcto (es decir, la variedad de productos necesarios para satisfacer las necesidades diversas de las personas usuarias), en cantidades y condiciones adecuadas (productos de buena calidad, intactos y no caducados), en el lugar y el momento apropiados con el precio adecuado (incluidos los costos de productos y los costos indirectos, como los de transporte, lucro cesante, etc.).

### 1.3.6 Recursos financieros adecuados

Se necesitan suficientes recursos para prestar de forma efectiva servicios de salud sexual y reproductiva; esto incluye contar con el personal adecuado, con la capacitación adecuada, una buena infraestructura, los equipamientos y los productos apropiados. Es necesario prever, planificar y administrar estos recursos usando datos de atención médica y un enfoque basado en el valor de la inversión, con el objetivo de lograr que los puntos de prestación de servicios de salud sean sostenibles desde el punto de vista económico durante un tiempo determinado.

La salud y sostenibilidad financiera se pueden medir según la disponibilidad de recursos financieros adecuados para garantizar la continuidad de la prestación de servicios de salud, que puede evaluarse en base a la ausencia de casos de agotamiento de inventario, el crecimiento de ingresos netos (ingresos adecuados para cubrir los gastos) y la diversidad de las líneas de financiamiento para facilitar mecanismos de contingencia en caso de que algunas de las fuentes de financiamiento se vean perjudicadas por cualquier tipo de suceso.

### 1.3.7 Comunicación efectiva y sistema de retroalimentación

Los puntos de prestación de servicios de salud deben centrarse en la persona y deben contar con sistemas de monitoreo y evaluación que funcionen bien, en los cuales tanto las personas usuarias como la comunidad puedan participar de forma activa para lograr y garantizar una atención de la más alta calidad y en constante mejora. Conforme a esto, debe haber un mecanismo para recibir comentarios de las personas usuarias en el punto de prestación de servicios de salud y dentro de la comunidad, así como para dar respuesta a dichos comentarios de forma oportuna y apropiada. En la IPPF,

cualquier persona puede comunicar algo que le preocupe, incluidas personas usuarias, de la comunidad y cualquier persona que trabaje o actúe como voluntaria para el Secretariado de la IPPF, las asociaciones miembros, etc. Esto se puede hacer a través de SafeReport [10].

También son esenciales para poder introducir mejoras los mecanismos de evaluación que emplean datos de desempeño y recogen las opiniones de proveedores de servicios de salud, incluidos los informes de eventos adversos y mecanismos de aprendizaje, canalizados por lo general a través de sistemas de gobernanza clínica. La participación de la comunidad garantiza que los servicios de salud satisfagan las necesidades de la comunidad y esto promueve la garantía de calidad y la mejora, la planificación y programación adecuadas, genera demanda y empoderamiento, y favorece el ejercicio de los derechos.

### 1.3.8 Satisfacer las necesidades del personal de servicios de salud

Las necesidades de las personas que prestan servicios de salud también deben tenerse en cuenta para que las personas usuarias puedan ejercer sus derechos, de lo contrario podría ser imposible para las primeras defender realmente los derechos de las usuarias. Entre las necesidades del personal de servicios de salud se incluyen la capacitación, la información y la orientación, infraestructura y suministros adecuados, respeto y reconocimiento, motivación y retroalimentación, así como la posibilidad de expresarse. El personal de servicios de salud también necesita tener la seguridad de que cualquiera que sea su entorno de trabajo (ya sea en la comunidad o en el centro clínico de servicios de salud más completo) forma parte de una comunidad más amplia y de una red de apoyo.

El personal de servicios de salud trabaja incansablemente, a menudo en condiciones jurídicas, económicas y sociales difíciles, y puede ser objeto de acoso, abuso, discriminación y estigmatización por prestar servicios de salud. En particular, esto sucede con quienes prestan servicios de salud estigmatizados, como la atención del aborto, o trabajan con grupos marginalizados, como personas trabajadoras sexuales. Se debe proteger el derecho a la seguridad, dignidad y bienestar de las personas proveedoras de servicios de salud y el personal de la clínica para que puedan llevar a cabo su trabajo. Esto supone garantizar un entorno de trabajo seguro y que se apliquen las políticas y los procedimientos adecuados para la prevención y mitigación de riesgos, y para ayudar y apoyar al personal de servicios de salud cuando lo necesite.

## 2. Paquete integrado de servicios de salud básicos

### 2.1 Información general

La IPPF se esfuerza por ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva integrales, integrados y de calidad a todas las personas usuarias. Un paquete de servicios de salud debería abordar las necesidades mínimas de salud sexual y reproductiva de la población que la IPPF se ha comprometido a satisfacer. El paquete de atención coloca a las personas en el centro de la prestación de servicios de salud y garantiza que todas puedan disfrutar de servicios integrados y de calidad.

La variedad de servicios de salud incluidos refleja el compromiso de la IPPF para garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y adopta una perspectiva centrada en todo el ciclo vital que enfatiza la atención continua para la salud sexual y reproductiva con un enfoque basado en los derechos. El paquete de servicios de salud puede usarse como marco para respaldar el logro de los objetivos organizativos y programáticos de la IPPF.

Estas Directrices clínicas centradas en la persona se han diseñado de forma que reflejen un paquete de servicios básicos de salud sexual y reproductiva. El personal de servicios de salud y otras personas que utilicen las directrices pueden consultar los capítulos pertinentes para obtener información general y orientación sobre la prestación de servicios de salud en relación con los componentes de servicios básicos de salud sexual y reproductiva. También encontrarán enlaces y referencias relacionados que respaldan una atención integral y completa.

Un paquete de servicios básicos puede servir de punto de partida para una mayor integración de otros servicios de salud y apoyo, reduciendo así las oportunidades de atención perdidas. Por ejemplo, si alguien busca servicios de atención del aborto, si una persona ha tenido relaciones sexuales sin protección y ha estado expuesta a infecciones de transmisión sexual como el VIH, o si ha sufrido violencia sexual y basada en el género. Esta puede ser una buena oportunidad para ofrecer servicios de salud adicionales y garantizar que la persona reciba toda la atención necesaria en una sola visita.

Ofrecer un paquete de servicios de salud integrados no solo beneficia a la persona al garantizar el acceso a una amplia variedad de servicios, sino que también contribuye a reforzar el sistema de salud:

- **Un marco centrado en la persona para la prestación de servicios de salud.** La IPPF promueve la prestación de servicios de salud centrados en la persona al abordar sus necesidades de salud sexual y reproductiva más urgentes. Este enfoque integral en la prestación de servicios de salud genera mejores resultados médicos para las personas usuarias.
- **Un marco para la priorización de recursos.** La definición de servicios de salud básicos permite a las asociaciones miembros priorizar una gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva.
- **Un marco para la programación.** A nivel mundial y regional, los servicios de salud integrados ofrecen un marco con el que la IPPF puede establecer sus prioridades técnicas para facilitar un apoyo efectivo y eficiente dentro de la Federación.
- **Un marco para el desarrollo de sistemas.** Los servicios de salud integrados pueden usarse como marco para desarrollar y mejorar sistemas, incluidos sistemas de gestión de la información sanitaria, gestión de la cadena de suministro, calidad de la atención, evaluación del desempeño y gobernanza para respaldar el fortalecimiento de la prestación de servicios integrados de salud sexual y reproductiva.

### 3. Referencias

- [1] Federación Internacional de Planificación Familiar. Quality of Care Framework 2015. Londres: IPPF; 2015. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/Quality\\_of\\_care\\_framework\\_2015.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/Quality_of_care_framework_2015.pdf). Consultado el 7 de febrero de 2022.
- [2] Federación Internacional de Planificación Familiar. IPPF Standards and Responsibilities of Membership. Mayo de 2014. Disponible en: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2018-02/IPPf%20Standards%20and%20Responsibilities%20of%20Membership%20May%202014.pdf>. Consultado el 7 de febrero de 2022.
- [3] Federación Internacional de Planificación Familiar. Medical and Service Delivery Guidelines: For Sexual and Reproductive Health Services. Tercera edición. Londres: IPPF; 2004. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_medical\\_and\\_service\\_delivery\\_guidelines\\_english.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_medical_and_service_delivery_guidelines_english.pdf). Consultado el 7 de febrero de 2022.
- [4] Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights> Consultado el 7 de febrero de 2022.
- [5] Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: ONU; 1995. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa.pdf). Consultado el 7 de febrero de 2022.
- [6] Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642–2692.
- [7] Federación Internacional de Planificación Familiar. Protección (niñez y adultos vulnerables) Disponible en inglés en: <https://www.ippf.org/sites/default/files/Policy%201-17%20SAFEGUARDING%20CHILDREN%20AND%20VULNERABLE%20ADULTS.pdf>. La versión en español está disponible en SGIM Hub. Consultado el 24 de febrero de 2022.
- [8] Federación Internacional de Planificación Familiar. Young people at the centre. Vision and plan for placing young people at the heart of implementing IPPF's strategic framework. Londres: IPPF; 2017. Disponible en: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2018-08/Young-people-at-the-centre-May17.pdf>. Consultado el 7 de febrero de 2022.
- [9] Federación Internacional de Planificación Familiar (sitio web). Integrated Service Delivery. Disponible en: <https://www.ippf.org/our-approach/integrated-service-delivery>. Consultado el 7 de febrero de 2022.
- [10] Federación Internacional de Planificación Familiar. SafeReport. Disponible en: <https://secure.ethicspoint.eu/domain/media/en/gui/107397/index.html>. Consultado el 7 de febrero de 2022.

#### 3.1 Recursos

Federación Internacional de Planificación Familiar (sitio web). IPPF membership standards and responsibilities. Disponible en: <https://www.ippf.org/resource/ippf-membership-standards-responsibilities>. Consultado el 19 de abril de 2022.

# Segunda parte

## Servicios de salud sexual y reproductiva

# Capítulo 2:

## Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios

# índice

## Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>18</b>
<b>2. Requisitos de las instalaciones de servicios integrales de salud sexual y reproductiva</b>	<b>18</b>
2.1 Infraestructura de la clínica	18
2.2 Gestión de la cadena de suministro	20
2.3 Finanzas de los centros de salud	21
2.4 Competencia del personal de salud	21
2.5 Prevención y control de infecciones	21
2.6 Mecanismos de mejora de la calidad	21
2.7 Referencias, alianzas con la comunidad y vínculos	22
<b>3. Antecedentes médicos</b>	<b>22</b>
3.1 Qué debe incluirse en los antecedentes médicos	22
3.2 Técnicas de comunicación para conocer los antecedentes sexuales	22





<b>4. Examen físico</b>	<b>24</b>
4.1 Examen general	26
4.2 Examen abdominal	26
4.3 Examen ginecológico	27
4.4 Examen clínico de mamas	28
4.5 Examen de órganos genitales masculinos	30
<b>5. Referencias</b>	<b>31</b>
5.1 Recursos	32
<b>Apéndices</b>	<b>33</b>
Apéndice 1: Resumen de los requisitos clínicos para un servicio completo de salud sexual y reproductiva	33
Apéndice 2: Medicamentos, equipamiento y suministros básicos necesarios para los servicios de salud sexual y reproductiva	37
Atención integral del aborto	37
Prevención, detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino	39
Manejo clínico de las violaciones sexuales	42
Anticonceptivos	44
Lista de equipamiento, medicamentos y suministros de partos seguros para la atención obstétrica y neonatal de emergencia básica (BEmONC) y la atención obstétrica y neonatal de emergencia integral (CEmONC)	49
Infecciones de transmisión sexual incluido el VIH	50
Ligadura de trompas (esterilización femenina): Suministros y equipamiento de emergencia	52
Vasectomía (esterilización masculina): Suministros y equipamiento de emergencia	55



# 1. Introducción

En este capítulo se ofrece orientación sobre los requisitos de las instalaciones que ofrecen servicios integrales de salud sexual y reproductiva (incluidos los requisitos de diseño e infraestructura) y sobre cómo registrar los antecedentes médicos de las personas usuarias y llevar a cabo exámenes físicos. Su contenido tiene relación con el de otros capítulos, como el [capítulo 3: Consejería](#), el [capítulo 8: Ginecología y otros servicios de salud reproductiva](#), y el [capítulo 11: Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios](#).

## ¿Cuáles son los requisitos de las instalaciones y las orientaciones clínicas para los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios?

Gerentes de programas y proveedores de servicios de salud que trabajen directamente con el público pueden encontrar información detallada en el [capítulo 11: Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios](#) y en diversas herramientas orientativas:

- Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia [1]
- Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios [2]
- Kits interinstitucionales de salud reproductiva [3]
- Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios [4]
- Herramientas de evaluación de procesos PSIM [5]
- Calculadora de kits de salud reproductiva [6]

# 2. Requisitos de las instalaciones de servicios integrales de salud sexual y reproductiva

A fin de garantizar la sostenibilidad, la calidad y el uso de los servicios de salud, la gerencia de programas/clínicas debe aplicar requisitos estándar para las instalaciones de servicios de salud sexual y reproductiva en las siguientes áreas: infraestructura de la clínica ([apartado 2.1](#)); gestión de la cadena de suministro ([apartado 2.2](#)); finanzas de los centros de salud ([apartado 2.3](#)); competencia del personal de salud ([apartado 2.4](#)); prevención y control

de infecciones ([apartado 2.5](#)), mecanismos de mejora de la calidad ([apartado 2.6](#)); y referencias, alianzas con la comunidad y vínculos ([apartado 2.7](#)). En general, se recomienda que los requisitos de las instalaciones coincidan con los estándares internacionales que tienen en cuenta la accesibilidad, de modo que la inclusión de la discapacidad sea uno de los criterios estándar de calidad [7,8]. Además, los asuntos relacionados con la infraestructura también deberían seguir los criterios de accesibilidad para garantizar la inclusión de personas con discapacidad, aunque las regulaciones y los marcos nacionales pueden ser diferentes. Todas las personas deben poder disfrutar de infraestructura accesible.

## 2.1 Infraestructura de la clínica

Es esencial considerar la infraestructura y el diseño al crear una clínica fija de salud sexual y reproductiva o integrar los servicios de salud sexual y reproductiva en instalaciones ya establecidas. El espacio necesario dependerá de los servicios de salud que se presten, la población de personas usuarias y los planes de ampliación o de introducción de más servicios en el futuro.

### 2.1.1 Servicios de salud sexual y reproductiva

La prestación de servicios integrales de salud sexual y reproductiva incluye la consejería sobre derechos y salud sexual y reproductiva, la atención del aborto, la salud materno infantil, la anticoncepción, la prevención y respuesta a la violencia sexual y basada en el género el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH, el diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino, pruebas de laboratorio y atención ginecológica general para todos los grupos de población. No obstante, el nivel de atención de salud sexual y reproductiva puede variar y dependerá del nivel de ese centro de salud en particular. El estándar mínimo para prestar la mayoría de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención obstétrica y neonatal de emergencia básica (en inglés, BEmONC), en clínicas de salud primaria es disponer de un espacio de entre 700 y 1500 ft<sup>2</sup> (65–139 m<sup>2</sup>). En cuanto a los servicios de salud para métodos anticonceptivos permanentes, la atención del aborto después de las 13 semanas y la atención obstétrica y neonatal de emergencia integral (en inglés, CEmONC), el espacio necesario es de entre 1500 y 2000 ft<sup>2</sup> (139–186 m<sup>2</sup>). En el [apéndice 1](#) se ofrece un resumen de los requisitos de las instalaciones de servicios integrales de salud sexual y reproductiva.



### 2.1.2 Ubicación

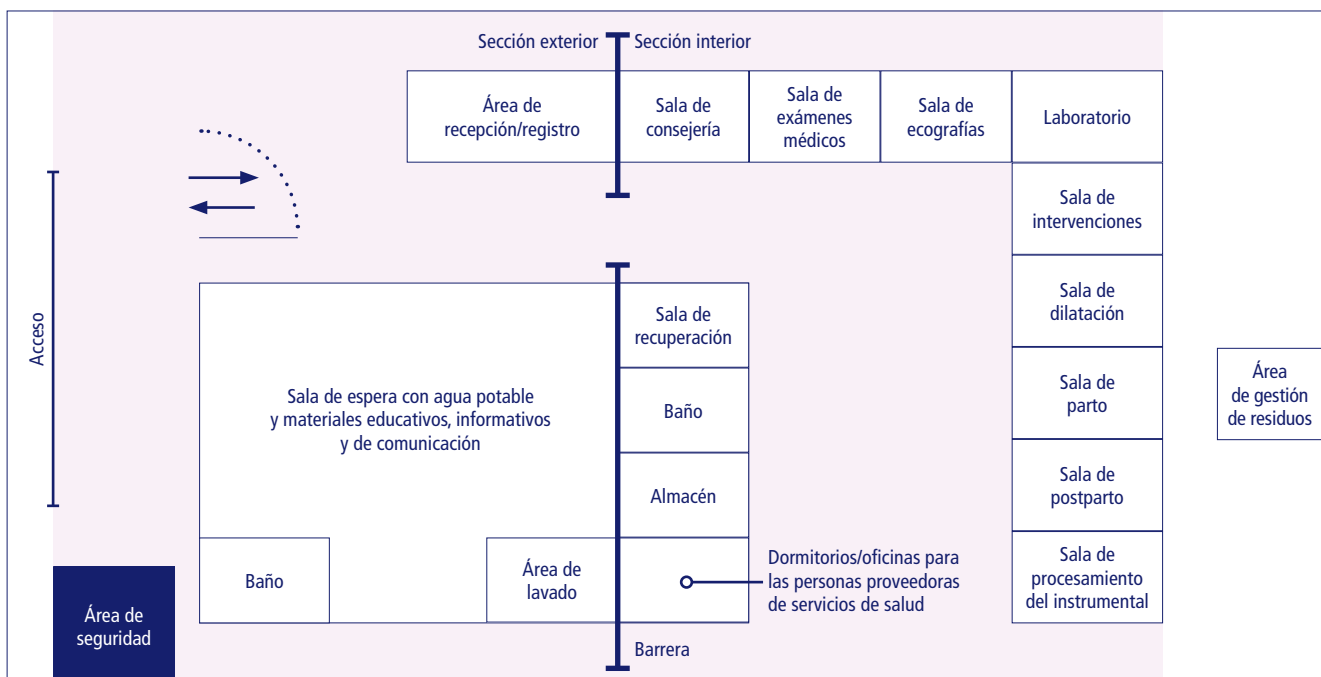
Al elegir una ubicación es necesario tener en cuenta que la clínica debe ser accesible y estar a salvo de riesgos medioambientales, como una alta contaminación atmosférica o del agua, y de zonas expuestas a catástrofes naturales; así mismo, debe estar a una distancia razonable de centros de referencia. La clínica debe estar cerca del transporte público, preferiblemente a menos de 20 minutos andando de la parada más cercana de autobús, tren u otro tipo de transporte público. El horario de atención de la clínica debe ser cómodo para todas las personas (en particular aquellas que tengan que hacer desplazamientos largos y grupos marginalizados, como personas con discapacidad) y tener un horario de servicios clínicos especiales. Durante el horario de atención, la clínica debe ser segura tanto para las personas que usan los servicios de salud como para quienes los prestan. Deben adoptarse medidas de seguridad para evitar que personas no autorizadas entren en la clínica y para que quienes acuden a atenderse puedan entrar y salir con facilidad y seguridad.

### 2.1.3 Infraestructura y diseño

La infraestructura y el diseño deben adecuarse a la prestación de servicios de salud tanto actuales como futuros y a las necesidades de las personas usuarias. La infraestructura de la clínica debería contar con suministros confiables de agua y electricidad, y ser accesible para todo tipo de personas, incluidas aquellas con diferentes impedimentos

o discapacidades físicas (véase el *recuadro 1: Accesibilidad a la infraestructura e información de la clínica* en la página siguiente). La clínica debe diseñarse de forma que incluya un área interior que garantice la seguridad, privacidad, confidencialidad y prevención de infecciones. El flujo de personas usuarias debe ser unidireccional, de modo que no tengan que volver al área de espera, salvo para salir de la clínica. Es preferible que la clínica disponga de otra salida aparte si ofrece servicios de atención del aborto o servicios para jóvenes y personas marginalizadas. Es preferible que haya salas de intervención y recuperación separadas para personas embarazadas y de parto, salas de aborto, salas para sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género, y personas que se someten a una esterilización permanente. El diseño del centro de salud que se muestra en la *figura 1* debe adaptarse en función del nivel determinado de ese lugar y los planes de ampliación de servicios integrados de salud sexual y reproductiva. La *figura 1* ilustra las dos áreas principales de una clínica fija de servicios de salud sexual y reproductiva. La *zona exterior* incluye un área de recepción/registro y áreas de espera, baños y punto de lavado de manos. La *zona interior* consta de las salas de consejería, examen físico, laboratorio, ecografía, intervenciones, recuperación y baño para pacientes. La barrera/pared entre la zona exterior y la interior del edificio constituye la división permanente que garantiza la privacidad en cuanto a lo que se puede ver y oír, y evita el paso no indispensable a la zona interior de la clínica (véase el *apéndice 1*).

**FIGURA 1: Ejemplo de una configuración ideal para un centro de salud sexual y reproductiva**



**RECUADRO 1: Accesibilidad a la infraestructura e información de la clínica****Entradas/puertas**

- Calle pavimentada
- Carteles en un formato accesible
- Indicadores táctiles
- Anchura de puerta adecuada en la verja para los peatones
- Espacios de estacionamiento para personas con discapacidad

**Áreas de la clínica**

- Área de la clínica adecuada
- Pasillo/camino de cemento
- Sin obstáculos que impidan el movimiento a través de las áreas de las instalaciones
- Carteles de orientación
- Marcas táctiles en el suelo para orientar a las personas con problemas de visión
- Sistema de alcantarillado
- Rampas según las normas internacionales
- Escaleras según las normas internacionales
- Manillas, asas y barandillas de apoyo en las escaleras y las rampas
- Marcas táctiles en la parte superior e inferior de las escaleras y las rampas
- La disposición de los muebles no debe obstaculizar el movimiento
- El mostrador de recepción debe encontrarse a una altura adecuada
- El suelo de las escaleras no resbala

**Salas del departamento de consultas externas**

- Armarios seguros con puertas que se cierran
- Espacio para que las personas usuarias de sillas de ruedas se puedan mover sin problemas
- Anchura adecuada de las puertas
- Ningún desnivel para entrar en las salas o rampas disponibles
- Equipos ajustables y actualizados (p. ej. camas para exámenes y partos)
- Camas accesibles
- Accesibilidad de la información
- Buena ventilación
- Baños y retretes/inodoros
- Pasillos/caminos de cemento que llevan a los baños
- Baño especial para las personas con discapacidad
- Retretes/inodoros disponibles
- Suficientes asas y barandillas y en la posición correcta para permitir que las personas con problemas de movilidad y las que utilizan sillas de ruedas puedan usar el retrete/inodoro
- Lavamanos dentro del baño

**Carteles visibles y accesibles**

- Carteles e información en formatos accesibles
- Buena iluminación

**Comunicación**

- Una persona de contacto con formación en lengua de signos

## 2.2 Gestión de la cadena de suministro

La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva requiere de suministros, equipamiento e infraestructura. La gestión de la cadena de suministro se centra en el acceso de las personas al suministro ininterrumpido de medicamentos y productos básicos. Una cadena de suministro funcional supone la disponibilidad de los medicamentos adecuados, en la cantidad adecuada, para las personas usuarias adecuadas, en el momento adecuado, en la condición adecuada (calidad) y a un precio adecuado (de la forma más eficiente, segura y menos costosa posible). Por lo tanto, las funciones básicas de gestión de la cadena de suministro consisten en la selección de productos, la previsión/cuantificación, la adquisición, el almacenamiento, la gestión de inventario,

el transporte, el reabastecimiento y el servicio a personas beneficiarias. Uno de los indicadores clave es garantizar el inventario adecuado, preferiblemente un inventario suficiente para tres meses de equipamiento, productos y medicamentos básicos para todos los servicios de salud sexual y reproductiva que se presten en el centro de salud. A fin de garantizar la compra, la entrega y el uso de medicamentos y equipamiento de calidad, la gerencia del centro de salud debería hacer la selección según la lista de medicamentos y equipamiento básicos del país o los estándares internacionales de precalificación de medicamento fijados por la OMS o el UNFPA [9]. Estos instrumentos y medicamentos deben incluirse de forma rutinaria en la planificación, el presupuesto de compras, la distribución y los sistemas de gestión. En el [apéndice 2](#) se enumeran los medicamentos,

Please c  
full nam  
name of  
OMS or  
"medica



equipamiento y suministros básicos necesarios para los servicios de salud sexual y reproductiva descritos. En el *apartado 5.1: Recursos* se ofrecen herramientas orientativas relacionadas con la gestión de la cadena de suministro.

## 2.3 Finanzas de los centros de salud

Los presupuestos de los centros de salud deben incluir fondos suficientes para los siguientes tipos de costos: costos de administración y de los equipamientos, medicamentos y suministros necesarios para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y la prevención y el control de infecciones; equipos de protección individual; partidas presupuestarias para realizar ajustes razonables para personas con discapacidad; tiempo del personal; actividades de divulgación en la comunidad y con las partes interesadas, programas de capacitación y supervisiones; mejoras de la infraestructura; registros; y monitoreo y evaluación. La gerencia de los centros de salud debe realizar proyecciones presupuestarias anuales y llevar a cabo evaluaciones trimestrales de los centros de salud, así como análisis para planificar posibles cambios en el presupuesto.

## 2.4 Competencia del personal de salud

Dentro del sistema de salud, el personal de salud consta de personal auxiliar, proveedores de servicios de salud de todos los niveles de atención y agentes de salud en la comunidad. En la medida de lo posible, el personal de salud debe reflejar la diversidad de la población local, incluidos grupos infrarrepresentados, como personas con discapacidad. Todo el personal que trabaje en un centro de salud debe recibir capacitación sobre sus procedimientos clínicos normalizados y directrices de prestación de servicios de salud. Quienes proveen servicios de salud deben tener capacitación y competencias desde el punto de vista técnico, y utilizar las tecnologías clínicas apropiadas para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad. Los agentes de salud en la comunidad deben tener capacitación y demostrar competencia para ofrecer información basada en la evidencia, servicios de salud básicos (dependiendo del contexto legal) y referencias en todo el espectro de la atención de la salud sexual y reproductiva, materna, neonatal, infantil y de adolescentes. El personal auxiliar dentro del centro de salud debe contar con capacitación para ofrecer un entorno acogedor y seguro, incluso al realizar tareas administrativas, de prevención y control de infecciones, implementar medidas de seguridad, llevar a cabo tareas

financieras y de gestión de cadena de suministro. Si hay lagunas en las competencias, el personal de salud debería recibir capacitación a fin de garantizar el mantenimiento de las competencias, las destrezas, los conocimientos y las actitudes esenciales para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Independientemente de eso, la gerencia de la clínica debe asegurarse de que el personal de salud reciba capacitación periódica para la actualización de sus conocimientos.

## 2.5 Prevención y control de infecciones

Todo el personal, tanto clínico como no clínico, debe recibir capacitación para la aplicación de medidas universales para la prevención y el control de infecciones. Estas medidas deben aplicarse en todas las situaciones y reforzarse en emergencias de salud pública y pandemias cuando proveedores de servicios de salud entren en contacto con sangre, fluidos corporales, piel no intacta y membranas mucosas. Deben tomarse medidas para la prevención de infecciones, independientemente del diagnóstico de la persona que recibe los servicios o de si tiene alguna infección, a fin de reducir el riesgo de contagio tanto de personas usuarias como de proveedores de servicios de salud en el centro. Deben existir, mostrarse y aplicarse protocolos de prevención y control de infecciones, así como materiales de información, educación y comunicación. Si el personal entra en contacto con algún tipo de fluidos corporales, debe seguirse el protocolo de riesgos profesionales que se indique en los procedimientos normalizados de trabajo del centro de salud. Los elementos básicos en la prevención y el control de infecciones son, entre otros, el lavado de manos, las barreras de protección individual, el uso de técnicas asépticas, la limpieza del centro de salud y la gestión de residuos infecciosos, así como la manipulación y el procesamiento adecuados de instrumentos punzocortantes y de los materiales. En el *apartado 5.1: Recursos* se ofrecen herramientas orientativas relacionadas con la prevención y el control de infecciones.

## 2.6 Mecanismos de mejora de la calidad

La gerencia de clínicas y programas debe garantizar la efectividad, equidad, eficiencia y calidad de su sistema de salud mediante la implementación de mecanismos sistemáticos de mejora de la calidad tanto en el nivel individual como en el organizativo de la prestación de servicios de salud. El objetivo central de mejora de la calidad es mejorar la atención y la seguridad de las personas usuarias a través del aprendizaje no punitivo.



Todas las actividades de mejora de la calidad se deben planificar de forma sistemática e integrarse en las operaciones del centro de salud con el uso de indicadores sencillos y deben llevarse a cabo de forma ética, participativa y transparente para el personal, las personas usuarias y las partes interesadas de la comunidad. A fin de mejorar o mantener los estándares de calidad para la prestación de servicios de salud es necesario realizar, de forma manual o electrónica, la recogida de datos y el análisis de historias clínicas de las personas usuarias a través de un sistema de información para la gestión de la clínica. Esto puede incluir la institucionalización de un sistema de informes de datos para la entrada de datos sobre todos los servicios de salud sexual y reproductiva, equipamiento, medicamentos y suministros; la supervisión y mentoría de apoyo; la revisión y el análisis de todas las estadísticas de servicios de salud sexual y reproductiva y de las políticas a través de revisiones de los registros; lista de verificación del sistema de información para la gestión de pacientes; herramientas de autoevaluación; observaciones con listas de verificación, herramientas de auditoría clínica, revisiones de casos, auditorías de eventos adversos graves y de cuasi accidentes; encuestas a personas usuarias a la salida de las instalaciones; comentarios y opiniones del personal y todos los miembros de la comunidad (incluidas personas jóvenes y personas con discapacidad); y herramientas de evaluación de servicios de divulgación. Los datos recopilados deben permitir el desglose por grupos marginalizados (p. ej. por edad, discapacidad, condición de inmigrantes). El marco de calidad de atención de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) ofrece orientación detallada sobre los marcos e indicadores de mejora de la calidad de la salud sexual y reproductiva [10]. En el [apartado 5.1: Recursos](#) se ofrece más información sobre la calidad de atención.

## 2.7 Referencias, alianzas con la comunidad y vínculos

Las alianzas entre instalaciones y comunidades en distintos sectores mejoran la calidad de la prestación de servicios de salud, incluidas las referencias, y la actitud de las personas en la comunidad en relación con la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva. La ubicación de los puntos de referencia (p. ej. clínicas de alto nivel, centros de rehabilitación) y los protocolos de vías de derivación deben organizarse, establecerse, mostrarse y comunicarse claramente a todo el personal y agentes de salud en la comunidad. Quienes forman parte del personal del centro de salud desempeñan un papel importante como líderes locales en sus comunidades y los agentes de salud en la comunidad también tienen una función

importante para la creación de vínculos entre miembros de la comunidad, sus instalaciones locales, organizaciones de la sociedad civil (p. ej. grupos de mujeres, grupos juveniles) y servicios sociales. En su conjunto, estas alianzas ayudan a empoderar a las personas para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y las ayudan a reconocer signos y síntomas para acceder a la atención en el momento necesario. En el [capítulo 3: Consejería](#) se ofrece orientación para la creación de un entorno favorable durante todo el ciclo de atención.

## 3. Antecedentes médicos

Además de asesorar a las personas usuarias, es importante registrar en detalle los antecedentes médicos como parte de la relación entre ellas y sus proveedores de servicios de salud. Los temas que se traten durante la consejería pueden ser relevantes a la hora de registrar los antecedentes médicos. La pautas y los principios básicos basados en los derechos que se ofrecen en el [capítulo 3: Consejería](#) son aplicables a cada proveedor de servicios de salud que registre los antecedentes médicos de las personas.

### 3.1 Qué debe incluirse en los antecedentes médicos

Después de recibir a la persona en el centro de salud y de presentarle a quienes proveen servicios de salud, el siguiente paso en la relación entre paciente y proveedores es registrar los antecedentes médicos, en base a los que se justifican los exámenes físicos que pueden seguir y las posibles decisiones sobre pruebas de diagnóstico y opciones de salud sexual y reproductiva. En la [tabla 1](#) (página siguiente) se indica lo que debe incluirse al registrar los antecedentes médicos para ayudar a identificar y evaluar factores de riesgo. En el [capítulo 3: Consejería](#) se ofrecen detalles sobre la consejería centrada en la persona y el consentimiento informado, incluida la protección de la confidencialidad y la privacidad. Quienes acuden a los servicios para recibir atención solo deberían contestar aquellas preguntas con las que sientan comodidad.

### 3.2 Técnicas de comunicación para conocer los antecedentes sexuales

Las personas proveedoras de servicios de salud deben comunicarse de forma positiva y no crítica durante la preparación para formular preguntas sobre los antecedentes sexuales de la persona. La interacción entre proveedores y personas usuarias es un proceso



TABLA 1: Qué debe incluirse en los antecedentes médicos

Categoría	Información que debe documentarse
Datos personales	<ul style="list-style-type: none"><li>Nombre, edad, identidad de género, raza, religión, idioma, ocupación, nivel educativo e información de contacto, si la persona usuaria de los servicios accede a compartir esta información</li></ul>
Antecedentes sociales	<ul style="list-style-type: none"><li>Estado civil (persona casada, soltera)</li><li>Entorno familiar</li><li>Violencia o coerción</li><li>Consumo anterior y actual de alcohol y drogas ilegales</li><li>Valoración del estado funcional [11]</li><li>Otros problemas sociales que podrían afectar a la atención</li></ul>
Medicación y alergias	<ul style="list-style-type: none"><li>Medicamentos diarios, p. ej. vitaminas prenatales, antiinflamatorios no esteroideos, antituberculosos, antiepilépticos, antirretrovirales</li><li>Uso de plantas medicinales e información detallada de su uso (dosis, vía de administración, horario)</li><li>Todas las alergias a medicamentos de las que se tenga conocimiento</li></ul>
Antecedentes médicos	<ul style="list-style-type: none"><li>Enfermedades contagiosas, p. ej. tuberculosis, malaria, enfermedad de Zika, enfermedad del Ébola</li><li>Enfermedades no contagiosas/crónicas: diabetes, hipertensión, cardiopatía, trastornos de la coagulación sanguínea, hepatopatías</li><li>Neoplasias: cáncer de mama, cáncer del cuello uterino, cáncer de próstata</li><li>Problemas neuropsicológicos: ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, toxicomanías (alcohol y drogas)</li><li>Tabaquismo, incluido el número de cigarrillos fumados al día</li><li>Problemas urinarios, gastrointestinales, osteomusculares, endocrinos, cutáneos</li><li>Información detallada de previas hospitalizaciones (motivo, fecha, ubicación)</li></ul>
Antecedentes quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"><li>Tipo, fecha, lugar de la operación</li></ul>
Antecedentes ginecológicos	<ul style="list-style-type: none"><li>Primer día de la última menstruación y patrón del ciclo menstrual, patrón de sangrado, flujo</li><li>Número de bebés nacidos vivos, muertes fetales, abortos espontáneos y abortos provocados</li><li>Uso previo y actual de anticonceptivos</li><li>Síntomas actuales y anterior diagnóstico de ITS, incluido el VIH</li><li>Tuberculosis pélvica</li><li>Idoneidad para una prueba de detección o tratamiento en concreto</li></ul>
Antecedentes sexuales	<ul style="list-style-type: none"><li>Estado de relación y parejas sexuales simultáneas</li><li>Riesgo individual de ITS, incluidos VIH, virus de los papilomas humanos (VPH)</li></ul>



de comunicación bidireccional y este apartado ofrece técnicas de comunicación detalladas para que quienes proveen servicios de salud formulen preguntas sobre los antecedentes sexuales de las personas que atienden. Si la persona usuaria de los servicios va acompañada a la sala de examen físico, el personal de salud debe asegurarse de que la persona usuaria esté de acuerdo con que su acompañante permanezca en la sala al hablar de asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

### 1. Prepare el terreno para las preguntas sobre antecedentes sexuales.

Antes de formular preguntas sobre los antecedentes sexuales, quien provee servicios de salud debe informar a la persona que dichas preguntas forman parte de la atención habitual que se presta a quienes acuden a la clínica. Las preguntas se formulan solo si son pertinentes para los servicios de salud de las personas usuarias, a fin de facilitar un diagnóstico exacto y garantizar la aplicación del tratamiento más efectivo. Se puede empezar con una frase como: «Me gustaría hablar contigo sobre tu salud sexual. Siempre hablo sobre salud sexual con mis pacientes porque es una parte muy importante de la salud en general. Todo lo que me digas será confidencial. ¿Tienes alguna pregunta antes de que empecemos?».

### 2. Responda a las preguntas de las personas usuarias de los servicios.

Es posible que algunas personas se muestren indecisas o no estén seguras de por qué estas preguntas son importantes para su salud. Quienes proveen servicios de salud deben tranquilizar a las personas usuarias y asegurarles que su información será confidencial, y empezar el proceso de desestigmatización de la sexualidad y los asuntos relacionados con la salud sexual. Quienes proveen servicios también deben entender que la persona puede negarse a proporcionar información sobre sus antecedentes sexuales y que no se le debe obligar a contestar ninguna de las preguntas. En este punto, se puede preguntar si la persona prefiere hablar con alguien del mismo género. Estas son algunas frases que pueden ayudar a desestigmatizar la conversación:

- «Hacemos estas preguntas a todas las personas porque es habitual que los comportamientos y las parejas sexuales cambien a lo largo del tiempo».
- «Algunas personas tienen inquietudes en relación con su salud sexual, de modo que quiero asegurarme de entender las preguntas e inquietudes que puedas tener y ofrecerte la información que necesites».

- «Como sabrás, la actividad sexual sin protección (como preservativos) puede resultar en ITS. Este tipo de infecciones son muy comunes y a menudo no es posible saber que las tenemos si no nos hacemos pruebas. Si no detectamos ni tratamos estas infecciones, se puede correr el riesgo de tener problemas a más largo plazo».
- «Esta es una conversación sobre formas de protegerte frente al riesgo de embarazos no planificados, ITS como el VIH, u otras cosas que te preocupen. También es una buena oportunidad para hablar de problemas o cambios en tu deseo y función sexual».

### 3. Empiece con una pregunta exploratoria sobre la actividad sexual y siga el procedimiento de examen físico indicado en la **figura 2** (página siguiente).

Averiguar sobre los comportamientos sexuales de la persona y la naturaleza de sus relaciones ayuda a decidir si es necesaria una evaluación de riesgos más detallada y el tipo de referencias que puedan ser necesarias en las áreas de salud general, salud mental y servicios sociales. En el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#) y en el [capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género](#) se ofrece información sobre cómo hacer evaluaciones de riesgo más detalladas.

## 4. Examen físico

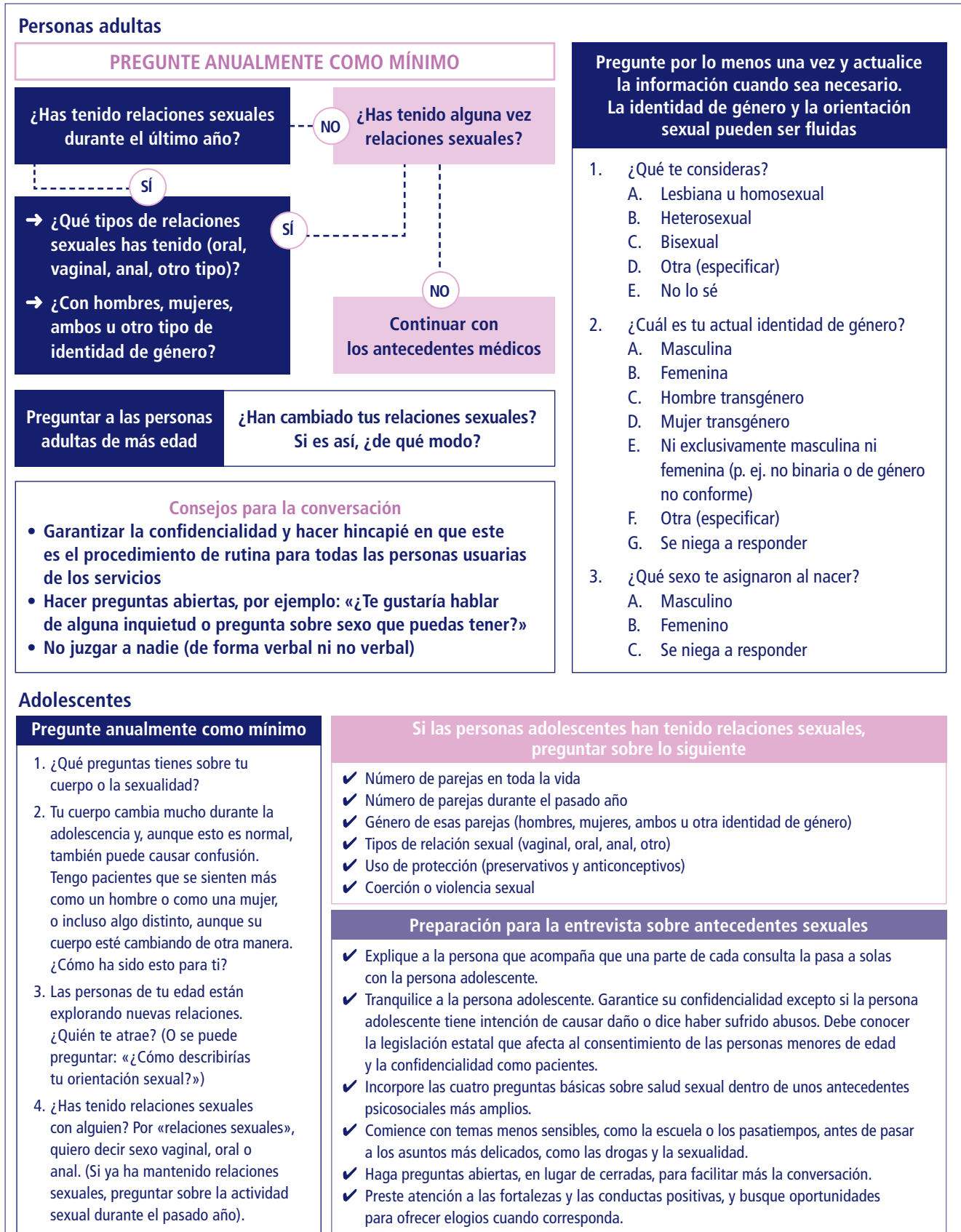
El examen físico se realizará según los antecedentes de la persona y debe comenzar con un examen clínico general de rutina. Los elementos de un examen físico pueden incluir un examen general ([apartado 4.1](#)), examen abdominal ([apartado 4.2](#)), examen ginecológico ([apartado 4.3](#)), examen de mamas ([apartado 4.4](#)), y examen de los genitales masculinos ([apartado 4.5](#)).

Entre algunos puntos generales clave que deben incluirse en un examen físico figuran los siguientes:

- Obtener el consentimiento de la persona antes de iniciar cualquier parte del examen. Consultar el [capítulo 3: Consejería](#) para las directrices de obtención del asentimiento/consentimiento informado.
- Resumir todos los procedimientos del examen con palabras que la persona pueda entender y utilizar materiales gráficos de ayuda cuando resulte apropiado. Asegurarse de que la persona disponga del tiempo necesario para comprender y hacer preguntas.
- Asegurarse de que se sigan los protocolos de control y prevención de infecciones para los exámenes físicos, incluido el lavado de manos al empezar y finalizar cada examen.



FIGURA 2: Preguntas básicas sobre salud sexual para personas adultas y adolescentes





- Informar a la persona de que los exámenes físicos pueden interrumpirse en cualquier momento haciendo hincapié en que tiene el control sobre los servicios de salud que recibe.
- Colocar a la persona en la posición correcta para cada examen o pedirle que lo haga sin ayuda. Preguntar a las personas con discapacidad si necesitan ayuda para adoptar la posición y adaptar los procedimientos de examen si fuera necesario.
- Explicar cada paso del examen (p. ej.: «Voy a poner el espéculo en la parte exterior de la vagina y lo vas a notar. Dime cómo te sientes. Ahora voy a introducir el espéculo dentro de la vagina»).
- En la medida de lo posible, solamente dejar al descubierto las partes pertinentes del cuerpo para mantener la dignidad de la persona que se atiende.
- Dar las gracias a la persona una vez finalice el examen y ofrecer ayuda para que vuelva a ponerse en una posición cómoda.
- Ofrecerle privacidad para que vuelva a vestirse antes de comentar los resultados del examen físico.
- Según los resultados de los antecedentes médicos y el examen físico, y con el consentimiento informado de la persona, ofrecer las referencias pertinentes. Pedir a la persona que firme un formulario de divulgación de la información.

## 4.1 Examen general

Un examen de salud general incluye lo siguiente:

- Signos vitales (incluido el pulso y la tensión arterial), peso corporal, estatura, índice de masa corporal, temperatura y, si estuviese clínicamente indicado, tonos cardíacos, frecuencia respiratoria y ruidos respiratorios.
- Estado general como complexión, marcha, postura, habla.
- Signos de discapacidad física o sensorial.
- Signos de debilidad, letargo, anemia o malnutrición.
- Signos o marcas de violencia física.
- Presencia de palidez, ictericia, várices en las piernas, edema maleolar, pigmentación y marcas anormales en la piel.
- Presencia de aumento de tamaño o dolor a la palpación en el hígado, el bazo o los riñones, y cualquier otra masa abdominal (p. ej. útero grávido).

- Excluir la posibilidad de aumento de tamaño de la glándula tiroidea; palpar los ganglios linfáticos cervicales y supraclaviculares; comprobar la presencia de nódulos linfáticos.

## 4.2 Examen abdominal

A continuación, se indican los cuatro pasos del examen abdominal. Pedir a la persona que se acueste boca arriba sin cruzar las piernas y con los brazos a los lados y comenzar el examen:

### 1. Inspección

Comprobar si hay cicatrices abdominales, específicamente de laparotomía en la línea media, cicatriz de incisión de Pfannenstiel (intervención ginecológica/obstétrica), apendicectomía (fosa ilíaca derecha). Comprobar si hay distensión o masas en el abdomen y sus posibles causas: líquido, grasa, feto, flatulencia o heces. Comprobar si existen anomalías en la distribución del vello corporal.

### 2. Palpación

Comprobar con la palpación si hay alguna masa o aumento del tamaño del útero, prestando atención a su tamaño, forma y si presenta algún dolor. Observar la cara de la persona para ver si muestra signos de dolor y preguntar si siente dolor durante la palpación (palpaciones profundas y ligeras) de cada uno de los cuadrantes abdominales, y en la ingle derecha e izquierda para detectar cualquier indicio de linfadenopatía.

### 3. Percusión

Se debe percutir los límites del hígado y del bazo para excluir la posibilidad de hepatoesplenomegalia, valorar el nivel de líquido libre en la cavidad abdominal.

### 4. Auscultación

Para comprobar si hay distensión abdominal o presunta obstrucción intestinal, escuchar (auscultar) si presenta «tintineo» o ausencia de ruidos intestinales.



## 4.3 Examen ginecológico

Un examen ginecológico incluye los antecedentes ginecológicos y examen de los órganos sexuales de la persona. El examen ginecológico incluye el examen de los órganos genitales externos, examen con espéculo, examen pélvico bimanual y evaluación de las masas ováricas. No es necesario cubrir todos los componentes del examen ginecológico, solamente los indicados según los antecedentes, los síntomas y los signos de la persona, así como los resultados del examen general. En el *recuadro 2* se ofrece información sobre cómo examinar a personas con discapacidad física.

### 4.3.1 Examen de los órganos genitales externos

Esto incluye inspección de los labios, el prepucio, el clítoris, la abertura de la uretra, el perineo y la abertura del ano. Inspeccionar la vulva para comprobar si hay cicatrices de operaciones anteriores (p. ej. episiotomía, mutilación genital femenina); ITS como herpes genitales, VPH (verrugas genitales), etc.; flujo/sangrado anormales; atrofia (postmenopáusica); masas (p. ej. quiste de Bartolino); venas varicosas (várices); y anomalía en la distribución del vello. Palpar la vulva para detectar dolores o masas, especialmente alrededor de las glándulas de Bartolino. Si hay antecedentes de prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria de esfuerzo, pedir a la persona que tosa con la vejiga llena para observar si presenta cistocele, rectocele o pérdida de orina. La persona también puede cambiar de postura y ponerse de pie para valorar mejor el prolapso.

### 4.3.2 Examen con espéculo

El examen con espéculo ayuda al proveedor de servicios de salud a observar las paredes vaginales y el cuello uterino. Quienes proveen servicios de salud utilizan un espéculo del tamaño apropiado, por ejemplo, un espéculo más grande para una persona múltipara con laxitud en las paredes vaginales y uno estrecho para una persona nulípara. Los instrumentos que se utilizan más habitualmente son el espéculo bivalvo de Cusco o Graves, o el espéculo de Sims. Si un examen con espéculo está clínicamente indicado para una persona que nunca haya tenido relaciones sexuales, se necesita un espéculo de tamaño pequeño, y se debe informar a esa persona de que el himen podría resultar dañado. Se debe utilizar agua o un lubricante soluble al agua para ayudar con la introducción del espéculo. Inspeccionar el cuello uterino y la cavidad vaginal para ver si hay algún cuerpo extraño, pliegues, flujo (prestando atención a su color, cantidad, consistencia y olor), así como masas que sobresalgan. Examinar el cuello uterino para detectar la presencia de ectropión, ulceración, neoplasias,

sangre, pólipos, tumores malignos o hemorragia al contacto. Si estuviera indicado (p. ej. personas con presunta enfermedad inflamatoria pélvica, ITS o con alto riesgo de ITS), tomar una muestra endocervical para su diagnóstico.

#### RECUADRO 2: Cómo examinar a personas con discapacidad física

- Si la clínica no ofrece camas accesibles o la persona está más cómoda acostada en el suelo, realizar el examen en el suelo después de comprobar que la persona esté cómoda y la zona esté limpia. Para realizar el examen en el suelo, colocar un paño doblado debajo de las caderas de la persona para elevarlas ligeramente y girar el mango del espéculo hacia arriba (o será difícil abrirlo).
- Las personas con lesiones en la médula espinal o parálisis cerebral podrían presentar rigidez muscular durante el examen. Esto puede ocurrir si están en una posición incómoda o si se introduce un espéculo o cualquier otro instrumento sin el debido cuidado. Ajustar la posición y tener cuidado al introducirlo.
- Avanzar lentamente durante el examen y pedir a la persona que le diga si tiene un espasmo o si siente algún dolor.
- No masajear ni frotar los músculos espásticos, ya que podría ocasionar contracción muscular.
- Para ayudar a relajar a la persona pedirle que trate de empujar hacia abajo. Una respiración profunda cada vez que empuja puede ayudar con la relajación.
- La disreflexia autónoma es una emergencia médica y es habitual en personas con lesiones de la médula espinal. Se produce una hipertensión repentina como reacción ante un posible dolor que no puede sentirse a causa del daño neurológico. Para evitar la disreflexia, se debe tener cuidado de evitar superficies duras o frías para el examen, procurar que en la sala de exámenes no haga frío y no ejercer fuerte presión sobre el perineo durante el examen, especialmente cuando se utiliza el espéculo.



### 4.3.3 Examen pélvico bimanual

Un examen bimanual ayuda a informar al proveedor de servicios de salud sobre los niveles de dolor y comodidad de la persona, su estado de embarazo, edad gestacional, presencia de infección, anomalías anatómicas y la posición uterina. Excepto durante el puerperio, el examen pélvico bimanual debe hacerse a todas las personas antes de iniciar un procedimiento en el que sea necesario introducir algún instrumento dentro del útero. Por lo tanto, cualquier persona que solicite un dispositivo intrauterino, diafragma, esterilización quirúrgica o aborto quirúrgico debe someterse a un examen bimanual a manos de la persona proveedora de servicios de salud que vaya a realizar el procedimiento. Además, el examen pélvico bimanual siempre debe realizarse cuando se presenten síntomas pélvicos como sangrado vaginal anormal, síntomas urinarios, distensión abdominal, dolor o molestias en la parte baja del abdomen, o dolor durante el acto sexual (consultar el [capítulo 8: Ginecología y otros servicios de salud reproductiva, apartado 3](#)). Las personas proveedoras de servicios de salud deben documentar las distintas características del útero, concretamente su tamaño (aproximadamente del tamaño de una pera en una persona sana), forma (podría estar deformado por masas como los miomas), posición (en antedeviación en comparación con en retrodeviación), características superficiales (lisa frente a nodular), y dolor a la palpación o dolor al moverse el cuello uterino (si lo hubiera).

### 4.3.4 Valoración de las masas ováricas

Es difícil diferenciar entre masas ováricas benignas y malignas solamente mediante examen. Se debe palpar cada fondo lateral para localizar masas o dolores anormales y valorar el tamaño, la consistencia, la posición y la movilidad de cualquier masa detectada. La sospecha de cáncer avanzado puede plantearse si hay otros síntomas y manifestaciones como dispepsia, flatulencia y distensión abdominal, o pérdida de peso, especialmente en las personas postmenopáusicas. En estos casos, puede ser difícil palpar los anexos mediante examen vaginal debido al volumen de líquido peritoneal. Realizar una ecografía o referir a la persona usuaria de los servicios para su realización si se sospecha ovariopatía.

Los exámenes rectovaginales no se realizan de forma sistemática, pero pueden estar indicados si la persona presenta síntomas o signos de tumor pélvico, cáncer de cuello uterino avanzado o endometriosis. Con el dedo índice dentro de la vagina y el dedo medio de la misma mano en el recto, palpar los ligamentos uterosacros y el septo rectovaginal para detectar nodularidad y otras lesiones.

## 4.4 Examen clínico de mamas

Los exámenes clínicos de mamas son un método de bajo costo para la detección de anomalías que podrían indicar cáncer de mama. Los exámenes clínicos de mamas deben realizarse una vez al año y cuando la persona presente síntomas o le preocupen sus pechos a partir de los 25 años de edad. Quienes proveen servicios de salud deben realizar el examen comparando ambos pechos visualmente y, a continuación, palpando uno detrás del otro y siguiendo los tres pasos que se describen a continuación.

### 1. Inspección

Pedir a la persona que se coloque posición decúbito supino o se recueste con un ángulo de 45°. Inspeccionar visualmente ambos pechos a la vez (consultar la [tabla 2](#) en la página siguiente).

### 2. Palpación

La palpación incluye el examen de ambos pechos y los ganglios linfáticos axilares y supraclaviculares. Se debe examinar toda el área de cada pecho, lo que se entiende como el área rectangular rodeada por la clavícula (parte superior), el esternón (centro), la tira inferior del sostén (parte inferior) y la línea axilar media (izquierda y derecha), con una «cola» que se extiende hasta la axila, que también debe examinarse. Los ganglios linfáticos axilares se encuentran en una zona triangular, con la punta situada en la estrecha hendidura entre la primera costilla y los vasos axilares.



TABLA 2: Qué debe observarse durante una inspección visual

<b>Tamaño y forma de los pechos</b>	El tamaño y la forma de los pechos varía entre las personas sanas, y es habitual que un pecho sea más grande que el otro. Documentar cualquier asimetría marcada en el tamaño o el contorno de los pechos.
<b>Cambios de color</b>	Puede ser un signo de úlcera inminente.
<b>Cambios cutáneos</b>	Los bultos y cambios cutáneos relacionados (p. ej. inflamación, úlcera y retracción de la piel) pueden indicar una enfermedad grave como el cáncer.
<b>Umbilicación visible</b>	Un aspecto de «piel de naranja» es un signo de edema cutáneo ocasionado por obstrucciones linfáticas, que pueden deberse a células tumorales, infección o radioterapia.
<b>Pezones y areolas</b>	Cambios en los pezones o las areolas no asociados con manifestaciones congénitas, como pezones invertidos o retráctiles; secreción anormal (lechoso o de color verdoso-amarillento o espeso/viscoso, grisáceo o tono verdoso); bultos o tumores en los pezones (ampollas, abscesos, carcinoma ductal localizado); cambios en la textura y el color de la piel (que no estén asociados a embarazo); dolor (no asociado a embarazo ni al ciclo menstrual).
<b>Engrosamiento</b>	Utilizar movimientos para resaltar las masas más pequeñas del pecho. Si pide a la persona que levante los brazos sobre la cabeza, el engrosamiento de la piel será más evidente. Si la persona aprieta las manos contra las caderas para tensar los músculos pectorales, esto acentuará la presencia de engrosamiento en la pared torácica. Hacer una demostración y pedir a la persona que haga lo mismo que usted.

### Consejos para un examen de mamas

En el caso de personas con pechos grandes o masoptosis, utilizar las siguientes posiciones para facilitar el examen:

- Para examinar la parte lateral derecha de la mama, la persona puede girarse sobre la cadera izquierda manteniendo los hombros planos sobre la camilla y con la mano derecha sobre la frente; así la parte lateral del pecho se aplana y resulta más fácil de examinar. Hacer lo mismo en el otro lado para examinar la parte lateral izquierda de la mama.
- Para examinar la parte medial derecha, la persona puede adoptar una posición decúbito supino y levantar el codo derecho hasta que esté al mismo nivel del hombro. Hacer lo mismo con el codo izquierdo para examinar la parte medial izquierda de la mama.

#### a. Pasos para el examen de mamas:

- Cómo colocar a la persona: pedir a la persona que se coloque en posición decúbito supino o se recueste con un ángulo de 45°. Pedir a la persona que ponga la mano derecha detrás de la cabeza para examinar el pecho derecho y al revés para el pecho izquierdo.

- Utilizar la técnica de tres dedos para palpar el pecho usando las yemas de los tres dedos del medio (no las puntas); con personas que tengan pechos grandes se pueden usar las dos manos. De los tres métodos de palpación que a continuación se describen, la persona proveedora de servicios de salud debe elegir aquel que mejor conozca y asegurarse de haber examinado exhaustivamente todas las zonas importantes:
  - *Patrón en línea vertical*: comenzar la palpación en una esquina de la zona de la mama para cada pecho, moviéndose en forma vertical hacia arriba y hacia abajo entre la clavícula y la línea del sostén, moviéndose por toda la zona hasta que se haya palpado todo el tejido mamario, incluido el extremo axilar. La pequeña presión del movimiento circular puede variar en tres grados: ligero para la capa superficial, moderada para la capa intermedia y firme para las capas profundas.
  - *Patrón en círculos concéntricos*: palpar en forma de espiral, moviéndose hacia afuera a partir del pezón.
  - *Patrón radial*: palpar en líneas moviéndose hacia afuera desde el pezón, como si siguiera las manillas de un reloj o los radios de una rueda de bicicleta.



**b. Pasos para el examen de los ganglios linfáticos axilares y supraclaviculares:**

- Asegurarse de que los músculos pectorales de la persona estén relajados para palpar los ganglios linfáticos. Quien provee servicios de salud puede o bien sujetar el codo de la persona (codo derecho en la mano derecha del profesional mientras examina el pecho derecho, y viceversa para el pecho izquierdo) para sostener el peso del brazo mientras palpa con la otra mano, o bien la persona puede poner su mano en el hombro de quien la atiende.
- La persona proveedora de servicios de salud debe poner su mano en la axila y palpar del mismo modo que sobre el pecho (usando la técnica de tres dedos, en círculo pequeños), moviéndose hacia arriba desde la base de la axila mientras va palpando a lo largo de la pared lateral del tórax.
- Asegurarse de abarcar toda el área de la axila y empujar las yemas de los dedos hacia arriba y hacia adentro para palpar sobre el vértice de la axila.
- Quien provee servicios de salud puede examinar las fosas supraclaviculares desde la parte delantera de la persona colocando los dedos sobre ellas (primero en un lado, luego en el otro), moviéndolos en círculos pequeños para tratar de detectar si existe alguna linfadenomegalia.

**3. Documentación:**

Utilizando el sistema del reloj, documentar la ubicación de cualquier anomalía o área preocupante, la distancia desde la areola, y el tamaño de la masa.

**Autoexamen de mamas**

Aconsejar a las personas usuarias de los servicios en edad de procrear que se hagan autoexámenes de mamas por lo menos una vez al mes para familiarizarse con el tacto y el aspecto de sus pechos y detectar cualquier cambio, además de explicarle cuándo se debe acudir a un proveedor de servicios de salud. Ofrecer un folleto de información, educación y comunicación sobre la autoexamen de mamas, y explicar las instrucciones sobre cómo hacerlo. Preguntar a la persona si tiene alguna duda. En el [capítulo 8: Ginecología y otros servicios de salud reproductiva](#), [apéndice 5](#) se explican los pasos para practicar un autoexamen de mamas.

**4.5 Examen de órganos genitales masculinos**

Los órganos genitales masculinos están formados por el pene, los testículos, el cordón espermático, el epidídimo, el escroto y perineo, y la próstata. El examen físico conlleva la inspección visual y palpación de estos órganos y el ano, cuando así lo indiquen los antecedentes médicos y el examen general. Los exámenes físicos deben normalizarse como una parte esencial del mantenimiento de la salud de personas adolescentes y adultas, y se debe enseñar a quienes acuden a las clínicas a autoexaminar sus órganos genitales.

El examen general incluye los signos vitales y el aspecto general que se centra en el peso de la persona, signos de anemia u otras enfermedades, y la salud de la piel, concretamente lesiones cutáneas y queloides sobre el pene, los testículos, el escroto y el perineo o a su alrededor. Antes de comenzar el examen físico, el personal de servicios de salud debe lavarse las manos y asegurarse de que estén calientes, ya que los testículos pueden reaccionar al frío y retraerse.

**Cuándo y cómo realizar un tacto rectal**

El tacto rectal de la próstata está indicado cuando una persona refiera problemas de:

- Micción (frecuencia, urgencia, goteo posmiccional o vejiga hiperactiva).
- Sangre en la orina o eyaculación, dolor óseo/lumbalgia, o disfunción eréctil posiblemente en combinación con pérdida de peso o letargo.

Pasos para realizar un tacto rectal:

1. Ponerse guantes.
2. Pedir a la persona que se acueste sobre el lado izquierdo con las rodillas dobladas hacia el pecho.
3. Colocar el dedo índice en posición anterior, aplicando presión en la línea media del ano e introducir el dedo en el ano.
4. Girar el dedo hacia un lado y hacia el otro y hacer una evaluación sistemática de cualquier masa y retención fecal.
5. La próstata se encuentra en posición anterior: comprobar su tamaño, su superficie y el surco medio.
6. Comprobar si hay sangre en el guante.



La persona proveedora de servicios de salud debe pedirle que tosa para comprobar si existe alguna hernia o tumor. Para las hernias, comprobar si existe debilidad en la pared abdominal entre el escroto y los intestinos. Para los tumores, se debe comprobar si hay algún bulto en el cuerpo y los testículos.

Se debe documentar las dudas médicas o las anomalías detectadas durante los exámenes físicos y generales, así como los antecedentes médicos y, cuando resulte apropiado, se debe ofrecer tratamiento o referir a la persona usuaria de los servicios a un centro especializado.

### ¿Cuándo debe plantearse al personal de servicios de salud la realización de pruebas diagnósticas?

Las siguientes pruebas deben practicarse según los factores individuales de riesgo identificados durante la sesión de consejería y a partir de los antecedentes de la persona que acude a la clínica, los resultados de su examen físico y los recursos disponibles:

- Prueba de embarazo si aún no se ha confirmado.
- Ecografía diagnóstica, si está indicada, para confirmar la fecha del embarazo o su localización.
- Hemoglobina o hematocrito si se sospecha de anemia.
- Prueba de factor Rh, cuando se disponga de inmunoglobulina Rh para pacientes con Rh negativo.
- Pruebas de VIH y consejería.
- Detección de ITS (normalmente se realiza durante el examen pélvico).
- Detección de cáncer de cuello uterino (normalmente se realiza durante el examen pélvico).
- Análisis de semen para una intervención de vasectomía sin bisturí.
- Otros análisis según los antecedentes médicos (p. ej. pruebas funcionales renales o hepáticas).

Nota: Los análisis y ecografías de rutina no son prerequisites para los servicios de aborto.

## 5. Referencias

- [1] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Minimum Initial Service Package (MISP) Resources. Disponible en: <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-resources>. Consultado el 20 de abril de 2022.
- [2] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Manual de trabajo Interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios. Disponible en: <https://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-Spanish-web.pdf>. Consultado el 20 de abril de 2022.
- [3] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Inter-Agency Reproductive Health Kits 6th edition – Manual. Disponible en: <https://iawg.net/resources/inter-agency-reproductive-health-kits-6th-edition-manual>. Consultado el 20 de abril de 2022.
- [4] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios: Edición 2020. Disponible en: <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition/herramientas-de-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-en-contextos-humanitarios>. Consultado el 20 de abril de 2022.
- [5] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Minimum Initial Service Package (MISP) Process Evaluation Tools (Revisado en 2022). Disponible en: <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-process-evaluation-tools-revised-2022>. Consultado el 9 de junio de 2022.
- [6] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Reproductive Health Kits (RH Kits) Calculator. 2016. Disponible en: <https://iawg.net/resources/rh-kits-calculator>. Consultado el 20 de abril de 2022.



- [7] Organización Internacional de Normalización. ISO and health. Ginebra: ISO; 2019. Disponible en: <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100343.pdf>. Consultado el 20 de octubre de 2021.
- [8] Sightsavers [sitio web]. Accessibility standards and audit pack. Disponible en: <https://www.sightsavers.org/disability/health/accessibility-standards/>. Consultado el 20 de octubre de 2021.
- [9] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. World Health Organization Prequalification. Disponible en: <https://extranet.who.int/pqweb/>. Consultado el 1 de marzo de 2022.
- [10] Federación Internacional de Planificación Familiar. Quality of Care Framework 2015. Londres: IPPF; 2016. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/Quality\\_of\\_care\\_framework\\_2015.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/Quality_of_care_framework_2015.pdf). Consultado el 20 de abril de 2022.
- [11] Washington Group on Disability Statistics. The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS). 19 de marzo de 2020. Disponible en: [https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/Questions/Washington\\_Group\\_Questionnaire\\_\\_1\\_-\\_WG\\_Short\\_Set\\_on\\_Functioning.pdf](https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/Questions/Washington_Group_Questionnaire__1_-_WG_Short_Set_on_Functioning.pdf). Consultado el 20 de octubre de 2021.

## 5.1 Recursos

### Gestión de la cadena de suministro

PATH, Organización Mundial de la Salud, UNFPA. Essential Medicines for Reproductive Health: Guiding Principles for Their Inclusion on National Medicines Lists. Seattle: PATH; 2006. <https://www.unfpa.org/publications/essential-medicines-reproductive-health>. Consultado el 20 de abril de 2022.

Ipas. Guía de Ipas para la gestión de insumos de aborto con medicamentos. 2021. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/ma-sp/>. Consultado el 20 de abril de 2022.

Ipas. Calculadora de AMEU. 2020. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/calculadora-de-ameu/>. Consultado el 20 de abril de 2022.

### Prevención y control de infecciones

Ipas. Procesamiento del aspirador Ipas AMEU Plus y de las cánulas Ipas EasyGrip®. 2019. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/procesamiento-del-aspirador-ipas-ameu-plus-y-de-las-canulas-ipas-easygrip-4th-ed/>. Consultado el 20 de abril de 2022.

Organización Mundial de la Salud. Infection Prevention and Control Guidance to Action Tools. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341107/9789289055437-eng.pdf>. Consultado el 20 de abril de 2022.

Training Resource Package for Family Planning [sitio web]. Módulos de capacitación. Disponible en: <https://www.fptraining.org/training>. Consultado el 9 de junio de 2022.

Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Notas descriptivas: Desechos de las actividades de atención sanitaria. Febrero de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>. Consultado el 20 de abril de 2022.

Organización Mundial de la Salud. Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities. OMS/OPS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250232/9789241549851-eng.pdf?sequence=1>. Consultado el 20 de abril de 2022.

### Calidad de atención

USAID, Data for Impact [sitio web]. Family Planning and Reproductive Health Indicators Database. Disponible en: <https://www.data4impactproject.org/prh-family-planning-and-reproductive-health-indicators-database/>. Consultado el 20 de abril de 2022.

USAID, Data for Impact [sitio web]. Family Planning. Disponible en: <https://www.data4impactproject.org/prh-family-planning/>. Consultado el 20 de abril de 2022.

Kumar J. How Does Quality of Care Relate to a Rights-based Approach to Family Planning Programs? Nueva York: Population Council; 2015. Disponible en: [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH\\_QOC-RightsBasedFP\\_wp1.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH_QOC-RightsBasedFP_wp1.pdf). Consultado el 20 de abril de 2022.





## Apéndices

### Apéndice 1: Resumen de los requisitos clínicos para un servicio completo de salud sexual y reproductiva

Esta tabla complementa la *figura 1* y ofrece un breve resumen de cada tipo de sala, incluidos los requisitos de tamaño, sistemas generales de las instalaciones, equipamiento y suministros.

Área de servicio externo	Tamaño*	Instalaciones fijas y mobiliario	Equipamiento	Suministros
Recepción, registro y áreas de espera	11–22 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Área de espera amplia, bien ventilada y cubierta en un 60 por ciento</li> <li>Sillas o bancos para al menos 10 pacientes a la vez</li> <li>Mostrador de recepción con silla</li> <li>Archivador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pantalla y equipo para materiales audiovisuales de IEC</li> <li>Estantes o expositores para materiales impresos de IEC</li> <li>Computadora</li> <li>Impresora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Materiales de registro</li> <li>Agua potable</li> <li>Periódicos y revistas</li> <li>Carteles y folletos para materiales de IEC</li> <li>Carteles indicadores</li> <li>Mapa de la clínica</li> </ul>
Baños	6–8 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retrete/inodoro</li> <li>Lavamanos con grifo</li> </ul>	N/C	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jabón de manos</li> <li>Detergente</li> <li>Papel higiénico</li> <li>Toallas higiénicas</li> <li>Cubos para residuos generales y médicos</li> </ul>
Área de lavado	6 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavamanos con grifo</li> </ul>	N/C	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jabón de manos</li> </ul>
Área de servicio interno	Tamaño*	Instalaciones fijas y mobiliario	Equipamiento	Suministros
Sala de consejería/ consulta	6–11 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un escritorio pequeño con tres sillas</li> <li>Un armario pequeño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelos relacionados con la planificación familiar, p. ej. un útero</li> <li>Muestras de anticonceptivos</li> <li>Un AMEU de muestra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anticonceptivos (preservativos y píldoras, incluida anticoncepción de emergencia)</li> <li>Carteles, rotafolios sobre distintos temas de salud sexual y reproductiva</li> <li>Pañuelos de papel</li> </ul>

Área de servicio interno	Tamaño*	Instalaciones fijas y mobiliario	Equipamiento	Suministros
Sala de exámenes e inyecciones (exámenes físicos y pruebas de detección)	6–14 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un escritorio pequeño con tres sillas</li> <li>Mesa de exámenes</li> <li>Lavamanos con agua corriente (para lavar las manos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tensiómetro</li> <li>Estetoscopio, termómetro</li> <li>Foco de luz</li> <li>Instrumental para el examen</li> <li>Tambor de esterilización</li> <li>Carrito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guantes quirúrgicos desechables</li> <li>Algodón y gasas estériles</li> <li>Gel hidroalcohólico</li> <li>Antisépticos</li> <li>Anticonceptivos</li> <li>Píldoras de aborto médico</li> <li>AINE</li> </ul>
Sala de intervenciones para cirugía menor (ARLD, AMEU, VIA)	11–19 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesa de intervenciones</li> <li>Taburete para proveedores de servicios de salud</li> <li>Taburete para pacientes</li> <li>Materiales gráficos en las paredes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Foco de luz</li> <li>Dos carritos para instrumental: uno para instrumentos de intervención y otro para tambores de esterilización con instrumental estéril adicional y la bandeja de emergencia</li> <li>1 o 3 tambores de esterilización</li> <li>Juego de AMEU y cánula, y equipo de examen de productos de la concepción (consultar el <a href="#">apéndice 2</a>)</li> <li>Juego de equipamiento para colocar y extraer implantes (consultar el <a href="#">apéndice 2</a>)</li> <li>Juego de equipamiento para colocar y extraer DIU (consultar el <a href="#">apéndice 2</a>)</li> <li>Equipamiento de emergencia (consultar el <a href="#">apéndice 2</a>)</li> <li>Cubos y recipientes para residuos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guantes quirúrgicos desechables</li> <li>Algodón y gasas estériles</li> <li>Gel hidroalcohólico</li> <li>Antisépticos</li> <li>Medicamentos de emergencia (consultar el <a href="#">apéndice 2</a>)</li> <li>Instrumental estéril</li> </ul>
Sala de recuperación (aborto médico, personas usuarias de AMEU)	11–28 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Camas o camillas suficientes para que todas las personas puedan tener el tiempo de recuperación adecuado</li> <li>Biombos para ofrecer privacidad</li> <li>Mesa pequeña y dos sillas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tensiómetro</li> <li>Estetoscopio</li> <li>Termómetro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agua potable</li> <li>Materiales de IEC</li> </ul>



Área de servicio interno	Tamaño*	Instalaciones fijas y mobiliario	Equipamiento	Suministros
Salas de dilatación y parto	17–23 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cama, mesa, taburete para el personal de servicios de salud primaria, foco de luz, materiales gráficos en las paredes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Termómetro</li> <li>• Autoclave</li> <li>• Instrumental para los signos vitales</li> <li>• Doppler</li> <li>• Equipamiento de parto (consultar el <a href="#">apéndice 2</a>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua potable</li> <li>• Materiales de IEC</li> <li>• Toallas sanitarias limpias</li> <li>• Toalla limpia</li> <li>• Consultar el <a href="#">apéndice 2</a></li> </ul>
Sala de recuperación para pacientes en trabajo de parto y parto	11–28 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Camas o camillas suficientes para que cada persona pueda tener el tiempo de recuperación adecuado</li> <li>• Bombos para ofrecer privacidad</li> <li>• Mesa pequeña y dos sillas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Termómetro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua potable</li> <li>• Materiales de IEC</li> </ul>
Quirófano de cirugía menor (si es necesario para ligadura de trompas o vasectomía sin bisturí)	17–23 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa de operaciones</li> <li>• Taburete para el personal de servicios de salud primaria</li> <li>• Foco de luz</li> <li>• Materiales gráficos en las paredes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Dos carritos para instrumental (igual que en la sala de intervenciones)</li> <li>• 1 o 2 tambores de esterilización</li> <li>• Equipamiento e instrumental para ligadura de trompas y vasectomía sin bisturí (consultar el <a href="#">apéndice 2</a>)</li> <li>• Equipamiento de emergencia (igual que en la sala de intervenciones)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua potable</li> <li>• Materiales de IEC</li> </ul>
Sala de recuperación (métodos permanentes)	11–28 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Camas o camillas suficientes para que cada persona pueda tener el tiempo de recuperación adecuado</li> <li>• Bombos para ofrecer privacidad</li> <li>• Mesa pequeña y dos sillas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Termómetro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua potable</li> <li>• Materiales de IEC</li> </ul>



Área de servicio interno	Tamaño*	Instalaciones fijas y mobiliario	Equipamiento	Suministros
Sala/área de procesamiento de instrumentos	6–11 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos mesas</li> <li>• Dos armarios para el almacenaje del instrumental limpio y estéril</li> <li>• Agua corriente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoclave</li> <li>• Tambores de esterilización</li> <li>• Cubos para limpieza</li> <li>• Equipo para el secado del instrumental y las sábanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detergente</li> <li>• Desinfectantes: cloro en polvo o líquido</li> <li>• Cepillos de limpieza</li> </ul>
Almacén (bien ventilado)	7–19 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estantes</li> <li>• Armario con cerradura</li> </ul>	N/C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Anticonceptivos</li> <li>• Equipamiento de repuesto</li> <li>• Suministros no clínicos</li> </ul>
Baños para personas usuarias de los servicios (con acceso fácil para las personas que estén en la sala de recuperación)	6–8 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrete/inodoro</li> <li>• Lavamanos con grifo</li> </ul>	N/C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jabón de manos</li> <li>• Detergentes</li> <li>• Papel higiénico</li> <li>• Toallas higiénicas</li> <li>• Cubos para residuos generales y médicos</li> </ul>
Pasillos	2–7 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales de IEC sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en las paredes</li> </ul>	N/C	N/C
Sala del personal	7–14 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4–6 sillas</li> <li>• Una mesa pequeña</li> <li>• Dos camas</li> <li>• Taquilla</li> </ul>	N/C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos clínicos, directrices para la prestación de servicios de salud y para las referencias</li> <li>• Manuales de capacitación y herramientas educativas</li> </ul>
Sala de asistencia clínica/administrativa	9–14 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escritorio</li> <li>• Tres sillas</li> <li>• Un archivador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadora e impresora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos clínicos, directrices para la prestación de servicios de salud y para las referencias</li> <li>• Manuales de capacitación y herramientas educativas</li> </ul>

Abreviaturas: IEC: información, educación y comunicación; AMEU: aspiración manual endouterina al vacío; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ARLD: anticonceptivos reversibles de acción prolongada; V/A: siglas en inglés de inspección visual con ácido acético.

\* 1 metro cuadrado = 10,764 pies cuadrados.



## Apéndice 2: Medicamentos, equipamiento y suministros básicos necesarios para los servicios de salud sexual y reproductiva

### Atención integral del aborto

Estas tablas ofrecen a gerentes de clínicas y proveedores de servicios de salud calificados en atención del aborto una lista exhaustiva de los medicamentos, equipamientos y suministros básicos para ofrecer una atención del aborto de calidad antes y después de las 13 semanas de gestación.

Instalaciones	Equipamiento/suministros/ medicamentos	Medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área privada para la consejería (idealmente con privacidad visual y auditiva)</li> <li>• Los baños con retretes/inodoros deben ser fácilmente accesibles para toda persona que reciba atención relacionada con el aborto</li> <li>• Estaciones para el lavado de las manos*</li> <li>• Agua potable para beber/vasos</li> <li>• Capacidad para referir/trasladar en caso de emergencia</li> <li>• Sala de intervenciones (solamente para AMEU)</li> <li>• Área de recuperación (solamente para AMEU)</li> <li>• Caja de seguridad para los objetos punzocortantes*</li> <li>• Papeleras de colores con clasificación de residuos</li> <li>• Taburete para la sala de intervenciones/exámenes</li> <li>• Armarios con cerradura para los medicamentos</li> <li>• Capacidad para referir/trasladar en caso de emergencia</li> <li>• Registro de prestación de servicios</li> <li>• Formularios de consentimiento para la atención del aborto y anticonceptivos</li> <li>• Formularios para las referencias</li> <li>• Folletos, materiales educativos (para personas adultas y jóvenes)</li> <li>• Materiales gráficos para una atención integral del aborto: tarjeta del esquema terapéutico para el AM, diagrama para el procesamiento del instrumental*, indicaciones de suministro para AM/AMEU, rueda del AM, etc.</li> <li>• Materiales gráficos para asesorar sobre métodos anticonceptivos después de un aborto, diagrama de eficacia de los anticonceptivos, rueda de los CME, etc.</li> <li>• Directrices para la prestación de servicios clínicos, y protocolo y vías de referencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos anticonceptivos disponibles, incluidos DIU/SIU, implantes</li> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Termómetro</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Toallas higiénicas</li> <li>• Desinfectantes*</li> <li>• Carrito para instrumental, bandeja para instrumental, tambores/recipientes para guardar los paquetes de AMEU esterilizados en autoclave*, bateas arriñonadas (grandes y medianas), cuenco circular</li> <li>• Mesa de exámenes pélvicos</li> <li>• Lámpara para exámenes pélvicos</li> <li>• Sábana/manta para tapar las piernas de la persona usuaria de los servicios</li> </ul> <p><b>Suministros de laboratorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (opcional) Ecografías y sus accesorios</li> <li>• (opcional) Pruebas de la beta-hCG en orina y recipientes para la orina</li> <li>• (según el país) Prueba de factor Rh e inmunoglobulina anti-D</li> <li>• No se necesita para la atención del aborto pero es opcional si se ofrecen otros análisis de salud preventiva: detección de cáncer de cuello uterino, pruebas de ITS, pruebas de VIH, detección de anemia, vacunas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mifepristona, según su disponibilidad, o en combinación</li> <li>• Misoprostol</li> <li>• Antibióticos (dosis profilácticas y terapéuticas)</li> <li>• Medicamentos para los efectos secundarios (p. ej. antieméticos)</li> <li>• Analgésicos</li> <li>• AINE</li> <li>• Narcóticos/ansiolíticos y fármacos antagonistas</li> </ul>

\* Los productos con un asterisco son necesarios para prevenir infecciones.

Cirugía	Manejo de las complicaciones	Procesamiento del instrumental
<p><b>AMEU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pinzas de Pozzi o pinzas vulsellum atraumáticas</li> <li>• Pinzas de esponja o anillo (Foerster)</li> <li>• Gasa</li> <li>• Betadine (povidona yodada) y cubilete</li> <li>• Aspirador Ipas AMEU Plus</li> <li>• Cánulas Ipas EasyGrip</li> <li>• Espéculos de autorretención en varios tamaños</li> <li>• Dilatadores Denniston o Pratt</li> <li>• Contenedor para PC, lámpara, palangana limpia, tamiz</li> <li>• Cubo con líquido de remojo*</li> <li>• Suministros para bloqueo paracervical y anestesia local</li> <li>• Jeringa de 10–20 ml, aguja del calibre 21–23 de al menos 3 cm (1 pulgada), lidocaína 1,0 por ciento</li> </ul> <p><b>Dilatación y evacuación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja para instrumental de acero inoxidable sin perforaciones</li> <li>• Bandeja para instrumental de acero inoxidable sin tapa</li> <li>• Espéculo vaginal – Klopfer</li> <li>• Pinzas atraumáticas en ángulo</li> <li>• Cánulas Ipas EasyGrip</li> <li>• Juego de dilatadores Pratt y Denniston de Ipas</li> <li>• Pinzas con esponja</li> <li>• Fórceps de Bierer de 13 pulgadas, pequeño y grande, ligeramente curvo</li> <li>• Fórceps de evacuación uterina de Sopher de 11 pulgadas, pequeño y grande, ligeramente curvo</li> <li>• Pinzas para óvulo de Sopher</li> <li>• Bloqueo paracervical, anestesia local, aguja, jeringa</li> <li>• Aspirador Ipas AMEU Plus</li> <li>• Antisépticos</li> <li>• Catéter Foley de 60 cc</li> <li>• Legra recta de vacío de Cheshire Medical, 14 mm.</li> <li>• Suministros necesarios:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol o povidona yodada</li> <li>• Guantes (estériles o limpios)</li> <li>• Dos jeringas de 5 ml</li> <li>• Aguja espinal del calibre 22 y portaguas</li> <li>• Digoxina 1,0–1,5 mg</li> </ul> </li> <li>• Gasa 4x4</li> <li>• Apósito pequeño o venda adhesiva (opcional)</li> </ul>	<p><b>Emergencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glucómetro con tiras reactivas</li> <li>• Manta</li> <li>• Instrumental para evaluación/ signos vitales, según se indica en Valoración clínica</li> <li>• Equipo de canulación intravenosa: una gama de cánulas de gran calibre (tamaños 16–22), jeringas, irrigación salina, tela adhesiva, apósito para colocar cánulas, torniquete, recipiente para objetos punzocortantes</li> <li>• Cilindro de oxígeno de tamaño D/E con mascarilla con reservorio de oxígeno o conjunto de oxígeno portátil</li> <li>• Mascarilla de bolsillo</li> <li>• Pulsioxímetro portátil</li> <li>• Juegos de perfusión intravenosa</li> <li>• Jeringas (2, 5, 10 ml)</li> <li>• Aguja – 21 G</li> <li>• Guantes limpios y estériles – distintos tamaños*</li> <li>• Paquete de gasa estéril</li> <li>• Catéter (Foley) y bolsa (catéter de tamaño adulto) para la orina</li> <li>• Tijeras grandes</li> <li>• Venda de crepé</li> <li>• Líquidos por vía intravenosa: solución salina normal (0,9%), lactato de Ringer</li> <li>• Agua estéril para inyección/ irrigación intravenosa</li> <li>• Solución inyectable de glucosa hipertónica, 25%, 50%</li> <li>• Adrenalina inyectable, 1:1000</li> <li>• Atropina inyectable, 1 mg/ml</li> <li>• Inhalador de salbutamol</li> <li>• Clorfenamina inyectable</li> <li>• Oxitocina inyectable</li> <li>• Antibióticos inyectables (i.v./i.m.)</li> <li>• Toxoide tetánico/antitoxina tetánica inyectable</li> <li>• Comprimidos de aspirina (81 mg)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras de protección personal (para el procesamiento del instrumental: guantes reforzados, fundas para botas/zapatos, protección facial, bata/delantal; para la intervención/ el examen: guantes limpios y estériles, bata/delantal, fundas para botas/zapatos, protección ocular)*</li> <li>• Pinzas estériles (opcional)</li> <li>• 3 cubos (remojo, DAN/esterilizador/ aclarado)*</li> <li>• Cepillo pequeño*</li> <li>• Agua corriente, agua hervida o esterilizada, detergente, DAN (0,5 por ciento de cloro) o esterilizador (glutaraldehído)*</li> <li>• Si la DAN se utiliza con agua hirviendo, recipiente de metal grande y fuente de calor</li> <li>• Si se esteriliza con autoclave, papel o tela, autoclave</li> <li>• Recipientes con tapa para guardar el instrumental*</li> </ul>

\* Los productos con un asterisco son necesarios para prevenir infecciones.

Abreviaturas: AMEU: aspiración manual endouterina al vacío; AM: aborto médico; CME: criterios médicos de elegibilidad; DIU: dispositivo intrauterino; SIU: sistema intrauterino; ITS: infección de transmisión sexual; PC: productos de la concepción; DyE: dilatación y evacuación; i.v.: intravenoso; i.m.: intramuscular; DAN: desinfección de alto nivel.

Fuente: Adaptado de Ipas. Woman-Centered, Comprehensive Abortion Care Reference Manual. Chapel Hill, NC: Ipas; 2013; Edelman A, Kapp N. Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks' gestation ('second trimester'). Chapel Hill, NC: Ipas; 2018; Federación Internacional de Planificación Familiar. Comprehensive abortion care: Guidelines and tools. Londres: IPPF; 2021. Disponible en: <https://ippfmaforum.org/2021/10/06/abortion-care-guidelines/>. Consultado el 22 de abril de 2022.



## Prevención, detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino

Esta tabla ofrece a gerentes de clínicas y proveedores de servicios de salud calificados en salud sexual y reproductiva una lista exhaustiva de los medicamentos, equipamiento y suministros básicos para la prevención, detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino, así como los procedimientos terapéuticos para los centros de atención primaria.

Procedimiento	Categoría de dispositivos médicos	Equipamiento	Accesorios/hardware/software/insumos/dispositivos de un solo uso
Vacuna contra el VPH	Equipo de protección individual		<ul style="list-style-type: none"> <li>Guantes, examen, no estériles, de un solo uso (varios tamaños)</li> </ul>
	Dispositivos de un solo uso/desechables/ suministros médicos		<ul style="list-style-type: none"> <li>Caja de seguridad para jeringas/ agujas usadas; algodón, rollo de 500 g; jeringas no estériles, autoinyectores (varias capacidades)</li> </ul>
Procedimientos y exámenes ginecológicos <sup>†</sup>	Equipamiento médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fuente de luz potente</li> <li>Mesa de examen/ tratamiento ginecológico</li> </ul>	
	Instrumental	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pinzas para tejidos – largas</li> <li>Pinzas Cheron</li> <li>Portaagujas para agujas largas</li> <li>Pinzas para biopsia cervical en sacabocados</li> <li>Pinzas de anillo</li> <li>Separadores de la pared vaginal</li> <li>Espéculo vaginal, reutilizable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compresas, gasas, estériles y no estériles, de uno solo uso</li> <li>Recipiente para muestras</li> <li>Aplicador con punta absorbente/grande</li> <li>Bajalenguas, de un solo uso (espátula de madera o plástico)</li> <li>Funda de papel para la mesa de examen</li> </ul>
	Equipo y ropa de protección individual	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guantes, examen, no estériles, de un solo uso (varios tamaños)</li> </ul>
	Soluciones y reactivos	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formalina 10 por ciento, o reactivos de fijación del tejido, tampón fosfato</li> <li>Gel lubricante</li> <li>Pasta de Monsel</li> <li>Solución salina</li> <li>Solución yodada de Lugol, botella/ solución de ácido acético 3–5 por ciento</li> <li>Solución de 0,5 por ciento cloro para descontaminar el instrumental</li> </ul>
	Otro	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recipiente para agua templada</li> <li>Bolsa para suministros desechables contaminados</li> </ul>

<sup>†</sup> Los dispositivos enumerados en este procedimiento deben sumarse al equipamiento indicado para los siguientes procedimientos: colposcopia, crioterapia, inspección visual con ácido acético, curetaje endocervical y citología de frotis de Pap.



Procedimiento	Categoría de dispositivos médicos	Equipamiento	Accesorios/hardware/software/insumos/dispositivos de un solo uso
<b>Colposcopia</b>	Equipamiento médico	Colposcopia	---
<b>Crioterapia</b>	Equipamiento médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de criocirugía con todas las piezas y accesorios que se indican</li> <li>• Colposcopia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonda, disparador, asa, yugo, entrada del cilindro del gas, botón de ajuste, manómetro que muestra la presión del cilindro, salida del amortiguador, punta de la sonda del tubo que transporta el gas</li> </ul>
<b>Prueba de Papanicoláu (citología vaginal)</b>	Instrumental	Espéculo vaginal, reutilizable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestesia local, jeringas</li> </ul>
	Equipo y ropa de protección individual	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guantes, examen, no estériles, de un solo uso (varios tamaños)</li> </ul>
	Dispositivos de un solo uso/desechables/suministros médicos	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portaobjetos esmerilado de microscopio o recipiente con líquido (tubo que contiene una solución especial de conservación)</li> <li>• Bajalenguas, de un solo uso (espátula de madera o plástico)</li> <li>• Cepillo o raspador para citología de cuello uterino (opcional)</li> <li>• Funda de papel para la mesa de examen</li> </ul>
	Soluciones y reactivos	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución de 0,5 por ciento cloro para descontaminar el instrumental</li> <li>• Aerosol o solución de fijación para la citología vaginal (si se utiliza portaobjetos)</li> </ul>
	Otro	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recipiente para agua templada</li> <li>• Bolsas para suministros desechables contaminados</li> </ul>





Procedimiento	Categoría de dispositivos médicos	Equipamiento	Accesorios/hardware/software/insumos/dispositivos de un solo uso
Inspección visual con ácido acético (VIA)	Instrumental	Espéculo vaginal, reutilizable	---
	Dispositivos de un solo uso/desechables/ suministros médicos	---	<ul style="list-style-type: none"><li>• Funda de papel para la mesa de exámenes</li><li>• Aplicador con punta absorbente/grande</li></ul>
	Equipo y ropa de protección individual	---	<ul style="list-style-type: none"><li>• Guantes, examen, no estériles, de un solo uso (varios tamaños)</li></ul>
	Soluciones y reactivos	---	<ul style="list-style-type: none"><li>• Solución yodada de Lugol, botella/ solución de ácido acético 3–5 por ciento</li><li>• Solución de 0,5 por ciento cloro para descontaminar el instrumental</li></ul>
	Otro	---	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recipiente para agua templada</li><li>• Bolsas para suministros desechables contaminados</li></ul>

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. WHO list of priority medical devices for cancer management. Ginebra: OMS; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255262>. Consultado el 10 de septiembre de 2021.



## Manejo clínico de las violaciones sexuales

Esta tabla informa a gerentes de programas y clínicas, así como a proveedores de servicios de salud calificados, de la importante estructura necesaria para ofrecer servicios de salud seguros y de calidad a las personas que sobreviven a una violación sexual en los centros de atención primaria y de atención especializada.

Mobiliario/entorno	Suministros
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sala de consultas limpia, tranquila, apta para pacientes de pediatría y accesible con entrada directa a un baño o letrina, y con una puerta, cortina o biombo para ofrecer privacidad visual</li> <li>Mesa de exámenes</li> <li>Una luz, preferiblemente fija (una linterna podría dar miedo a pacientes de pediatría)</li> <li>Lupa (o colposcopio) Acceso a un autoclave para esterilizar los equipamientos</li> <li>Acceso a laboratorios/microscopios con un técnico calificado</li> <li>Báscula y una gráfica de estatura para pacientes de pediatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espéculos disponibles<sup>††</sup> (solamente tamaños adultos)</li> <li>Cinta métrica para medir el tamaño de los hematomas, desgarros, etc.<sup>††</sup></li> <li>Jeringas/agujas<sup>††</sup> (tipo microperfusor para pacientes de pediatría) y tubos para recoger sangre</li> <li>Suministros para tomar precauciones universales (guantes, caja para eliminar de forma segura materiales contaminados y cortopunzantes, jabón)<sup>††</sup></li> <li>Equipo de reanimación<sup>††</sup></li> <li>Instrumental médico estéril (kit) para reparar desgarros, y material de sutura<sup>††</sup></li> <li>Bajalenguas (para inspeccionar el frenillo oral y lesiones)</li> <li>Algo para tapar a la persona sobreviviente (bata, tela, sábana) durante el examen<sup>††</sup></li> <li>Ropa de repuesto para reemplazar las que estén rasgadas o se hayan llevado como pruebas</li> <li>Suministros sanitarios (toallas higiénicas desechables o de tela)<sup>††</sup></li> <li>Pruebas de embarazo</li> <li>Disco de cálculo del embarazo para determinar la edad gestacional</li> <li>Suministros adicionales que se podrían necesitar para la recogida o documentación de pruebas forenses: <ul style="list-style-type: none"> <li>Peine para la recogida de materias extrañas en el vello púbico</li> <li>Hisopos con punta de algodón/aplicadores/compresas de gasa para recoger muestras</li> <li>Portaobjetos para preparaciones microscópicas húmedas o secas (para esperma)</li> <li>Recipientes de laboratorio para trasladar los hisopos, hojas de papel para recoger los residuos según se vaya desnudando la persona sobreviviente</li> <li>Bolsas de papel para recoger las pruebas</li> <li>Cinta adhesiva para sellar y etiquetar los recipientes o bolsas</li> </ul> </li> </ul>

<sup>††</sup> Indica los requisitos mínimos para el examen y el tratamiento de las personas que sobreviven a una violación.



Medicamentos con dosis apropiadas a la edad	Suministros administrativos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) según los protocolos de cada país<sup>††</sup></li><li>• Para profilaxis postexposición (PPE) en la transmisión del VIH<sup>††</sup></li><li>• Píldoras anticonceptivas de emergencia<sup>††</sup> o dispositivo intrauterino (DIU)</li><li>• Toxoide tetánico inmunoglobulinas antitetánicas<sup>††</sup></li><li>• Vacuna de la hepatitis B<sup>††</sup></li><li>• Analgésicos<sup>††</sup> (p. ej. paracetamol)</li><li>• Ansiolíticos (p. ej. diazepam)</li><li>• Sedantes infantiles (p. ej. diazepam)</li><li>• Anestesia local para utilizar durante la aplicación de puntos de sutura<sup>††</sup></li><li>• Antibióticos para tratar heridas<sup>††</sup></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formularios de antecedentes médicos y examen disponibles, incluido un gráfico con pictogramas<sup>††</sup></li><li>• Certificado médico/formularios médico legales</li><li>• Directorio para referencias</li><li>• Materiales gráficos en el idioma del personal de servicios de salud (p. ej. algoritmo de atención/tratamiento, diagrama de referencias)</li><li>• Formularios de consentimiento<sup>††</sup></li><li>• Folletos informativos para la atención después de una violación (para la persona sobreviviente)</li><li>• Un lugar seguro y que pueda cerrarse con llave para guardar registros confidenciales, o una computadora protegida mediante contraseña para los archivos electrónicos<sup>††</sup></li></ul>

<sup>††</sup> Indica los requisitos mínimos para el examen y el tratamiento de las personas que sobreviven a una violación.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: Developing protocols for use in humanitarian settings. Ginebra: OMS; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331535>. Consultado el 9 de junio de 2022.



## Anticonceptivos

Estas tablas ofrecen listas de los medicamentos y equipamientos básicos e información de suministro para crear un centro de salud donde se ofrezcan métodos de acción corta, métodos reversibles de acción prolongada y métodos de esterilización.

### 1. Métodos de acción corta

Mobiliario, equipamiento y suministros básicos	Productos	Suministros
<ul style="list-style-type: none"><li>• Camilla de exámenes</li><li>• Taburete con escalera</li><li>• Tensiómetro</li><li>• Estetoscopio</li><li>• Báscula</li><li>• Sillas</li><li>• Mesa</li><li>• Armario</li><li>• Papeleras para eliminar residuos</li></ul> <p><b>Artículos administrativos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Libro de registro</li><li>• Materiales de información, educación y comunicación</li><li>• Materiales gráficos</li><li>• Formularios de consentimiento</li><li>• Protocolos clínicos/procedimientos normalizados de trabajo</li><li>• Fichas de personas usuarias de los servicios</li><li>• Diagrama de procesamiento del instrumental</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preservativos masculinos</li><li>• Preservativos femeninos</li><li>• Anticoncepción de emergencia</li><li>• Píldoras anticonceptivas orales (píldoras combinadas, píldoras de progestágeno)</li><li>• Viales de AMPD (inyectables de progestágeno solo)</li><li>• Inyectable de progestágeno solo AMPD (NET-EN)</li><li>• Inyectable combinado (ACI)</li></ul>	<p>Para AMPD</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Algodón</li><li>• Jeringa</li><li>• Viales de AMPD que contienen una suspensión acuosa estéril: 150 mg por ml.</li><li>• Agujas o bien con un calibre del 22 x 1,5 pulgadas (4 cm) de longitud o bien agujas SafetyGlide™ de 3,5 cm</li><li>• Jeringa de 5 ml</li></ul>



## 2. Implante

Mobiliario y equipamiento básicos	Equipamiento (n.º entre paréntesis = cantidad)	Suministros
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Camilla de exámenes</li> <li>• Taburete con escalera</li> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Báscula</li> <li>• Sillas</li> <li>• Mesa</li> <li>• Armario</li> <li>• Papeleras para eliminar residuos</li> </ul> <p><b>Artículos administrativos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libro de registro</li> <li>• Materiales de información, educación y comunicación</li> <li>• Materiales gráficos</li> <li>• Formularios de consentimiento</li> <li>• Protocolos clínicos/procedimientos normalizados de trabajo</li> <li>• Fichas de personas usuarias de los servicios</li> <li>• Diagrama de procesamiento del instrumental</li> </ul>	<p><b>Colocación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Recipiente/palanganita/cuenca circular</li> <li>• Opcional: (1) Pinzas, con esponja, rectas, 5,5 pulgadas (14 cm) para limpieza</li> </ul> <p><b>Extracción</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Recipiente/palanganita/cuenca circular</li> <li>• (1) Bisturí con su mango correspondiente o un bisturí desechable con mango</li> <li>• (1) Pinzas, mosquito, rectas, 5 pulgadas (12,7 cm)</li> <li>• (1) Pinzas, mosquito, curvas, 5 pulgadas (12,7 cm)</li> </ul> <p><b>Instrumental adicional para la extracción de un implante difícil:</b> Para implantes insertados profundamente e implantes no palpables usando una técnica en U modificada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Batea arriñonada</li> <li>• (1) Pinzas hemostáticas estándar 5,5 pulgadas (14 cm)</li> <li>• (1) Pinzas rectas con punta roma modificadas para vasectomías</li> <li>• 12,5 cm (también conocidas como «pinzas de anillo», pinzas de anillo para BSV o pinzas de punta anillada con un diámetro de 2,2 mm)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gel hidroalcohólico para manos Y agua y jabón o agua y jabón antiséptico (para la higiene de manos)</li> <li>• Toalla pequeña (para secarse las manos si se utiliza agua y jabón)</li> <li>• Guantes estériles (sin polvo)</li> <li>• Los guantes de exámenes solamente se necesitan para Nexplanon e Implanon</li> <li>• Povidona yodada (antiséptico de elección)</li> <li>• Esponjas de gasa estéril</li> <li>• Anestésicos locales como lidocaína (sin epinefrina, 1 por ciento o 2 por ciento)</li> <li>• Agua destilada para diluir la lidocaína (si se utiliza lidocaína al 2 por ciento)</li> <li>• Jeringa de 5 ml con aguja del calibre 21 y 1,5 pulgadas (4 cm).</li> <li>• Hoja de bisturí 11 con mango o bisturí desechable 11 con mango</li> <li>• Tela adhesiva</li> <li>• Venda de brazo (para aplicar presión sobre la incisión)</li> <li>• Paño quirúrgico estéril pequeño (para apoyar el brazo de la persona) (60 cm de lado)</li> <li>• Paño quirúrgico estéril perforado (60 cm de lado)</li> <li>• Material para embalar el instrumental (paños quirúrgicos o material desechable)</li> <li>• Caja de seguridad</li> </ul>

Fuente: EngenderHealth. Basic furniture, equipment, instruments, and expendable supplies needed to provide long-acting reversible and permanent methods of contraception. 2017. Disponible en: [https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm\\_equipment\\_instruments\\_and\\_supplies\\_list\\_-\\_12212017.pdf](https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf). Consultado el 21 de abril de 2022.



### 3. Dispositivo intrauterino

Mobiliario y equipamiento básicos	Equipamiento (n.º entre paréntesis = cantidad)	Suministros
<ul style="list-style-type: none"> <li>Camilla de exámenes (ginecológica con estribos y sábana impermeable o de caucho)</li> <li>Taburete con escalera</li> <li>Fuente de luz</li> <li>Mesa auxiliar</li> <li>Sillas</li> <li>Mesa</li> <li>Armario</li> <li>Papeleras para eliminar residuos</li> </ul> <p><b>Artículos administrativos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Libro de registro</li> <li>Materiales de información, educación y comunicación</li> <li>Materiales gráficos</li> <li>Formularios de consentimiento</li> <li>Protocolos clínicos/procedimientos normalizados de trabajo</li> <li>Fichas de personas usuarias de los servicios</li> <li>Diagrama de procesamiento del instrumental</li> </ul>	<p><b>Inserción en el intervalo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Recipiente/palanganana/cuenco circular</li> <li>(1) Fórceps, pinzas uterinas Schroeder-Braun, 9,75 pulgadas (24,8 cm)</li> <li>(1) Sonda uterina Sims, 13 pulgadas (33 cm)</li> <li>(1) Tijeras, sutura, de Mayo O Littauer, curvas, 6,75 pulgadas (17,1 cm)</li> <li>(1) Espéculo (de Graves o cualquier tipo de espéculo de autorretención), vaginal, Graves, mediano (1,38 pulgadas [3,5 cm] x 4 pulgadas [10,2 cm])</li> </ul> <p><b>Inserción después del parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Pinzas de anillo 9,5 pulgadas (24,1 cm)</li> <li>(1) Pinzas de placenta Kelly 12 pulgadas (30 cm)</li> <li>(1) Espéculo (de Graves o cualquier tipo de espéculo de autorretención) Sims o vaginal de cualquier tipo</li> </ul> <p><b>Extracción</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Recipiente/palanganana/cuenco circular</li> <li>(1) Pinzas, esponja, Foerster, rectas, 9,5 pulgadas (24,1 cm)</li> <li>(1) Espéculo, vaginal, de Graves, mediano (1,38 pulgadas [3,5 cm] x 4 pulgadas [10,2 cm])</li> <li>(1) Pinzas uterinas Bozeman para apósitos, rectas, 10,5 pulgadas (26,7 cm)</li> <li>(1) Pinzas para extracción del DIU, mordaza de cocodrilo, 8 pulgadas</li> <li>(1) Extractor para el cordel del DIU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recipiente/palanganana/cuenco circular</li> <li>El DIU (TCu 380A o multicarga o LNG-IUS)</li> <li>Gel hidroalcohólico para manos Y agua y jabón o agua y jabón antiséptico (para la higiene de manos)</li> <li>Toalla pequeña (para secarse las manos si se utiliza agua y jabón)</li> <li>Guantes de exámenes</li> <li>Povidona yodada (antiséptico de elección)</li> <li>Esponjas de gasa estéril</li> <li>Paños quirúrgicos (para tapar los muslos y la zona púbica de las personas usuarias de los servicios, y para ponerles debajo de las nalgas)</li> <li>Paños quirúrgicos (para embalar el instrumental)</li> <li>Toalla higiénica</li> </ul>

Fuente: EngenderHealth. Basic furniture, equipment, instruments, and expendable supplies needed to provide long-acting reversible and permanent methods of contraception. 2017. Disponible en: [https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm\\_equipment\\_instruments\\_and\\_supplies\\_list\\_-\\_12212017.pdf](https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf). Consultado el 21 de abril de 2022.

#### 4. Ligadura de trompas (esterilización femenina)

Equipamiento y mobiliario básico	Instrumental (n.º entre paréntesis = cantidad)	Suministros
<p><b>Sala de preoperatorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camilla de exámenes</li> <li>• Fuente de luz</li> <li>• Mesa auxiliar</li> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Báscula</li> <li>• Termómetro</li> <li>• Mesa y sillas</li> <li>• Armario</li> <li>• Papeleras para eliminar residuos</li> <li>• Área de intervenciones/ quirófano</li> <li>• Mesa de operaciones (con función reclinable)</li> <li>• Taburete con escalera</li> <li>• Fuente de luz (lámpara quirúrgica)</li> <li>• Mesa auxiliar (anestesia)</li> <li>• Carritos de instrumental</li> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Bandeja de emergencia</li> <li>• Percha del gotero</li> <li>• Papelera para eliminar residuos</li> </ul> <p><b>Artículos administrativos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libro de registro</li> <li>• Materiales de información, educación y comunicación</li> <li>• Materiales gráficos</li> <li>• Formularios de consentimiento</li> <li>• Protocolos clínicos/ procedimientos normalizados de trabajo</li> <li>• Fichas de personas usuarias de los servicios</li> <li>• Diagrama de procesamiento del instrumental</li> </ul>	<p><b>Instrumental abdominal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Recipiente/palanganana/ cuenco circular</li> <li>• (1) Pinzas, esponja, Foerster, rectas, 9,5 pulgadas (24,1 cm)</li> <li>• (1) Pinzas, apósito, forma estándar, 5 pulgadas (12,7 cm)</li> <li>• (1) Pinzas, tejido, forma delicada, 5,5 pulgadas (14 cm)</li> <li>• (2) Pinzas, hemostáticas, Kelly, rectas, 5,5 pulgadas (14 cm)</li> <li>• (2) Pinzas, intestinales, Allis, delicada, (5x6 dientes) 6 pulgadas (15,2 cm)</li> <li>• (2) Pinzas, intestinales, Baby Babcock, 5,5 pulgadas (14 cm)</li> <li>• (1) Portaagujas, Mayo Hegar, 7 pulgadas (17,8 cm)</li> <li>• (2) Separador Richardson-Eastman, pequeño o (1 juego – 2 piezas) separador Army-Navy, doble extremo</li> <li>• (1) Tijeras, amígdalas, Metzenbaum, 7 pulgadas (17,8 cm)</li> <li>• (1) Tijeras, operaciones, Mayo, curvas, 6,75 pulgadas (17,1 cm)</li> <li>• (1) Bisturí, mango, 3, graduado en cm</li> <li>• (1) Gancho, tubárico, Ramathibodi</li> </ul> <p><b>Instrumental vaginal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Recipiente/palanganana/ cuenco circular</li> <li>• (1) Pinzas, esponja, Foerster, curvas, 9,5 pulgadas (24,1 cm)</li> <li>• (1) Espéculo, vaginal, de Graves, mediano (1,38 pulgadas [3,5 cm] x 4 pulgadas [10,2 cm]) o (1) separador vaginal Jackson (hoja ancha) 1,5 pulgadas (3,8 cm) x 3 pulgadas (7,6 cm)</li> <li>• (1) Fórceps, pinzas uterinas Schroeder-Braun, 9,75 pulgadas (24,8 cm)</li> <li>• (1) Elevador, uterino, Ramathibodi</li> </ul> <p><b>Equipamiento y suministros de emergencia<sup>1</sup></b></p>	<p><b>Suministros analgésicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestésicos locales como lidocaína, (sin epinefrina, 1 por ciento o 2 por ciento)</li> <li>• Agua destilada para diluir la lidocaína (si se utiliza lidocaína al 2 por ciento)</li> <li>• Jeringa de 10–20 ml con aguja del calibre 21 y 1,5 pulgadas (4 cm)</li> <li>• Analgésicos</li> <li>• Sedantes como diazepam o midazolam o prometazina</li> <li>• Analgésicos como diclofenaco o ibuprofeno</li> <li>• Analgésicos narcóticos como fentanilo o pentazocina o meperidina (petidina) o nalbufina</li> </ul> <p><b>Suministros para la intervención quirúrgica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja del bisturí</li> <li>• Material de sutura absorbible (en una aguja atraumática)</li> </ul> <p><b>Suministros para la prevención de infecciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agua y jabón y gel hidroalcohólico para manos O agua y jabón antiséptico</li> <li>• Toalla estéril pequeña</li> <li>• Guantes estériles</li> <li>• Yodo</li> <li>• Esponjas de gasa estéril</li> <li>• Tela adhesiva quirúrgica</li> <li>• Paños quirúrgicos estériles (4 paños o un paño perforado para tapar a la persona)</li> <li>• Batas estériles para cirujanos y sus ayudantes</li> <li>• Gorro y mascarilla</li> <li>• Bata para pacientes</li> <li>• Paño quirúrgico para tapar la mesa quirúrgica</li> <li>• Paños quirúrgicos (para embalar el instrumental)</li> <li>• Caja de seguridad</li> </ul>

<sup>1</sup> Para ver una lista del equipamiento y los suministros de emergencia para la ligadura de trompas, consultar la tabla sobre ligadura de trompas.

Fuente: EngenderHealth. Basic furniture, equipment, instruments, and expendable supplies needed to provide long-acting reversible and permanent methods of contraception. 2017. Disponible en: [https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm\\_equipment\\_instruments\\_and\\_supplies\\_list\\_-\\_12212017.pdf](https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf). Consultado el 21 de abril de 2022.



## 5. Vasectomía sin bisturí (esterilización masculina)

Mobiliario y equipamiento básicos	Instrumental (n.º entre paréntesis = cantidad)	Suministros
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Camilla de exámenes</li> <li>• Mesa auxiliar</li> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Termómetro</li> <li>• Báscula</li> <li>• Taburete con escalera</li> <li>• Fuente de luz</li> <li>• Sillas</li> <li>• Mesa</li> <li>• Armario</li> <li>• Papelera para eliminar residuos</li> <li>• Bandeja de emergencia</li> <li>• Percha del gotero</li> </ul> <p><b>Artículos administrativos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libro de registro</li> <li>• Materiales de información, educación y comunicación</li> <li>• Materiales gráficos</li> <li>• Formularios de consentimiento</li> <li>• Protocolos clínicos/procedimientos normalizados de trabajo</li> <li>• Fichas de personas usuarias de los servicios</li> <li>• Diagrama de procesamiento del instrumental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Recipiente/palangana/cuenco circular</li> <li>• (1) Pinzas, con esponjas, rectas, 5,5 pulgadas (14 cm)</li> <li>• (1) Tijeras, sutura, de Mayo O Littauer, rectas, 5,5 pulgadas (14 cm)</li> <li>• (1) Pinzas (fórceps) con punta anillada para VSB, 4 mm</li> <li>• (1) Pinzas de disección para VSB</li> </ul> <p><b>Equipamiento y suministros de emergencia<sup>¶</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jabón común (o jabón antiséptico)</li> <li>• Toallas de mano estériles</li> <li>• Agua corriente</li> <li>• Gel hidroalcohólico para manos</li> <li>• Solución antiséptica (yodo)</li> <li>• Guantes de exámenes</li> <li>• Guantes estériles</li> <li>• Gasa estéril</li> <li>• Paños quirúrgicos estériles</li> <li>• Un paño perforado</li> <li>• Bata quirúrgica</li> <li>• Gorro</li> <li>• Mascarilla</li> <li>• Botas</li> <li>• Bata para pacientes</li> <li>• Catgut cromado o seda o algodón no absorbible</li> <li>• Solución de lidocaína (concentración del 2 por ciento)</li> <li>• Jeringa de 5 o 10 ml con aguja (calibre 21)</li> <li>• Bolsa para eliminar residuos</li> <li>• Caja de seguridad</li> <li>• Analgésicos</li> <li>• Tela adhesiva</li> <li>• Medicamentos básicos de emergencia</li> </ul>

<sup>¶</sup> Para ver una lista de equipamiento, medicamentos y suministros de emergencia para vasectomías, consultar la [tabla sobre vasectomía](#).

Fuente: EngenderHealth. Basic furniture, equipment, instruments, and expendable supplies needed to provide long-acting reversible and permanent methods of contraception. 2017. Disponible en: [https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm\\_equipment\\_instruments\\_and\\_supplies\\_list\\_-\\_12212017.pdf](https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf). Consultado el 21 de abril de 2022.





## Lista de equipamiento, medicamentos y suministros de partos seguros para la atención obstétrica y neonatal de emergencia básica (BEmONC) y la atención obstétrica y neonatal de emergencia integral (CEmONC)

### A. Nivel de BEmONC en atención primaria

Suministros y equipamiento generales	Suministros en la sala de parto	Medicamentos/inyecciones/goteros
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro eléctrico</li> <li>• Agua limpia</li> <li>• Jabón y gel hidroalcohólico de manos</li> <li>• Desinfectante</li> <li>• Autoclave</li> <li>• Guantes limpios</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Termómetro</li> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Partograma</li> <li>• Fetoscopio/Doppler</li> <li>• Formularios de consentimiento y referencia</li> <li>• Materiales gráficos</li> <li>• Materiales de información, educación y comunicación</li> <li>• Procedimientos normalizados de trabajo/protocolos clínicos</li> <li>• Caja de seguridad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máquina de succión</li> <li>• Extractor de moco</li> <li>• Bolsa y mascarilla neonatal</li> <li>• Cilindro/concentrador de oxígeno</li> <li>• Báscula para lactantes</li> <li>• Aguja/jeringa</li> <li>• Tiras reactivas para orina</li> <li>• Tijeras con hojas esterilizadas</li> <li>• Pinzas/clips umbilicales</li> <li>• Toallas sanitarias limpias para la madre</li> <li>• Toalla limpia</li> <li>• Extractor de vacío, Bird, manual, juego completo</li> <li>• Dispositivo intrauterino</li> <li>• Kit de parto: bolsas de plástico, sábanas, toallas, guantes estériles, tijeras, pinzas umbilicales x 2, EPI (mascarilla y protección personal)</li> <li>• Kit de reparación perineal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolsa de líquidos por vía intravenosa</li> <li>• Oxitocina inyectable</li> <li>• Sulfato de magnesio inyectable</li> <li>• Antibióticos para la madre</li> <li>• Antibióticos para el bebé</li> <li>• Antihipertensores</li> <li>• Misoprostol para la asistencia posterior al aborto</li> </ul>

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns. Ginebra: OMS; 2015. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/199177>. Consultado el 10 de septiembre de 2021; Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Inter-Agency Reproductive Health Kits 6th edition – Manual. Disponible en: <https://iawg.net/resources/inter-agency-reproductive-health-kits-6th-edition-manual>. Consultado el 1 de octubre de 2021.

### B. Atención obstétrica y neonatal de emergencia integral (CEmONC) en centros/hospitales de atención especializada donde se realizan cesáreas y transfusiones de sangre

Se necesitan todos los suministros y medicamentos básicos anteriormente indicados y los siguientes:

- Kit para transfusiones de sangre
- Kit para cesáreas
- Juego de embriotomía



## Infecciones de transmisión sexual incluido el VIH

Estas tablas ofrecen a gerentes de clínicas y a proveedores de servicios de salud calificados una lista exhaustiva de los medicamentos, equipamientos y suministros básicos para las infecciones de transmisión sexual (ITS), y el manejo sintomático y profiláctico de ITS/VIH en los servicios de salud prestados por los centros de atención primaria.

Equipamiento: clínica de consultas externas	Equipamiento: farmacia	Equipamiento y análisis: laboratorio	Directrices y materiales de IEC
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Camas para exámenes</li> <li>• Sillas para pacientes</li> <li>• Mesas para médicos</li> <li>• Lector de placas de rayos X</li> <li>• Aparato de báscula/ balanza</li> <li>• Escala para medir la estatura</li> <li>• Cinta métrica para medir la circunferencia de la cabeza</li> <li>• Termómetro</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Linterna</li> <li>• Tijeras médicas</li> <li>• Kit de equipamiento para otorrinolaringología</li> <li>• Oftalmoscopio</li> <li>• Martillo de reflejos</li> <li>• Armario archivador para las historias clínicas</li> <li>• Formularios/fichas de solicitud de pruebas especializadas</li> <li>• Bolsa ambú para ventilación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandejas para contar comprimidos</li> <li>• Armario con cerradura</li> <li>• Bandeja de dispensación</li> <li>• Recipientes, sobres, bolsas de dispensación</li> <li>• Refrigerador y gráfico de temperatura</li> <li>• Aire acondicionado o ventiladores</li> <li>• Batas blancas</li> <li>• Guantes, mascarillas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silla para flebotomías</li> <li>• Baño dedicado para la recogida de muestras de orina y heces</li> <li>• Espacio para la recogida de esputo</li> <li>• Prueba rápida de anticuerpos de VIH</li> <li>• Hemograma completo</li> <li>• Pruebas funcionales hepáticas</li> <li>• Serología para hepatitis B y C</li> <li>• Pruebas funcionales renales y electrolitos</li> <li>• Microscopía de frotis de esputo</li> <li>• Prueba de embarazo</li> <li>• Recuento de linfocitos CD4</li> <li>• Pruebas de ITS (sífilis, infecciones uretrales, vaginales y del cuello uterino)</li> <li>• Kit de PPE para empleados y pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directrices de tratamiento y atención al VIH de los ministerios de salud nacionales</li> <li>• PNT, diagramas de pacientes y materiales gráficos para el manejo del VIH, consejería sobre cumplimiento terapéutico y servicios de reproducción asistida disponibles para personas adultas y pacientes de pediatría</li> <li>• Archivos pediátricos que incluyen los gráficos de supervisión del crecimiento</li> <li>• Diagramas de esquemas posológicos para pacientes de pediatría (fármacos para IO y fármacos para reproducción asistida) están disponibles</li> <li>• PNT para control de infecciones</li> <li>• Registros de dispensación diaria y mensual y plantillas para los informes de inventario</li> <li>• Manual de procedimientos para la recogida de muestras (sangre, esputo, frotis vaginal o uretral, líquido corporal, orina y heces) disponible en el área de recepción de muestras</li> <li>• Materiales de IEC sobre ITS/VIH para todas las edades, géneros, etc.</li> <li>• Materiales de consejería</li> </ul>



Medicamentos generales y fármacos para IO	Dispensación de suministros farmacéuticos (fármacos ARV y para IO)	Fármacos de emergencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aciclovir 200 mg</li> <li>• Ceftriaxona 1 g</li> <li>• Azitromicina 500 mg</li> <li>• Doxiciclina 100 mg</li> <li>• Cefalexina 500 mg</li> <li>• Amoxicilina 250, 500 mg</li> <li>• Penicilina, benzatina 2,4 MU</li> <li>• Jarabe de cotrimoxazol</li> <li>• Cotrimoxazol comprimidos de 480 mg y 960 mg</li> <li>• Ciprofloxacina 500 mg</li> <li>• Dapsona 100 mg</li> <li>• Metronidazol 250 mg</li> <li>• Eritromicina 500 mg</li> <li>• Itraconazol comprimidos de 200 mg</li> <li>• Mebendazol 100 mg</li> <li>• Fluconazol comprimidos de 150 mg</li> <li>• Jarabe de fluconazol 2 mg/ml-100 ml</li> <li>• Primperan comprimidos de 10 mg</li> <li>• Primperan inyección 10 mg/2ml</li> <li>• Prometazina</li> <li>• Ácido fólico</li> <li>• Gel de miconazol</li> <li>• Loción de benzoato de bencilo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diclofenac 50 mg</li> <li>• Cimetidina 300 mg</li> <li>• Paracetamol 500 mg/codeína 30 mg</li> <li>• Morfina por vía oral</li> <li>• Paracetamol 120 mg/5 ml 60 ml</li> <li>• Loratadina</li> <li>• Clotrimazol 1 por ciento</li> <li>• Hidrocortisona 1 por ciento</li> <li>• Vitamina B6 250 mg</li> <li>• Comprimidos y jarabe de multivitaminas</li> <li>• Loperamida</li> <li>• Ibuprofeno comprimidos de 200 mg</li> </ul> <p><b>Fármacos ARV de primera línea para personas adultas y pacientes de pediatría si procede</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zidovudina</li> <li>• Lamivudina</li> <li>• Stavudina</li> <li>• Nevirapina</li> <li>• Efavirenz</li> </ul> <p><b>Fármacos ARV de segunda línea para personas adultas y pacientes de pediatría si procede</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abacavir</li> <li>• Didanosina</li> <li>• Tenofovir</li> <li>• Nelfinavir</li> <li>• Kaletra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrenalina</li> <li>• Antihistamínicos</li> <li>• Hidrocortisona</li> <li>• Oxígeno</li> </ul>

Abreviaturas: IEC: información, educación y comunicación; ITS: infección de transmisión sexual; PEP: profilaxis postexposición; PNT: procedimientos normalizados de trabajo; IO: infección oportunista; ARV: antirretroviral.

Fuente: Adaptado de FHI 360. HIV Clinical Care and Treatment (Outpatient) Facility QA/QI checklist. Disponible en: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/HIV%20Clinical%20Care%20and%20Treatment%20%28Outpatient%29%20Facility%20QA%20Checklist.pdf>. Consultado el 21 de abril de 2022.



## Ligadura de trompas (esterilización femenina): Suministros y equipamiento de emergencia

Fármacos básicos y su indicación	Administración y posología
<b>Epinefrina (adrenalina)</b> Indicado para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipotensión arterial</li><li>• Asma agudo</li><li>• Anafilaxis</li><li>• Arritmias cardíacas (fibrilación ventricular; taquicardia ventricular sin pulso; asistolia; actividad eléctrica sin pulso)</li></ul>	<b>Hipotensión arterial:</b> 2–16 µg i.v.; después 0,05–0,3 µg/kg/mín. (mezcla 4 mg en 500 ml; 1 ml = 8 µg/ml) <b>Asma agudo y anafilaxis:</b> 0,3–0,5 mg (0,3–0,5 ml de una disolución de 1:1000) s.c. cada 10–20 minutos, según sea necesario <b>Arritmias cardíacas:</b> 1 mg en bolo (10 ml de una disolución de 1:10 000) seguido de 20 ml de irrigación con disolución salina cada 3–5 minutos. (Si solo se dispone de 1:1000, diluir 1 ml de adrenalina en 10 ml de disolución salina normal) <b>PRECAUCIÓN:</b> Nunca se debe utilizar una solución 1:1000 para su administración por vía i.v. (Asegúrese de que haya una disolución 1:10.000).
<b>Aminofilina</b> (cuando no se disponga de albuterol y terbutalina) Indicado para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Asma agudo</li><li>• Anafilaxis con respiración insuficiente</li></ul>	5–6 mg/kg i.v. durante 20 minutos; después 0,5–0,7 mg/kg/hora
<b>Atropina</b> Indicado para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Reacción vasovagal</li><li>• Asistolia</li><li>• Actividad eléctrica sin pulso</li></ul>	<b>Reacción vasovagal:</b> 0,4–0,6 mg i.v. <b>Asistolia y actividad eléctrica sin pulso:</b> 1,0 mg en bolo; repetir según sea necesario cada 3–5 minutos, hasta un máximo de 0,04 mg/kg
<b>Diazepam</b> Indicado para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Actividad convulsiva</li></ul>	5–10 mg (0,15–0,25 mg/kg) i.v. a un ritmo de 5 mg por cada 5 min; se puede repetir a intervalos de 10–15 minutos, con supervisión cuidadosa hasta una dosis máxima de 30 mg. Se puede repetir dentro de 2–4 horas. No administrar una sobre dosis <b>Nota:</b> Si no se puede iniciar por vía i.v., administrar 10–20 mg por el recto utilizando una jeringa
<b>Difenhidramina</b> Indicado para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Anafilaxis</li></ul>	50 mg i.v. o i.m. cada 6–8 horas (en casos de anafilaxis grave, administrar inicialmente 100 mg i.v.)
<b>Efedrina</b> (cuando se utiliza anestesia raquídea o epidural) Indicado para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Hipotensión arterial después de anestesia raquídea o epidural</li></ul>	10–15 mg i.v. o 25–50 mg i.m.



Fármacos básicos y su indicación	Administración y posología
<b>Hidrocortisona</b> Indicado para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Asma agudo</li><li>• Anafilaxis</li></ul>	250 mg i.v.; repetir cada 4–6 horas según sea necesario. Es posible que se necesiten dosis más altas para el tratamiento del choque anafiláctico
<b>Fisostigmina</b> (cuando no se disponga de flumazenilo) Indicado para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Depresión respiratoria por benzodiazepinas (diazepam) cuando no se disponga de flumazenilo</li><li>• Sobredosis de atropina</li><li>• Respuesta a la ketamina</li></ul>	0,5–2,0 mg i.v. o i.m. administrado en incrementos de 0,5 mg hasta una dosis total de 3–4 mg. Repetir dentro de 1 o 2 horas, según sea necesario
<b>Prometazina</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Náuseas y vómitos</li><li>• Tranquilizante para la premedicación</li><li>• Antihistamínicos</li></ul>	25 mg o 50 mg, i.m. profunda antes o después de la operación Se añade al efecto sedante de los narcóticos. Si se administra con meperidina, reducir la dosis en un 25–50 por ciento
<b>Medicamentos adicionales (medicamentos que son aconsejables para ofrecer seguridad extra)</b>	
<b>Albuterol</b> (o terbutalina) Indicado para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Asma agudo</li><li>• Anafilaxis con respiración insuficiente.</li></ul>	Administrar 3 ml en aerosol (nebulizado 0,83 mg/ml; 3 ml/ampolla) cada 20 minutos para 3–6 dosis, después cada 4–6 horas, según sea necesario
<b>Flumazenilo</b> (se prefiere a la fisostigmina) Indicado para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Depresión respiratoria por benzodiazepinas (diazepam)</li></ul>	0,2 mg (2 ml) i.v. durante 30 segundos; repetir a intervalos de 1 minuto hasta una dosis total de 3 mg (15 ml). <b>Nota:</b> Si este tratamiento no revierte la depresión respiratoria, entonces es improbable que una sobredosis de benzodiazepina (diazepam) sea la causa de la depresión. Si hay respuesta parcial, administrar dosis adicionales en cantidades de 0,5 mg, hasta una dosis máxima de 5 mg



### Equipamiento de emergencia:

#### Equipamiento básico

- Respirador con válvula de demanda O respirador manual (ambú)
- Mascarilla
- Cilindro de oxígeno con válvula de reducción de la presión, tubo fluxímetro, boquilla de oxígeno y tubos
- Máquina de succión con tubos y dos recipientes
- Catéteres rígidos (tamaño 18 Fr)
- Catéter flexible de succión
- Vías respiratorias orales (tamaños de 90 y 100 mm)
- Vías respiratorias nasofaríngeas (tamaños 28 y 30)
- Torniquete
- Sonda de Foley vesical (tamaño 16 o 18) y bolsa de drenaje
- Aparato para la tensión arterial (estetoscopio, esfigmomanómetro)
- Linterna
- Batea arriñonada
- Manta

#### Suministros básicos

- Oxígeno
- Líquidos de administración i.v. (disolución salina normal y dextrosa al 5 por ciento en agua)
- Juegos de perfusión con agujas de gran calibre (calibre del 14–16) y tubos
- Tela adhesiva
- Esponjas de gasa
- Antisépticos para limpiar la piel
- Lubricante para la intubación nasofaríngea
- Jeringas y agujas (hipodérmicas)

Fuente: Training Resource Package for Family Planning [sitio web]. Tubal Ligation Handout #17: Emergency Supplies and Equipment. Disponible en: <https://www.fptraining.org/training/19/downloads>. Consultado el 9 de junio de 2022.

## Vasectomía (esterilización masculina): Suministros y equipamiento de emergencia

### Lista de medicamentos

Fármacos básicos y su indicación	Administración y posología
<p><b>Epinefrina (adrenalina)</b></p> <p>Indicado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipotensión arterial</li> <li>Asma agudo</li> <li>Anafilaxis</li> <li>Arritmias cardíacas (fibrilación ventricular; taquicardia ventricular sin pulso; asistolia; actividad eléctrica sin pulso)</li> </ul>	<p><b>Hipotensión arterial:</b> 2–16 µg i.v.; después 0,05–0,3 µg/kg/mín. (mezcla 4 mg en 500 ml; 1 ml = 8 µg/ml)</p> <p><b>Asma agudo y anafilaxis:</b> 0,3–0,5 mg (0,3–0,5 ml de una disolución de 1:1000) s.c. cada 10–20 minutos, según sea necesario</p> <p><b>Arritmias cardíacas:</b> 1 mg en bolo (10 ml de una disolución de 1:10.000) seguido de 20 ml de irrigación con disolución salina cada 3–5 minutos (si solo se dispone de 1:1000, diluir 1 ml de adrenalina en 10 ml de disolución salina normal)</p> <p><b>PRECAUCIÓN:</b> Nunca se debe utilizar una solución 1:1000 para su administración por vía i.v. (asegúrese de que haya una disolución de 1:10.000).</p>
<p><b>Aminofilina</b> (cuando no se disponga de albuterol y terbutalina)</p> <p>Indicado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asma agudo</li> <li>Anafilaxis con respiración insuficiente</li> </ul>	<p>5–6 mg/kg i.v. durante 20 minutos; después 0,5–0,7 mg/kg/hora</p>
<p><b>Atropina</b></p> <p>Indicado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reacción vasovagal</li> <li>Asistolia</li> <li>Actividad eléctrica sin pulso</li> </ul>	<p><b>Reacción vasovagal:</b> 0,4–0,6 mg i.v.</p> <p><b>Asistolia y actividad eléctrica sin pulso:</b> 1,0 mg en bolo; repetir según sea necesario cada 3–5 minutos, hasta un máximo de 0,04 mg/kg</p>
<p><b>Diazepam</b></p> <p>Indicado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Actividad convulsiva</li> </ul>	<p>5–10 mg (0,15–0,25 mg/kg) i.v. a un ritmo de 5 mg por cada 5 min; se puede repetir a intervalos de 10–15 minutos, con supervisión cuidadosa hasta una dosis máxima de 30 mg. Se puede repetir dentro de 2–4 horas. No administrar una sobredosis.</p> <p><b>Nota:</b> Si no se puede iniciar por vía i.v., administrar 10–20 mg por el recto utilizando una jeringa</p>
<p><b>Difenhidramina</b></p> <p>Indicado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anafilaxis</li> </ul>	<p>50 mg i.v. o i.m. cada 6–8 horas (en casos de anafilaxis grave, administrar inicialmente 100 mg i.v.)</p>



Fármacos básicos y su indicación	Administración y posología
<b>Hidrocortisona</b> Indicado para: Asma agudo Anafilaxis	250 mg i.v.; repetir cada 4–6 horas según sea necesario. Es posible que se necesiten dosis más altas para el tratamiento del choque anafiláctico
<b>Fisostigmina</b> (cuando no se disponga de flumazenilo) Indicado para: Depresión respiratoria por benzodiazepinas (diazepam) cuando no se disponga de flumazenilo Sobredosis de atropina Respuesta a la ketamina	0,5–2,0 mg i.v. o i.m. administrado en incrementos de 0,5 mg hasta una dosis total de 3–4 mg. Repetir dentro de 1 o 2 horas, según sea necesario
<b>Prometazina</b> Náuseas y vómitos Tranquilizante para la premedicación Antihistamínicos	25 mg o 50 mg, i.m. profunda antes o después de la operación <b>Nota:</b> Se añade al efecto sedante de los narcóticos. Si se administra con meperidina, reducir la dosis en un 25–50 por ciento
<b>Medicamentos adicionales (medicamentos que son aconsejables para ofrecer seguridad extra)</b>	
<b>Albuterol</b> (o terbutalina) Indicado para: Asma agudo Anafilaxis con respiración insuficiente	Administrar 3 ml en aerosol (nebulizado 0,83 mg/ml; 3 ml/ampolla) cada 20 minutos para 3–6 dosis, después cada 4–6 horas, según sea necesario
<b>Flumazenilo</b> (se prefiere a la fisostigmina) Indicado para: Depresión respiratoria por benzodiazepinas (diazepam)	0,2 mg (2 ml) i.v. durante 30 segundos; repetir a intervalos de 1 minuto hasta una dosis total de 3 mg (15 ml). <b>Nota:</b> La sobredosis por benzodiazepinas es improbable si no hay respuesta a ese tipo de tratamiento. Si hay respuesta parcial, administrar dosis adicionales en cantidades de 0,5 mg, hasta una dosis máxima de 5 mg





### Suministros básicos

- Ambú
- Oxígeno
- Líquidos de administración i.v. (disolución salina normal y dextrosa al 5 por ciento en agua)
- Juegos de perfusión con agujas de gran calibre (calibre del 14–16) y tubos/torniquete
- Tela adhesiva
- Esponjas de gasa
- Antisépticos para limpiar la piel
- Jeringas y agujas (hipodérmicas)

### Equipamiento de emergencia:

#### Equipamiento básico

- Respirador con válvula de demanda O respirador manual (ambú)
- Mascarilla
- Cilindro de oxígeno con válvula de reducción de la presión, tubo fluxímetro, boquilla de oxígeno y tubos
- Máquina de succión con tubos y dos recipientes
- Catéteres rígidos (tamaño 18 Fr)
- Catéter flexible de succión
- Vías respiratorias orales (tamaños de 90 y 100 mm)
- Vías respiratorias nasofaríngeas (tamaños 28 y 30)
- Torniquete
- Sonda de Foley vesical (tamaño 16 o 18) y bolsa de drenaje
- Aparato para la tensión arterial (estetoscopio, esfigmomanómetro)
- Linterna
- Batea arriñonada
- Manta

#### Equipamiento opcional

(si se dispone de personal calificado para su uso)

- Laringoscopio, con bombilla y batería de repuesto
- Tubos endotraqueales
- Pulsioxímetro
- Máquina para electrocardiogramas (ECG) con derivaciones
- Desfibrilador
- Máquina de anestesia general inhalada

Fuente: Training Resource Package for Family Planning [sitio web]. Vasectomy Handout #16: List of Emergency Equipment, Drugs, and Supplies. Disponible en: <https://www.fptraining.org/training/6/downloads>. Consultado el 9 de junio de 2022.

# Capítulo 3: Consejería

## índice

<b>1. Introducción</b>	<b>60</b>
1.1 ¿Qué es la consejería?	60
<b>2. Consejería en salud sexual y reproductiva</b>	<b>60</b>
2.1 Consejería integrada en salud sexual y reproductiva	60
2.2 ¿Quién puede dar consejería a personas usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva?	62
2.3 Derechos de las personas usuarias: principios de consejería	62
2.4 Aptitudes de comunicación para la consejería	66
2.5 Marco de consejería: REDI	66
<b>3. El género y la dinámica de poder en la consejería</b>	<b>67</b>
<b>4. Consejería sobre sexualidad y salud sexual</b>	<b>68</b>
4.1 Consejería sobre sexualidad	68
4.2 Temas para la consejería en sexualidad y salud sexual	69
<b>5. Entorno favorable</b>	<b>71</b>
5.1 Refuerzo del centro de salud	71
5.2 Participación de la comunidad	72



# índice (continuación)

<b>6. Modelos de prestación de servicios de salud para la consejería</b>	<b>73</b>
6.1 Consejería sobre relaciones	73
6.2 Consejería en grupo	74
6.3 Intervenciones digitales: consejería por teléfono y por Internet	74
<b>7. Referencias</b>	<b>76</b>
7.1 Recursos	78



# 1. Introducción

Este capítulo ayuda a personas profesionales capacitadas dentro y fuera del sistema de salud a reforzar los conocimientos, destrezas y actitudes necesarios para ofrecer consejería sobre salud sexual y reproductiva centrada en la persona que promueva la toma de decisiones voluntarias e informadas. La consejería es un elemento transversal en los servicios de salud sexual y reproductiva y tiene una importancia crítica para todas las personas en edad reproductiva y en particular para jóvenes (de 15 a 24 años de edad), tanto en contextos de ayuda al desarrollo como de emergencia humanitaria. Las recomendaciones sobre consejería que se ofrecen en este capítulo deberían aplicarse a todos los servicios de salud sexual y reproductiva incluidos en estas Directrices clínicas centradas en la persona.

## 1.1 ¿Qué es la consejería?

La consejería es el intercambio de información basado en una evaluación de las necesidades, preferencias y estilo de vida de la persona para respaldar su toma de decisiones según sus intenciones. Las bases de la consejería son la elección informada y sin coerción; la información neutral, comprensible y basada en la evidencia; y un proceso de toma de decisiones colaborativo y confidencial que garantice la calidad, el respeto, la dignidad y la atención oportuna [1].

Un enfoque en la consejería basado en los derechos y centrado en la persona garantiza el respeto de los derechos de las personas usuarias (consultar el [apartado 2.3](#)) y la igualdad en la relación de poder entre personas usuarias y personas proveedoras de consejería (consultar el [apartado 3](#)).

Los servicios de consejería ayudan a las personas usuarias a:

- evaluar y entender su situación con más claridad;
- conocer la variedad de opciones y determinar objetivos para mejorar su situación;
- tomar sus propias decisiones informadas, que concuerden con sus valores, sentimientos, necesidades específicas a la situación y derechos, así como otorgar consentimiento informado;
- sentirse empoderadas para manejar su situación, ganar autonomía y actuar en base a sus decisiones;
- desarrollar destrezas, como la capacidad de hablar sobre sexo con una pareja.

### Acrónimos

ITS	infección de transmisión sexual
LGBTI	lesbiana, gay, bisexual, transgénero e intersexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

# 2. Consejería en salud sexual y reproductiva

La consejería integrada y de calidad en salud sexual y reproductiva requiere que las personas proveedoras de servicios de salud utilicen de forma efectiva una combinación de principios básicos de la consejería, destrezas, conocimientos y procesos adecuados al contexto local de las personas usuarias y a sus necesidades individuales de comunicación [2]. En el [apartado 2](#) se ofrecen detalles sobre cada uno de estos principios básicos y en la [figura 1](#) (página siguiente) se ofrece un esquema de la consejería en salud sexual y reproductiva.

## 2.1 Consejería integrada en salud sexual y reproductiva

En contextos de ayuda humanitaria y para el desarrollo resulta esencial reconocer que la consejería sirve como punto de entrada para la identificación de necesidades no satisfechas de salud sexual y reproductiva que pueden tener consecuencias letales [3].

La consejería en salud sexual y reproductiva debe adaptarse al contexto local y tener en cuenta tanto las necesidades de la comunidad como las diversas barreras (p. ej. estructurales, socioculturales, de la tradición, relacionadas con la discapacidad, religiosas y espirituales) y su efecto sobre la capacidad de una persona para acceder a la atención.

En los servicios de salud sexual y reproductiva, la consejería integrada implica abarcar diferentes asuntos en una sola sesión de consejería para lograr una perspectiva integral. Esto permite a las personas usuarias evaluar sus necesidades de salud sexual y reproductiva y manejar su vida sexual [4].



En contextos de salud sexual y reproductiva, la consejería integrada puede servir para:

- ayudar a la persona a tener claros sus deseos y necesidades con respecto al uso de anticonceptivos;
- ayudar a la persona a tomar decisiones libres e informadas sobre métodos anticonceptivos;
- ayudar a la persona a conocer el método anticonceptivo que elija;
- ayudar a la persona a saber cómo usar adecuadamente el método anticonceptivo que elija;
- ayudar a la persona a superar temores y tomar las decisiones adecuadas si se presentan dificultades;
- ayudar con inquietudes sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH;
- preparar a la persona para el embarazo y la maternidad/paternidad;
- ayudar a la persona a tomar decisiones informadas sobre la lactancia;
- ayudar a la persona a decidir si llevar a término un embarazo;
- ayudar a sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género a adquirir las herramientas que necesitan para hacer frente a su trauma;
- hablar de cualquier tema de sexualidad y relaciones sexuales, como la orientación sexual, la identidad y la expresión de género, el bienestar sexual, la infertilidad, la menopausia, la disfunción eréctil y otros asuntos de salud sexual y reproductiva;
- conocer las normas, leyes y derechos de la comunidad y cómo defenderlos en los servicios de salud prestados;
- ofrecer referencias (o remisiones) para servicios clínicos y sociales en la comunidad.

FIGURA 1: Esquema del proceso de consejería



Fuente: adaptado con autorización de la OMS [2]. A handbook for building skills: Counselling for maternal and newborn health. Ginebra: OMS (2014).



## 2.2 ¿Quién puede dar consejería a personas usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva?

En muchos contextos es posible que no haya una persona con especialización formal en consejería. No obstante, según las políticas nacionales, diversos proveedores pueden ofrecer consejería, como personal funcionario de salud pública, enfermería, psicología, educación, medicina, trabajo social o trabajo comunitario que cuente con la capacitación y competencias necesarias [5].

Normalmente, quienes ofrecen consejería empática y competente son personas motivadas que tienen las siguientes características:

- Un compromiso con la práctica y la promoción de los principios de derechos y salud sexual y reproductiva expuestos en el *apartado 2.3*.
- Buenas aptitudes de comunicación (verbal y no verbal), según se describe en el *apartado 2.4*.
- Han reflexionado sobre sus valores personales, creencias y actitudes con respecto a todos los aspectos de los derechos y la salud sexual y reproductiva, y ofrecen consejería centrada en la persona:
  - libre de prejuicios;
  - con autoconocimiento y sin imponer a las personas usuarias los valores propios;
  - con respeto, empatía, un trato cálido y cercano;
  - con motivación y compromiso con los derechos y el bienestar de las personas usuarias;
  - con transparencia y disposición para aprender de forma continua y de los propios errores;
  - conocimiento de los diferentes valores, culturas y estilos de vida de las personas y respeto hacia ellos.

## 2.3 Derechos de las personas usuarias: principios de consejería

Los siguientes principios basados en los derechos sustentan los estándares de consejería en salud sexual y reproductiva. Al igual que con otras pautas ofrecidas en este capítulo, las personas proveedoras de consejería deben contextualizar las recomendaciones y asegurarse de que estos principios se apliquen al asesorar a las personas usuarias en relación con asuntos específicos de salud sexual y reproductiva. Además, las instalaciones deben ser accesibles para todos los grupos de personas, incluidas personas jóvenes y personas con diferentes tipos de discapacidad, así como ofrecer servicios variados de salud sexual y reproductiva para garantizar una selección de opciones de atención y la atención integrada que necesitan (en el *capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios* se ofrece información detallada sobre los requisitos de las instalaciones de servicios de salud sexual y reproductiva). Los estándares de derechos humanos en relación con la implementación programática de los principios de la consejería que figuran en la *tabla 1* (página siguiente) se detallan en la publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) *Quality of care in contraceptive information and services, based on human rights standards: A checklist for health care providers* [6].

### ¡Importante!

En este capítulo, los términos «personas proveedoras de servicios de salud» y «personas proveedoras de consejería» son intercambiables y abarcan una variedad de profesionales que pueden prestar servicios de consejería tras recibir capacitación.



**TABLA 1: Principios de consejería en derechos y salud sexual y reproductiva**

Principios	Aplicación en la consejería
<b>Primer principio: No discriminación</b>	Todas las personas tienen derecho a recibir el mismo trato, independientemente de su edad, género, raza, orientación sexual, identidad de género, color, religión, idioma, estado civil, condición de refugiadas, sean o no sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género y de si tienen o no una discapacidad. La calidad de la consejería no debería variar a causa de las características de la persona usuaria, como su domicilio, edad, condición de salud, si está asegurada, si consume drogas o lleva a cabo trabajo sexual [6]. Por lo tanto, todas las personas deberían recibir una atención respetuosa y ser tratadas con dignidad.
<b>Segundo principio: Disponibilidad de información y servicios</b>	Las instalaciones de salud, plataformas digitales de consejería y comunidades deberían contar con personal de consejería en cantidad suficiente (si es posible, de distintos géneros) para impartir educación, divulgar información y llevar a cabo intervenciones de consejería. Además, se debe contar con materiales de información, educación y comunicación que sean apropiados a la edad y al contexto, que tengan una perspectiva de género, que sean accesibles a personas con discapacidad (p. ej. disponibles en diversos formatos como braille para personas no videntes) y que respeten la confidencialidad [7].
<b>Tercer principio: Información y servicios accesibles</b>	Se prestan servicios de consejería a través de plataformas virtuales o en un lugar accesible y en una ubicación razonable que garantice la confidencialidad, en donde se lleven a cabo actividades de educación, divulgación y consejería, ya sea en un centro de salud, a domicilio, en Internet, por teléfono, en la comunidad, etc. Las actividades de consejería deben ser igualitarias y tener en cuenta las necesidades de diferentes grupos de población en una comunidad, en particular grupos marginalizados, como adolescentes y personas con discapacidad. Los servicios de consejería deben tener un horario cómodo, independientemente de la ubicación o de las plataformas virtuales que se utilicen [7]. Además, deben garantizarse oportunidades de transporte para personas con discapacidad, especialmente en situaciones de crisis. Es imprescindible que los grupos marginalizados tengan seguridad a la hora de desplazarse a y desde las instalaciones, especialmente en contextos humanitarios.
<b>Cuarto principio: Información y servicios aceptables</b>	Las personas proveedoras de servicios deben ser amables y ofrecer un trato cálido y acogedor, y deben aportar esas cualidades a la sesión de consejería. Un ejemplo sería ofrecer un espacio separado para los servicios de consejería a adolescentes [8]. Quienes prestan servicios de consejería deben evitar abrumar a la persona usuaria con información y deben adaptar la sesión de consejería a las necesidades de la persona, así como utilizar material gráfico para facilitar las conversaciones, como rotafolios, láminas sobre anatomía y salud sexual y reproductiva o modelos de pelvis. Las imágenes y los textos deben ser sencillos y comprensibles para una variedad de personas usuarias con diferentes necesidades (p. ej. personas con discapacidad del lenguaje o de otro tipo).
<b>Quinto principio: Calidad</b>	Los conocimientos y las destrezas de las personas proveedoras de consejería deben estar al día, no solo en cuanto a la calidad de la consejería, sino también en cuanto a la información basada en la evidencia necesaria para asesorar a las personas usuarias en temas específicos de salud sexual y reproductiva, servicios, tendencias y cambios en las necesidades de salud sexual y reproductiva en su localidad [9]. Las personas proveedoras de consejería no permiten que sus valores personales perjudiquen sus responsabilidades profesionales e impidan a las personas usuarias ejercer su derecho a tomar decisiones informadas y sin coerción [10]. Las personas proveedoras de consejería establecen vías de referencia con otros servicios de salud y comunitarios para cuestiones de salud sexual y reproductiva en su localidad, incluidos la atención del aborto, la anticoncepción, la prevención de ITS como el VIH, el apoyo o la atención para sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género [9]. Las personas proveedoras de consejería registran información en formularios de recogida de datos (p. ej. diarios, historias clínicas, formularios de consentimiento informado y de divulgación de información) [11]. Para garantizar la calidad de la consejería, la gerencia del centro de salud o de la plataforma digital de consejería debe evaluar las aptitudes de comunicación y los conocimientos de solicitantes de empleo y personal en relación con la consejería en salud sexual y reproductiva, así como ofrecer capacitación continua, supervisión de apoyo y actualizaciones clínicas en materia de derechos y salud sexual y reproductiva.



Principios	Aplicación en la consejería
<b>Sexto principio: Toma de decisiones informadas</b>	Las personas usuarias reciben un trato respetuoso y comprensivo. Quienes prestan servicios de consejería deben abstenerse de ejercer coerción y evitar manipular a las personas usuarias para que hagan lo que consideran que es mejor, particularmente en el caso de adolescentes y personas con discapacidad. Las personas proveedoras de consejería ofrecen apoyo e información completa a las personas usuarias (es decir, sobre procesos y opciones de intervenciones/métodos, síntomas, efectos secundarios, etc.) en un formato accesible que puedan entender fácilmente para poder tomar una decisión informada. Por ejemplo, puede ser necesario usar un intérprete de lengua de señas o un lenguaje accesible para que todas las personas puedan tomar una decisión informada. En el <i>recuadro de información</i> (página siguiente) se ofrecen pautas detalladas sobre los procedimientos de consentimiento/aprobación [11].
<b>Séptimo principio: Privacidad y confidencialidad</b>	La persona proveedora de consejería protege la información médica frente a divulgación no autorizada, respeta la dignidad de la persona usuaria y garantiza la privacidad y confidencialidad [12,13]. Se debe informar claramente a la persona usuaria de que la conversación, las intervenciones clínicas y todo el seguimiento serán confidenciales, a menos que desee que se revele a otra persona. Se debe informar a la persona usuaria de toda limitación de la confidencialidad (p. ej. por motivos de obligaciones de información impuestas por normativas nacionales) antes de que empiece la consulta o el examen. El personal de servicios de consejería debe asegurarse de que la consulta se lleve a cabo en un entorno seguro y en un espacio privado donde otras personas no puedan oír la conversación. Por motivos de confidencialidad, el personal de servicios de consejería siempre debe preguntar si la persona usuaria desea que otra la acompañe (p. ej. familiar, pareja, amistad, intérprete de lengua de señas, etc.) en la sala de consejería o de intervenciones. Toda persona auxiliar adicional debe garantizar la confidencialidad (p. ej. mediante la firma de un acuerdo de confidencialidad escrito). El personal de consejería no debe comentar con nadie más lo que digan las personas usuarias y debe guardar inmediatamente las historias clínicas para garantizar un tratamiento de datos seguro y adecuado [5].
<b>Octavo principio: Participación</b>	Una buena comunicación favorece una buena relación, la confianza y la participación de la persona usuaria durante toda la sesión de consejería [12]. La sala de consejería tiene una configuración que permite mantener la privacidad y confidencialidad de la comunicación entre quienes prestan los servicios y quienes los reciben. Esto facilita hablar sobre factores de riesgo, sexualidad, relaciones sexuales y comportamientos sexuales. También ayuda a la persona usuaria a encontrar soluciones para su situación y aplicarlas [13].
<b>Noveno principio: Rendición de cuentas</b>	Las personas proveedoras de consejería son responsables de respetar los derechos de cada persona usuaria al proporcionar información, impartir educación y ofrecer consejería en asuntos de salud sexual y reproductiva. Los formularios de comentarios de personas usuarias/las encuestas de satisfacción confidenciales son uno de los muchos métodos que se pueden utilizar para mejorar la calidad de la consejería [14].

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [5].





### Proceso de aprobación o consentimiento informado y voluntario

El personal de consejería debe conocer los procedimientos para obtener el consentimiento informado y voluntario de las personas usuarias para la participación en el proceso de atención clínica.

#### 1. Determinar la capacidad de la persona usuaria para entender y tomar una decisión sobre su atención clínica en base a la información suministrada, sin incentivos, coerción ni discriminación.

- a. Conocer la edad legal de consentimiento, pero también reconocer que «de conformidad con su capacidad evolutiva, las niñas tienen derecho a acceder a información y servicios de consejería o consejería confidenciales sin el consentimiento de sus padres o tutores legales» [6]. Si la edad de la persona usuaria es inferior a la edad legal para otorgar consentimiento para recibir atención clínica, se debe tener en cuenta que en «situaciones en las que sea lo mejor para el/la niño/a o adolescente, se debe intentar obtener consentimiento informado de dicho/a niño/a o adolescente» [6].
- b. Las personas con discapacidad tienen derecho a que se les reconozca la capacidad de tomar sus propias decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. Si bien los marcos jurídicos pueden variar, se debería informar a las personas con discapacidad y pedirles su consentimiento en todas las situaciones mediante la identificación e incorporación de mecanismos de apoyo y ajustes razonables en su toma de decisiones [15]. Consultar el *recuadro de*

*información* (abajo) con recomendaciones prácticas para obtener consentimiento informado de personas con discapacidad.

#### 2. Obtener y documentar el consentimiento y la aprobación.

- a. Una vez que la persona usuaria ha recibido educación y consejería, se ha determinado que es elegible para servicios de salud sexual y reproductiva, ha recibido respuestas a sus preguntas y ha tomado una decisión voluntaria e informada para recibir servicios de salud sexual y reproductiva, el personal de consejería debe pedirle que firme un documento de consentimiento/aprobación.
- b. Es necesario informar a la persona usuaria de que puede revocar su consentimiento en cualquier momento y de que la persona proveedora debe respetar su decisión.
- c. Se requiere consentimiento verbal cuando no sea posible otorgar consentimiento por escrito a través de plataformas de salud digital.
- d. En determinadas situaciones, como cuando se ofrece consejería a personas migrantes, refugiadas o de comunidades étnicas, es necesario proporcionar un servicio adecuado y confidencial de interpretación para obtener el consentimiento.
- e. El consentimiento no es necesario si la persona ha perdido el conocimiento y necesita atención de emergencia para salvarle la vida.

### Recomendaciones prácticas para obtener consentimiento informado de personas con discapacidad [16]

Al ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad, los profesionales que soliciten consentimiento informado:

1. Deben suponer que todas las personas con discapacidad tienen la capacidad de ofrecer consentimiento para recibir los servicios. Hasta que se demuestre lo contrario, el personal de servicios de salud no debe suponer que las personas con discapacidad no pueden otorgar consentimiento para recibir servicios de salud. Este es el caso para personas con cualquier tipo de discapacidad, incluidas discapacidades intelectuales o cognitivas. Se deben seguir las directrices de comunicación con personas con discapacidad y hablar directamente

con ellas, incluso si están acompañadas de un familiar o cuidador.

2. Deben reconocer que la capacidad de otorgar consentimiento es un concepto fluido y se refiere a la capacidad de otorgar consentimiento para un determinado servicio de salud en un momento concreto. En otras palabras, la capacidad puede cambiar a lo largo del tiempo y es posible que no sea la misma para todos los tipos de decisiones. El personal de servicios de salud debería abordar el proceso de obtener consentimiento informado como una conversación permanente con las personas usuarias, no como algo que solo sucede una vez.

*continúa*



### Recomendaciones prácticas para obtener consentimiento informado de personas con discapacidad [16] *continuación*

3. Prestar atención a cómo se comunica la información. Para que una persona otorgue consentimiento informado debe entender la información sobre la que se basa dicho consentimiento y el modo en que se le transmite dicha información. Para la toma de decisiones importantes puede resultar útil ir paso a paso, como hablar de los objetivos de los servicios de salud, los procedimientos que se van a ejecutar, las medidas que deberá tomar, etc. El personal de servicios de salud debe dedicar el tiempo necesario a trabajar con las personas usuarias y discutir

las decisiones detalladamente, para asegurarse de que entiendan lo que están autorizando.

4. Se debe recordar que las personas que no tengan capacidad para ofrecer su consentimiento tienen derecho a recibir información y deberían participar en la toma de decisiones. El personal de servicios de salud siempre debe ofrecer información, escuchar a las personas usuarias y explicar cómo y por qué se han tomado determinadas decisiones.

## 2.4 Aptitudes de comunicación para la consejería

A fin de respaldar la toma de decisiones informadas y voluntarias de las personas usuarias, el personal de servicios de consejería necesita aptitudes de comunicación verbal y no verbal que le ayude a [11]:

- **Establecer una buena relación:** utilizar un lenguaje amable y no crítico (no se debe presuponer el género de la persona y se debe utilizar un lenguaje neutro en cuanto al género), demostrar capacidad de reflejar sentimientos usando paráfrasis, mostrando empatía con la persona usuaria y, por último, tratando de forma cómoda el tema de la sexualidad y la confidencialidad.
- **Generar información:** formular preguntas abiertas, escuchar de forma activa y parafrasear para evaluar las necesidades de las personas usuarias, explorar los riesgos y asegurarse de que las partes se entiendan mutuamente.
- **Suministrar información:** comunicar los conocimientos sobre los servicios de salud sexual y reproductiva de un modo que no resulte abrumador y con un lenguaje que la persona usuaria pueda entender. Esto ayudará a las personas usuarias a pensar en su contexto de salud sexual y a fijar objetivos para introducir cambios si fuera necesario.

El personal de servicios de salud también debería utilizar un lenguaje inclusivo y desestigmatizante:

- Las palabras que las personas proveedoras elijan usar o no usar variarán dependiendo de diferencias culturales, grupo de edad y preferencias personales (p. ej. usar lenguaje neutro con respecto al género y no estigmatizador, y preguntar a la persona cómo le gustaría que se dirijan a ella) [17]. Además, el personal debe usar un lenguaje no discriminatorio y sensible al dirigirse a personas de grupos marginalizados, como personas con discapacidad (p. ej. no hablar de personas

«discapacitadas» o «inválidas», sino de personas con dificultades para andar). El personal debe ser capaz de desarrollar un lenguaje adecuado para hablar sobre sexo y sexualidad de un modo que resulte cómodo y apropiado en el contexto en el que trabaja.

- El lenguaje corporal y simples mensajes verbales pueden contribuir a estigmatizar o desestigmatizar la sexualidad humana. El personal debe elegir las palabras y el tono de voz adecuados para abordar asuntos de sexualidad y relaciones sexuales de un modo que no genere vergüenza ni estigma.
- Deben emplearse con cuidado términos como «normal», «anormal» y «sexo transaccional». Deben evitarse términos y expresiones como «promiscuidad», «permitirse relaciones sexuales» y sexo «premarital» o «extramarital».
- El personal debe practicar la inclusión con todas las personas que busquen servicios de salud sexual y reproductiva. Deben reconocer y respetar el hecho de que es posible que cada persona haya tenido experiencias difíciles, como la violencia sexual o el aborto.

## 2.5 Marco de consejería: REDI

Los principios y las aptitudes de comunicación que debe aplicar el personal al asesorar a personas usuarias se comentan en los *apartados 2.3 y 2.4*. REDI es el acrónimo inglés de «Rapport building» (Establecimiento de una buena relación), «Exploration» (Exploración), «Decision-making» (Toma de decisiones) e «Implementing the decision» (Implementación de la decisión) y es un proceso eficiente de cuatro pasos para la consejería centrada en la persona que ayuda a las personas, tanto las que acuden a consulta por primera vez como las que ya han estado antes, a tomar decisiones informadas adecuadas a su situación, circunstancias sociales y necesidades de salud sexual y reproductiva integral [12].



**¡Importante! ¡No causar daño!  
Ofrecer atención informada para sobrevivientes**

El personal de consejería debe recibir información sobre la prevalencia de la violencia sexual y basada en el género en su contexto y tratar con sensibilidad los antecedentes y las experiencias de las personas sobrevivientes. La OMS recomienda a quienes prestan servicios de salud que planteen el tema de la violencia y la seguridad con personas usuarias que tengan heridas visibles o padecimientos que puedan estar relacionados con la violencia sexual y basada en el género. No obstante, si la persona usuaria no ofrece información, el personal no deben insistir, sino respetar sus deseos e informarle de los servicios de salud sexual y reproductiva disponibles, así como de las referencias y consultas de seguimiento posibles si fuesen necesarias. Se debe recordar que, si bien las principales afectadas por la violencia sexual y basada en el género son las mujeres y niñas, también pueden sufrirla hombres y niños, personas que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transgénero o intersexuales (LGTBI) y las personas con discapacidad. Los estudios indican que las personas con discapacidad y las personas que se identifican como LGBTI tienen un riesgo más alto de sufrir cualquier tipo de violencia o violencia sexual y basada en el género. Las mujeres y las infancias con discapacidad tienen hasta 10 veces más probabilidades de sufrir violencia sexual y basada en el género [18]. En el [capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género](#) se ofrece información detallada sobre la consejería para sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género.

### 3. El género y la dinámica de poder en la consejería

Es importante evitar que los estereotipos de género contaminen el proceso de consejería. Quienes prestan servicios de salud deben adoptar un enfoque centrado en la persona. El enfoque de la consejería basada en los derechos y la evidencia tiene la finalidad de facilitar la igualdad y equilibrar el poder entre mujeres y hombres, así como abordar la estigmatización y la discriminación en relación con la discapacidad y la orientación sexual.

En muchos contextos hay más mujeres que hombres buscando consejería. La idea de hablar sobre sentimientos y de explorar las dificultades emocionales y psicológicas se ha integrado en la socialización de género y en el modo en que mujeres y hombres piensan sobre

sí mismos y se evalúan. Dependiendo del contexto (p. ej. escenarios de conflicto en los que se recluta a niños como soldados y se los utiliza para infligir violencia o violencia sexual) [8], los hombres y adolescentes varones pueden requerir enfoques específicos en la consejería, pues es posible que se vean obligados a mantener ocultas sus emociones y que tengan sentimientos de culpa y aislamiento. En la lista de recursos del [apartado 7.1](#) se incluyen recomendaciones para ayudar a los hombres a ser activos en relación con los derechos y la salud sexual y reproductiva.

La posición de una persona dentro de su entorno familiar y sociocultural afecta a sus conocimientos sobre sus derechos y su salud sexual y reproductiva, así como a su capacidad de ejercer dichos derechos [12]. En muchas situaciones, la masculinidad dominante puede hacer que sea difícil para las mujeres hablar con proveedores masculinos y para los hombres hablar con proveedoras femeninas. Por lo tanto, se debe ofrecer a la persona usuaria la opción de hablar con una persona proveedora de consejería de su mismo género si lo prefiere. El desequilibrio en el poder no siempre está en el lado de las personas proveedoras; puede haber personas usuarias que, de manera consciente o inconsciente, ejerzan poder sobre la persona proveedora o la manipulen. Las personas proveedoras deben ser conscientes de esto y hablarlo con las personas usuarias. También se recomienda al personal que consulte a otras personas proveedoras de consejería para recibir apoyo en esos casos.

El personal de consejería debe evitar los desequilibrios de poder que puedan causar discriminación, así como toda forma de coerción reproductiva, específicamente en el caso de sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género, personas que buscan atención del aborto, personas adolescentes, poblaciones con diversidad sexual o de género, o personas con discapacidad.

**¡Importante!**

En el contexto de la educación en sexualidad, la consejería o los programas y los servicios de derechos y salud sexual y reproductiva, nunca deben usarse términos patológicos con referencia a personas con orientaciones sexuales, identidades o expresiones de género y características sexuales diversas. En los [apartados 4.1 y 4.2](#) se ofrece información sobre cómo reducir la estigmatización y la discriminación de las comunidades LGBTI.



## 4. Consejería sobre sexualidad y salud sexual

La sexualidad es una parte importante de la vida humana. La ausencia de una comunicación abierta y sincera sobre el sexo y la sexualidad puede dificultar a las personas y comunidades obtener información precisa y ayuda en relación con asuntos de salud sexual y reproductiva. Hablar de sexo y sexualidad puede ser difícil tanto para quienes prestan servicios de consejería como para quienes los reciben.

Las personas que prestan servicios de consejería desempeñan un papel importante en la creación de espacios seguros para que las personas usuarias exploren tanto los aspectos positivos como los complicados de su orientación sexual y desarrollen una mayor confianza en sus relaciones sexuales y en su identidad sexual.

Como parte de su compromiso con los derechos y la salud sexual y reproductiva, con la reducción del estigma, y con el mayor reconocimiento de la sexualidad como un aspecto positivo de la vida humana, el personal puede poner en práctica lo siguiente:

- Adoptar una **actitud positiva con respecto al sexo:** el personal de consejería entiende el efecto positivo del sexo y la sexualidad en la vida de las personas y les ayuda a disfrutar de relaciones sexuales placenteras, equitativas y seguras, o a aceptar su sexualidad.
- Adoptar un **enfoque reflexivo sobre el sexo:** el personal de consejería es capaz de determinar y reflexionar de forma crítica sobre lo que la comunidad considera «normal/anormal», «bueno/malo» en relación con la sexualidad y las relaciones sexuales, y sabe quiénes tienen el poder para etiquetar la sexualidad del modo que lo hacen.
- **Cuestionar las ideas propias:** quienes prestan servicios de consejería son capaces de reflexionar sobre sus valores y experiencias personales; actitudes o «reglas» propias sobre la sexualidad, el sexo, el matrimonio, los preservativos, la pornografía, el placer sexual, la sexualidad femenina o las relaciones entre personas del mismo sexo; quién decide estas reglas y lo que sucede a quienes no las cumplen; cómo pueden explorar posibilidades, junto a las personas usuarias, para vivir conforme a reglas diferentes.

### ¡Importante!

Con frecuencia, se considera que las personas adolescentes o con discapacidad no tienen derecho a disfrutar de una vida sexual ni tomar decisiones sobre su salud, orientación o expresión sexual. Además, a veces no se da importancia o se estigmatiza la vida sexual de las personas de edad avanzada, pero la actividad sexual puede seguir siendo un aspecto importante de la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida de una persona. Es importante que el personal de consejería adopte una actitud positiva, un enfoque reflexivo y cuestione sus propias ideas preconcebidas y prejuicios para garantizar que estos grupos reciban atención de calidad.

### 4.1 Consejería sobre sexualidad

De acuerdo con la definición de sexualidad de la OMS, hay muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos, medioambientales, religiosos y contextuales que influyen sobre el comportamiento sexual de las personas, sus relaciones, sentimientos, orientaciones, deseos y actitudes, y las experiencias y expresiones de sexualidad de cada persona son únicas.

Hay asuntos que las personas proveedoras deben tener en cuenta al hablar con las personas usuarias sobre sexualidad, diversidad sexual y de género, relaciones sexuales y el vínculo entre la salud sexual y reproductiva (p. ej. el uso de anticonceptivos) y las dificultades sexuales.

El bienestar sexual contribuye de forma significativa a la calidad de vida y puede mejorar la seguridad del sexo y facilitar relaciones positivas. No obstante, con mensajes sobre sexualidad a menudo negativos y contradictorios, las personas usuarias pueden sentirse confundidas, avergonzadas de su cuerpo, inseguras sobre su sexualidad y sin la capacidad para ejercer sus derechos de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, las normas de género, el sexismo, el edadismo, la homofobia, la transfobia, los prejuicios contra las personas discapacitadas y otros tipos de prejuicios y estereotipos limitan las oportunidades de desarrollo de las personas en relación con su expresión sexual, en particular las de las personas jóvenes, con discapacidad o con orientaciones, identidades y expresiones de género diversas, así como con características sexuales diversas.

A fin de prestar servicios efectivos de consejería sobre sexualidad y bienestar sexual, incluido el placer, el personal debe entender que en el proceso de consejería siempre debe reconocerse el contexto de la sexualidad y la diversidad de las sexualidades de las personas, además de valorarse y celebrarse.



La sexualidad incluye una serie de experiencias físicas y emocionales que pueden tener las personas en relación a cómo se expresan sexualmente en las diferentes etapas de su vida. Dichas experiencias pueden ser de dolor, miedo, ansiedad, aburrimiento y decepción, así como de deseo, disfrute y placer. El sexo y las relaciones sexuales pueden ser dolorosos o agradables, placenteros o no, incómodos o satisfactorios y empoderadores (a veces, todo eso a la vez). Todos estos aspectos deben incluirse o entenderse en el proceso de consejería.

La consejería sobre sexualidad explora la conexión entre lo que significa la sexualidad para la persona y para sus relaciones, y puede ayudar a explorar los temores y obstáculos que encuentra para hacer valer sus derechos en esa área [13].

## 4.2 Temas para la consejería en sexualidad y salud sexual

En los siguientes apartados se ofrecen descripciones de términos de sexualidad y relaciones sexuales, así como asuntos particulares que el personal de consejería quizás quiera discutir con las personas usuarias durante las sesiones.

### 4.2.1 Diversidad sexual

La diversidad sexual es un término que abarca todas las características relacionadas con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género diversas, así como con características sexuales diversas [19].

En muchos contextos, las personas con diversidad sexual y de género experimentan opresión, discriminación y estigmatización. La orientación sexual y las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo pueden influir sobre los derechos y la salud sexual y reproductiva de la persona usuaria, su bienestar sexual y su disposición a hablar con el personal de servicios de consejería.

Las personas intersexuales tienen características sexuales internas que ejemplifican la amplia diversidad que existe en el sexo biológico de los seres humanos. La intersexualidad demuestra que no todos los cuerpos se ajustan a la dicotomía hombre-mujer.

Las personas jóvenes y adultas transgénero e intersexuales deben recibir apoyo para tomar decisiones autónomas sobre sus propios cuerpos y recibir información apropiada y orientación de proveedores sobre las opciones de cirugías y terapias hormonales.

Quienes prestan servicios deberían reflexionar sobre sus valores y grado de comodidad al trabajar con personas usuarias cuya orientación sexual, identidad o expresión de género sea diferente a la suya, y deben tener cuidado de no imponerles sus valores.

Es importante que el personal sea consciente de los aspectos legales relacionados con la orientación sexual. Esto hará más fácil plantear el tema de la orientación sexual con las personas usuarias.

Las personas proveedoras nunca deben asumir que conocen la orientación sexual de las personas usuarias y siempre deben emplear un lenguaje inclusivo y neutro con respecto al género. En el *capítulo 1: Principios rectores y enfoques* se ofrece más información sobre la inclusividad y el lenguaje neutro con respecto al género.

### 4.2.2 Inquietudes sexuales

Hay diferentes factores negativos que pueden perjudicar una relación sexual, por ejemplo, problemas físicos y emocionales, dependencias, experiencias sexuales anteriores o dificultades en la comunicación. Al preguntar a la persona usuaria sobre lo que impide o estimula el juego sexual y el placer en su caso, el personal de consejería puede ayudar a ponderar esos factores y determinar dónde hay posibilidades de aumentar las experiencias estimulantes positivas y abordar las experiencias negativas.

En las sesiones de consejería no hay conjuntos de preguntas estándar para ayudar a las personas usuarias a aumentar su confianza en relación con su sexualidad. No obstante, hay algunas preguntas sencillas de exploración que el personal puede utilizar para iniciar conversaciones sobre sexo y sexualidad, así como para promover una charla sobre el placer y el disfrute sexual, la incomodidad y el dolor.

Las recomendaciones de la OMS para «Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad» [20] sugieren a las personas proveedoras que exploren y aborden la sexualidad en las sesiones de consejería con la incorporación de los siguientes componentes:

- **Atender:** entablar la relación con la persona usuaria. Si bien las «Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad» se elaboraron a partir del contexto y las necesidades individuales de la persona usuaria, existen algunas preguntas típicas que el personal de servicios de salud puede utilizar de un modo apropiado desde el punto de vista social para empezar a hablar de la salud sexual, por ejemplo: «¿Tienes alguna pregunta o inquietud sobre asuntos sexuales?».



- **Responder:** formular preguntas que inicien la conversación sobre salud sexual y sexualidad, como: «¿Te satisface tu vida sexual?». «¿Tu vida sexual se desarrolla según tus deseos?». «¿Cómo te sientes en tus relaciones sexuales?».
- **Personalizar:** identificar la existencia de inquietudes, dificultades, disfunciones o trastornos sexuales, y la dinámica de sus interacciones, por ejemplo: «¿Qué dificultades tienes para usar preservativos?». «Algunas personas que han tenido un problema en particular (por ejemplo, cáncer, hipertensión, diabetes, menopausia, una discapacidad, tratamiento para VIH, lo que sea que la persona esté experimentando) me han dicho que han tenido dificultades sexuales, ¿cómo es en tu caso?».

#### 4.2.3 Placer sexual y relaciones sexuales

El placer sexual puede significar diferentes cosas para diferentes personas y se puede experimentar de forma individual o como una experiencia compartida.

El enfoque en experiencias sexuales placenteras y positivas puede ayudar a iniciar conversaciones para trabajar en lograr comportamientos sexuales más seguros y mejores habilidades de negociación. Además, comunicar las preferencias sexuales a parejas y experimentar placer sexual como resultado de ello puede generar más autoestima y autoconfianza, lo cual a su vez puede reforzar la capacidad de tomar decisiones empoderadas sobre el sexo seguro y las relaciones equitativas.

Estos son algunos puntos que se pueden incluir en las conversaciones de consejería sobre placer sexual y relaciones sexuales:

- Satisfacción y disfrute a nivel físico y psicológico
  - la satisfacción y el disfrute a nivel físico y psicológico en los encuentros sexuales de la persona usuaria
  - qué hace las relaciones sexuales más o menos placenteras
- Autodeterminación
  - la capacidad de la persona de elegir libremente un encuentro sexual
  - verse la persona forzada a participar en una relación sexual
- Consentimiento
  - dificultades para alcanzar acuerdos consensuados sobre lo que la persona quiere o no quiere hacer con parejas sexuales

- Seguridad
  - qué hace que la persona se sienta segura/no se sienta segura en sus relaciones sexuales
  - cuál es su método de protección más habitual
  - en qué situaciones la persona se siente más segura/menos segura
  - dificultades para tener relaciones sexuales seguras
- Privacidad
  - cuáles son las principales dificultades para garantizar la privacidad
  - factores fuera del control de las personas sobre su privacidad en los encuentros sexuales
- Confianza
  - qué factores limitan las formas en que se expresan las personas durante los encuentros
  - hay algo que la persona sienta que la limita (p. ej. una discapacidad, imagen corporal); el papel de la pareja para hacer que la persona sienta más o menos confianza en sí misma
- Comunicación/negociación
  - capacidad de la persona para hablar con su pareja o sus parejas sobre lo que desean en un encuentro sexual
  - capacidad para proponer explorar cosas nuevas

#### 4.2.4 Disfunciones sexuales

El personal debe hablar de la disfunción sexual, sus posibles causas y tratamientos, y alentar a las personas usuarias a buscar ayuda cuando sea necesario. Las dos disfunciones más habituales que experimentan las personas son:

##### Dificultad para alcanzar el orgasmo

- Esto puede ser motivo de preocupación para personas de cualquier edad. En encuestas en relación con el orgasmo, las mujeres comunican más dificultades para alcanzarlo que los hombres. No obstante, la calidad y el momento del orgasmo puede ser un problema para personas de cualquier género.
- El personal puede hablar del placer y la importancia de los orgasmos. ¿Cree la persona que el sexo necesariamente debería involucrar el orgasmo? ¿Puede seguir siendo placentero/satisfactorio si no conduce al orgasmo?
- Alcanzar el orgasmo a veces no es tan sencillo como puede parecer en el cine/la televisión y la pornografía. Por ejemplo, a muchas mujeres les resulta difícil o imposible alcanzar el orgasmo solo con la penetración



(pene en la vagina) y es probable que necesiten la estimulación del clítoris. Podría ser útil hablar de la estructura interna del clítoris y del número de terminaciones nerviosas que hay en la parte externa del clítoris en comparación con el canal vaginal.

- A veces, la presión para alcanzar el orgasmo durante el sexo puede exacerbar el problema y dar como resultado sentimientos de fracaso. El personal puede hablar con las personas usuarias de lo que les genera relajación y de cómo pueden iniciar el sexo (de forma individual o en pareja) de un modo que no se centre solo en el orgasmo como objetivo, sino en el placer o la intimidad.

#### Dolor durante el sexo

- El dolor puede ser causado por el estado mental de la persona, problemas en la relación, medicamentos, afecciones médicas/ginecológicas y quirúrgicas, por una pareja o una presión sexual no deseada [21].
- Nadie debe sentir presión para tener sexo que no disfrute o sexo que le cause dolor. En el [capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género](#) se ofrecen recomendaciones para la consejería de sobrevivientes de violencia sexual y vías de referencia.
- Es necesario averiguar lo que la persona usuaria entiende por sexo. ¿Se refieren al sexo con penetración? Si es así, debe hablar sobre métodos alternativos de dar y recibir placer, y de la importancia que le otorgan a ese tipo de sexo.
- El dolor en la vagina puede estar provocado por una infección, vaginismo o irritación causada por productos cosméticos. El dolor en la pelvis puede deberse a enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis o fibromas. Es importante hacer preguntas para determinar la causa del dolor.
- El dolor también puede deberse a la falta de excitación, y el sexo con penetración puede ser doloroso para quienes lo experimentan por primera vez, o para personas en la postmenopausia que sufren sequedad vaginal. Es importante hablar del consentimiento y el disfrute, así como de la lubricación, tanto natural como artificial.
- La anticoncepción y los preservativos pueden desempeñar un papel importante en la comodidad de la persona al tener sexo con penetración; el personal debe hablar del método que está usando la persona y de cómo se siente con él.

El personal de servicios de salud sexual y reproductiva debe considerar referir a profesionales especializados a las personas con disfunciones sexuales graves que les generen dificultades o se las generen a sus parejas. El personal debe saber a dónde puede referir a las personas usuarias para que reciban atención confiable, libre de prejuicios y positiva con respecto al sexo.

## 5. Entorno favorable

Los servicios de consejería pueden tener connotaciones negativas en algunas comunidades debido a la vergüenza y el estigma de la sexualidad y de los derechos y la salud sexual y reproductiva. Es importante que las personas usuarias tanto actuales como potenciales sientan que tienen apoyo y aceptación a la hora de buscar la atención que necesitan para gestionar su vida reproductiva.

El personal de consejería tiene que abordar la salud de adolescentes; la inclusión de la discapacidad; las orientaciones sexuales, identidades, expresiones de género y las características sexuales diversas; así como asuntos sociales de la comunidad. Las personas proveedoras de consejería a menudo son muy reconocidas y respetadas, y pueden dirigir conversaciones sobre desigualdad, prácticas perjudiciales, y otros asuntos delicados y a veces polémicos de salud sexual y reproductiva.

La creación de un entorno favorable para la consejería requiere un enfoque multisectorial/de todas las partes que vincule instalaciones con organismos gubernamentales, escuelas, organizaciones dirigidas por jóvenes, organizaciones para personas con discapacidad, familiares y líderes religiosos y de la comunidad [8,22,23]. Igualmente, reforzar el apoyo dentro de las instalaciones de salud y las comunidades mejora las vías de referencia en todo el espectro de la atención de la salud y crea un entorno que empodera a las personas para tener comportamientos positivos con respecto a la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva [24].

### 5.1 Refuerzo del centro de salud

Para que un centro de salud pueda ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva de calidad a todos los grupos de población, la consejería debe cumplir con los nueve principios basados en los derechos (consultar la [tabla 1](#)) y debe satisfacer los requisitos expuestos en el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#). El entorno y las características del centro de salud influyen sobre la decisión de una persona de volver y buscar información, consejería y atención [5,11].



## 5.2 Participación de la comunidad

En algunos contextos puede ser la primera vez que se ofrecen servicios de educación, información y consejería en derechos y salud sexual y reproductiva; por lo tanto, es indispensable generar confianza entre los miembros de la comunidad. Ofrecer información y educación antes de la consejería genera confianza, hace que la interacción entre el personal y las personas usuarias sea más efectiva y ahorra tiempo en las consultas de consejería, en las que el aprendizaje es mejor porque la persona usuaria recibe información y educación relacionadas con sus necesidades específicas. A su vez, la persona usuaria se siente

empoderada para otorgar consentimiento informado para servicios de salud y ofrecer información para referencias.

En la *tabla 2* se describen estrategias de participación de la comunidad que abordan las barreras compuestas a las que se enfrentan las personas y que ayudan a generar comportamientos de salud sexual y reproductiva positivos. Estas estrategias están basadas en los derechos y diseñadas para implementarse en contextos formales e informales, incluidos contextos humanitarios, y se pueden adaptar a las necesidades de las personas que participen y de la mayoría de los grupos marginalizados.

**TABLA 2: Estrategias de participación de la comunidad para una salud sexual y reproductiva positiva**

Estrategia	
<p><b>Participación de líderes religiosos y organizaciones comunitarias de mujeres; jóvenes; personas con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y características sexuales diversas; y personas con discapacidad</b></p>	<p>Trabajar con líderes de la comunidad es fundamental para compensar la información incorrecta y eliminar los mitos e ideas erróneas que pueda haber en una comunidad sobre los derechos y la salud sexual y reproductiva y la consejería. La participación significativa con organizaciones de la comunidad que representen a mujeres; jóvenes, personas con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género, y características sexuales diversas; y personas con discapacidad desestigmatiza los derechos y la salud sexual y reproductiva de estas poblaciones, y ofrece una oportunidad para el diálogo directo y la referencia a servicios de salud.</p>
<p><b>Participación completa del grupo [25] y entrega de información al grupo</b></p>	<p>La participación completa del grupo y la entrega de información al grupo van más allá de los servicios de divulgación dirigidos a responsables de decisiones y líderes para llegar a grupos de personas y promover el diálogo abierto y la comprensión de los derechos y la salud sexual y reproductiva. Las personas facilitadoras deben proporcionar información clara y materiales a cada comunidad en particular. A diferencia de la consejería en grupo, la participación completa del grupo y la entrega de información al grupo no son confidenciales, por lo que es importante que quienes participen hablen de los temas de forma general sin revelar información personal. El tamaño de grupo ideal depende del espacio y el tiempo disponibles, pero normalmente un grupo de entre 10 y 15 personas ofrece una buena oportunidad para el debate. Estas actividades de grupo son muy efectivas cuando logran la participación de hombres y jóvenes varones y de comunidades marginalizadas. Se puede consultar más información sobre el enfoque la participación completa del grupo en la lista de recursos del <a href="#">apartado 7.1</a>.</p>





Estrategia	
<b>Clarificación de valores y transformación de actitudes [10]</b>	La clarificación de valores y transformación de actitudes ayuda a las personas participantes a reflexionar sobre sus experiencias personales y las fuerzas motoras dentro de sus comunidades que ayudan a dar forma a sus actitudes y creencias con respecto a los derechos y la salud sexual y reproductiva. Los talleres de clarificación de valores y transformación de actitudes tienen la finalidad de explorar en profundidad estos temas y están diseñados para cuestionar las ideas preconcebidas de quienes participan y para facilitar el camino hacia la aceptación y el apoyo a los derechos y la salud sexual y reproductiva. Las personas facilitadoras de la clarificación de valores y transformación de actitudes pueden organizar talleres independientes de este tema o integrar actividades sobre esto en otras iniciativas de participación de la comunidad. Además, estos talleres pueden llevarse a cabo con diferentes grupos comunitarios sobre diversos temas de derechos y salud sexual y reproductiva en lugares cómodos para las personas participantes. En la lista de recursos del <a href="#">apartado 7.1</a> hay más información sobre los paquetes de capacitación sobre clarificación de valores y transformación de actitudes.
<b>Educación integral en sexualidad (EIS) [26]</b>	La EIS es un enfoque de participación de la comunidad basado en las pruebas que se imparte a jóvenes, adolescentes e infancias. La IPPF define la EIS como «un proceso de aprendizaje integral, de desarrollo y apropiado a la edad, pertinente a la cultura y al contexto y correcto desde el punto de vista científico, basado en una perspectiva de derechos humanos, igualdad de género, positividad con respecto al sexo y la ciudadanía que persigue empoderar a adolescentes y jóvenes». La EIS empodera a adolescentes y jóvenes para que «mejoren y protejan su salud, bienestar y dignidad; y les ayuda a desarrollar habilidades de pensamiento crítico, ciudadanía y relaciones equitativas, saludables y positivas». En la lista de recursos del <a href="#">apartado 7.1</a> se puede encontrar más información sobre la EIS.

## 6. Modelos de prestación de servicios de salud para la consejería

Con los sistemas de salud bajo presión a causa de pandemias, crisis humanitarias o recursos económicos y humanos limitados, el acceso equitativo a información y consejería de calidad se torna escaso [27]. La salud digital y la consejería en grupo son métodos innovadores para ampliar el acceso fuera del sistema de salud formal para aquellas personas que deseen practicar la autogestión de la salud, así como para poblaciones marginalizadas y con servicios insuficientes que se enfrentan a barreras inmensas para acceder a la consejería de calidad [27,28].

En este capítulo se exponen en detalle las buenas prácticas para la consejería individual en persona. Todos los conceptos de consejería que se ofrecen en este capítulo también se pueden utilizar y adaptar para otros modelos de servicios de consejería descritos en los apartados siguientes.

### 6.1 Consejería sobre relaciones

A menudo, el personal de consejería se enfrenta a preguntas y dificultades, muchas de las cuales no se relacionan directamente con la salud sexual y reproductiva ni con la sexualidad, sino con dificultades en las relaciones y el matrimonio (p. ej. dotes; matrimonios precoces o forzados; problemas económicos o en el hogar), salud mental de adolescentes, o dificultades y desacuerdos en la familia (entre personas adultas y menores a cargo).

**¡Importante! Debe incorporarse un enfoque interseccional a los programas y servicios de salud sexual y reproductiva**

Todas las personas, sin importar su identidad, circunstancias o necesidades, deben tener los mismos derechos de salud sexual y reproductiva. Esto incluye tener en cuenta la religión de las personas, su origen nacional y étnico, su edad, discapacidad y orientación sexual. Se debe garantizar que todos los programas y servicios de salud sexual y reproductiva en todo el espectro de la atención de la salud se basen en los derechos y en la evidencia (consultar la [tabla 1](#)).



### ¡Importante!

Mejorar el conocimiento y la comprensión por parte de progenitores o de una pareja no debería poner en peligro la capacidad de decisión de sus hijas, hijos e hijes ni de sus parejas. La guía sobre consentimiento/aprobación en el [apartado 2.3](#) explica el protocolo que debe utilizar el personal al asesorar a las personas usuarias. En el caso de parejas que demuestren una comunicación positiva y respeto mutuo, el personal de consejería puede fomentar la comunicación de la pareja y la toma de decisiones compartida.

Muchas inquietudes pueden estar relacionadas con normas de género, problemas sociales o económicos de las personas usuarias o parejas o de las familias (personas adultas y menores/jóvenes a cargo). Estos problemas a menudo requieren una inversión de tiempo a largo plazo y no se pueden resolver en una o dos sesiones; también es posible que sea necesario referir a las personas a servicios más especializados.

A veces, el personal de consejería tendrá una función negociadora con requisitos concretos para trabajar con parejas o con familias (personas adultas y menores/jóvenes a cargo), por ejemplo:

- Garantizar que todas las personas puedan hablar con libertad, sin sentirse juzgadas ni intimidadas, o impedir que una persona domine la conversación.
- Ayudar a las personas usuarias a hacer frente a emociones, como sentimientos de traición o menosprecio, o si sienten que no se las escucha, y mitigar los desequilibrios de poder que pueda haber.
- Garantizar que ningún tipo de coerción, amenaza o violencia inhiba el derecho de una persona a su autonomía e integridad física. El personal de consejería debe ofrecer una idea general de lo que se espera en la sesión de consejería conjunta y documentar el consentimiento pleno de cada parte a recibir consejería por separado.

## 6.2 Consejería en grupo

Una sesión de consejería en grupo ofrece un espacio para que las personas evalúen y exploren sus necesidades y opciones de salud sexual y reproductiva integral y tomen una decisión informada sobre las circunstancias que tienen un efecto en su vida [26]. En la consejería en grupo, la persona proveedora de consejería genera confianza, guía la exploración de los temas relacionados con enfermedades

o prevención de embarazos, opciones para la reducción de riesgos de ITS (incluido el VIH) y otras enfermedades, y ofrece información sobre otros asuntos de salud sexual y reproductiva a lo largo de varias sesiones.

Las consultas de consejería en grupo son privadas y confidenciales, del mismo modo que si se tratase de sesiones individuales. Estas sesiones pueden celebrarse en un centro de salud o en un lugar seguro y accesible. En la consejería en grupo participan una persona proveedora capacitada y un pequeño grupo de personas (normalmente, hasta 10 personas) que se sienten cómodas hablando juntas.

La consejería en grupo puede girar en torno a un tema en particular de salud sexual y reproductiva o puede ser para grupos marginalizados concretos (p. ej. adolescentes, personas jóvenes que viven con VIH, sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género, personas con discapacidad) y consta de métodos de aprendizaje que ofrecen una vía para que las personas del grupo tomen decisiones informadas sobre sus necesidades de salud sexual y reproductiva integral. Entre los métodos se incluyen ejercicios para romper el hielo y para generar confianza, compartir experiencias, solo debates, desarrollo de aptitudes, y resolución de problemas [29].

## 6.3 Intervenciones digitales: consejería por teléfono y por Internet

La consejería a través del teléfono y de líneas de asistencia telefónica existe desde hace décadas y ha demostrado ser efectiva durante pandemias y en situaciones de emergencia humanitaria, en particular para adolescentes, jóvenes y personas con movilidad reducida.

La consejería por Internet también se conoce como «consejería digital», «terapia digital», «ciberconsejería» o «teleconsejería». La consejería por Internet puede darse a través de correos electrónicos, videollamadas, servicios de teléfono por Internet, o chats en línea.

Si bien la consejería por teléfono y por Internet tiene ventajas y desventajas (consultar la [tabla 3](#) en la página siguiente), estas intervenciones deben dirigirse a prestar servicios de consejería a personas y grupos marginalizados para ampliar el alcance y generar demanda [30]. Estas intervenciones de salud digital deben complementar los métodos no digitales de difusión de información y consejería y evitar exacerbar las desigualdades cuando las personas no tienen acceso a la tecnología [30].



**TABLA 3: Ventajas y desventajas de la consejería por teléfono y por Internet**

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay límites geográficos, algo especialmente útil en situaciones de pandemia.</li> <li>• No hay necesidad de organizar otros asuntos para las citas (p. ej. el cuidado de menores a cargo, pedir tiempo libre en el trabajo, etc.).</li> <li>• La consejería por Internet ofrece anonimato a las personas, algo que valoran; pueden estar más dispuestas a hablar de temas con más libertad de lo que lo harían en persona.</li> <li>• Es ideal para personas que tienen dificultades para desplazarse, problemas de movilidad o que viven en zonas alejadas o de difícil acceso.</li> <li>• Ofrece una manera efectiva de acceder a consejería que quizás antes no hubiese estado disponible para la persona.</li> <li>• Elimina el estigma de acudir físicamente a una sesión de consejería.</li> <li>• Permite acceso en cualquier momento; muchos servicios de consejería por Internet ofrecen atención las 24 horas.</li> <li>• Ofrece los mismos estándares éticos y de confidencialidad que la consejería en persona.</li> <li>• Normalmente no es necesario comprometerse a horas fijas para la consejería, aunque es posible que algunos servicios por Internet insistan en concertar citas previas.</li> <li>• La mayoría de los servicios de consejería por Internet intentan contestar los correos electrónicos en un plazo de entre 24 y 48 horas.</li> <li>• Da más tiempo a la persona usuaria. Puede enviar un correo electrónico o plantear preguntas a través de un foro; tendrá tiempo para pensar y reflexionar sobre la respuesta de la persona proveedora de consejería y las recomendaciones recibidas; también tendrá tiempo de formular preguntas.</li> <li>• Es menos costoso que recibir servicios de una persona proveedora de consejería en persona.</li> <li>• Escribir las inquietudes en un correo electrónico puede ayudar a la persona a pensar en lo que está diciendo, cómo expresarlo, etc., y eso es una parte importante del proceso de consejería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No disponible para personas sin acceso a plataformas digitales o de telecomunicaciones.</li> <li>• La comunicación no verbal es una parte importante de la consejería. La comunicación no verbal entre la persona proveedora y la usuaria es mínima. Es posible que quien presta el servicio de consejería no detecte señales que sí vería en la comunicación en persona. Además, es posible que la persona usuaria no vea cómo está respondiendo la persona proveedora, lo cual puede generar confusión.</li> <li>• La consejería por teléfono y por Internet puede presentar dificultades por problemas de conexión (señal de Internet, de teléfono) o si las personas usuarias tienen problemas de audición.</li> <li>• Una mala señal o la pérdida de conexión puede retrasar el tratamiento, las respuestas y los correos electrónicos, lo cual puede perjudicar a las personas usuarias; la persona que ofrece el servicio de consejería y la que lo recibe deben acordar qué hacer en esas situaciones.</li> <li>• Existe la posibilidad de problemas si alguien hackea el teléfono celular o la computadora de la persona usuaria o de la persona proveedora de consejería, con lo que la confidencialidad puede verse comprometida.</li> <li>• Con la consejería por Internet la persona usuaria no siempre tiene la respuesta inmediata que quizás desee.</li> <li>• Al igual que con cualquier otro tipo de comunicación, es posible que haya malentendidos o una mala comunicación. Es posible que la persona proveedora de consejería crea que determinado asunto es más importante para la persona usuaria cuando en realidad es otro. También es posible que las personas usuarias malinterpreten lo que dice quien brinda consejería.</li> <li>• La consejería por Internet requiere que las personas usuarias y las proveedoras tengan conocimientos informáticos/digitales y la capacidad de expresar sus opiniones por escrito (si se usa el correo electrónico o los chats).</li> <li>• La consejería por Internet o por teléfono no siempre es apropiado para personas usuarias con afecciones graves o complejas (p. ej. discapacidad).</li> <li>• Si bien las personas proveedoras de consejería por Internet o por teléfono deberían seguir las mismas directrices éticas que otros proveedores en su país, es posible que esas directrices no sean las mismas que las del país de la persona usuaria. Por ejemplo, la persona que recibe el servicio puede estar en el país A y quien lo presta en el país B, y cada uno de esos países tiene diferentes directrices o estándares.</li> </ul>



## 7. Referencias

- [1] Ali M, Tran NT. Defining counselling in contraceptive information and services: outcomes from an expert think tank. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(2):79–81.
- [2] Organización Mundial de la Salud. Counselling for maternal and newborn health care: A handbook for building skills. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44016>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [3] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios. Disponible en: <https://iawgfieldmanual.com/>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [4] IPPF SARO, TARSHI. Training Manual on Integrated Counselling: Sexual and Reproductive Health Rights for All. 2014. Disponible en: <https://www.tarshi.net/index.asp?pid=34>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [5] Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud reproductiva e Investigación (OMS/SRI) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (actualización de 2018). Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2018. Disponible en: <https://fphandbook.org/>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [6] Organización Mundial de la Salud. Quality of care in contraceptive information and services, based on human rights standards: A checklist for health care providers. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512091>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [7] Kumar J. How Does Quality of Care Relate to a Rights-based Approach to Family Planning Programs? Nueva York: Population Council; 2014. Disponible en: [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH\\_QOC-RightsBasedFP\\_wp1.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH_QOC-RightsBasedFP_wp1.pdf). Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [8] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios: Edición 2020. Disponible en: <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition/herramientas-de-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-en-contextos-humanitarios>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [9] Organización Mundial de la Salud. Quality of care in the provision of sexual and reproductive health services. Evidence from a WHO research initiative. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44343/9789241501897\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44343/9789241501897_eng.pdf). Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [10] Ipas. Abortion Attitude Transformation: A values clarification toolkit for humanitarian audiences. Ipas: Chapel Hill, NC; 2018. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/abortion-attitude-transformation-a-values-clarification-toolkit-for-humanitarian-audiences/>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [11] Training Resource Package for Family Planning [sitio web]. Family planning counselling. Disponible en: <https://www.fptraining.org/training/8/>. Consultado el 13 de junio de 2022.
- [12] EngenderHealth. REDI: A Client-Centered Counseling Framework. Washington D.C: EngenderHealth; 2018. Disponible en: [https://www.engenderhealth.org/wp-content/uploads/2021/12/REDI\\_Trainers\\_Manual\\_Parts-1-2-3.pdf](https://www.engenderhealth.org/wp-content/uploads/2021/12/REDI_Trainers_Manual_Parts-1-2-3.pdf). Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [13] Federación Internacional de Planificación Familiar, World Association for Sexual Health. Fulfil! Guidance document for the implementation of young people's sexual rights. 2016. Disponible en: <https://www.ippf.org/resource/fulfil-guidance-document-implementation-young-peoples-sexual-rights-ippf-was>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [14] Williams T, Schutt-Ainé J, Cuca Y. Measuring Family Planning Service Quality Through Client Satisfaction Exit Interviews. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2000;26(2):63–71. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2000/measuring-family-planning-service-quality-through-client-satisfaction-exit>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [15] División de Población de Naciones Unidas. 54.º período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo (2021). Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/pd/events/commission-population-and-development-fifty-fourth-session>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [16] Women's Refugee Commission, International Rescue Commission. Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings. Nueva York: WRC; 2015. Disponible en: <https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/GBV-Disability-Toolkit-English.pdf>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [17] National LGBT Health Education Center. Providing inclusive services and care for LGBT people: A guide for health care staff. Disponible en: <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/Providing-Inclusive-Services-and-Care-for-LGBT-People.pdf>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [18] Comité Permanente entre Organismos. Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación. 2015. Disponible en: <https://gbvguidelines.org/es/>. Consultado el 1 de abril de 2022.



- [19] Asia Pacific Forum, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Promoting and Protecting Human Rights in relation to Sexual Orientation, Gender Identity and Sex Characteristics: A Manual for National Human Rights Institutions. Sydney y Bangkok: APF y PNUD; 2016. Disponible en: <https://www.refworld.org/pdfid/58c2b57f4.pdf>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [20] Organización Mundial de la Salud. Brief Sexuality-Related Communication. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf?sequence=1). Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [21] American College of Obstetricians and Gynecologists. FAQs: When sex is painful. Disponible en: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/when-sex-is-painful>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [22] Organización Mundial de la Salud. Integrating stakeholder and community engagement in quality of care initiatives for maternal, newborn and child health. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240006317> Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [23] Federación Internacional de Planificación Familiar. IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE). Londres: IPPF; 2010. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_framework\\_for\\_comprehensive\\_sexuality\\_education.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf). Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [24] Organización Mundial de la Salud, UNFPA. Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/174112>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [25] High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). Community engagement: changing norms to improve sexual and reproductive health. Washington, D.C.: USAID; 2016. Disponible en: <http://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-group-engagement>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [26] Federación Internacional de Planificación Familiar. Deliver + Enable Toolkit: Scaling-up comprehensive sexuality education (CSE). Londres: IPPF; 2017. Disponible en: <https://www.ippf.org/resource/deliverenable-toolkit-scaling-comprehensive-sexuality-education-cse>. Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [27] Organización Mundial de la Salud. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>. Consultado el 14 de julio de 2022.
- [28] Chattu VK, Lopes CA, Javed S, Yaya S. Fulfilling the promise of digital health interventions (DHI) to promote women's sexual, reproductive and mental health in the aftermath of COVID-19. *Reprod Health*. 2021;18(1):112.
- [29] Turner K, Wegs C, Randall-David B. Effective training in reproductive health: Course design and delivery. Trainer's Manual. Chapel Hill, NC: Ipas; 2003, 2011. Disponible en: [https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/09/Effective-training-in-reproductive-health-Training-Manual-EFFTRAIN-E12\\_Ir.pdf](https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/09/Effective-training-in-reproductive-health-Training-Manual-EFFTRAIN-E12_Ir.pdf). Consultado el 9 de agosto de 2021.
- [30] Organización Mundial de la Salud. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>. Consultado el 9 de agosto de 2021.



## 7.1 Recursos

Además de la lista de referencias, la siguiente lista ofrece más herramientas y recursos sobre consejería en salud sexual y reproductiva basado en los derechos y centrado en la persona.

EngenderHealth, UNFPA. Engaging men in sexual and reproductive health and rights, including family planning. 2017. Disponible en: <https://www.unfpa.org/resources/engaging-men-sexual-and-reproductive-health-and-rights-including-family-planning>

Global Health Media [sitio web]. Videos de capacitación en salud reproductiva, materna y neonatal. Disponible en: <https://globalhealthmedia.org/>

Ipas. Access for everybody: Disability inclusion in abortion and contraceptive care. Chapel Hill, NC: Ipas; 2018. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/access-for-everybody-disability-inclusion-in-abortion-and-contraceptive-care-guide/>

Federación Internacional de Planificación Familiar. Comprehensive Sexuality Education 10–14 years old. Londres: IPPF; 2021. Disponible en: <https://www.ippf.org/resource/cse-activity-guide-10-14-years-old>

Maternal and Child Survival Program. Adolescent age and life-stage assessment and counseling tools. Diciembre 2016. Disponible en: [https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2017/03/Adolescent%20Age%20and%20Lifestage%20Toolkit%20and%20Counseling%20Cards%202\\_3\\_2017.pdf](https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2017/03/Adolescent%20Age%20and%20Lifestage%20Toolkit%20and%20Counseling%20Cards%202_3_2017.pdf)

Pathfinder International. Cue cards for counseling adolescents on contraception. 2016. Disponible en: <https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/12/Adolescent-Contraception-Cue-Cards.pdf>

Pathfinder International. Cue cards for counseling adults on contraception. 2016. <https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/12/Adult-Contraception-Cue-Cards.pdf>

Population Council. The Balanced Counseling Strategy Plus: A Toolkit for Family Planning Service Providers Working in High HIV/STI Prevalence Settings (Tercera edición). 2015. Disponible en: <https://www.popcouncil.org/research/the-balanced-counseling-strategy-plus-a-toolkit-for-family-planning-service>

Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Engaging men, addressing harmful masculinities to improve sexual and reproductive health and rights. 26 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/26-09-2019-engaging-men-addressing-harmful-masculinities-to-improve-sexual-and-reproductive-health-and-rights>

Organización Mundial de la Salud. FAQ on health and sexual diversity: An introduction to key concepts. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255340>

Organización Mundial de la Salud. HIV and Adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506168>

Organización Mundial de la Salud. Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44882>

Organización Mundial de la Salud, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. Information and Knowledge for Optimal Health (INFO). Decision-making tool for family planning clients and providers. Baltimore, Maryland, INFO y Ginebra, OMS; 2005. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241593229>

Organización Mundial de la Salud, UNFPA. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh\\_for\\_disabilities.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf)

# Capítulo 4: Anticoncepción

## índice

<b>1. Introducción</b>	<b>81</b>
<b>2. Consejería para el suministro y uso de anticonceptivos</b>	<b>81</b>
2.1 Cómo elegir un método anticonceptivo	82
2.2 Suministro del método elegido.	84
2.3 Consejería para personas usuarias que regresan	85
2.4 Consejería para grupos especiales	85
<b>3. Métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada</b>	<b>87</b>
3.1 Implantes de progestágeno solo	87
3.2 Anticonceptivos intrauterinos	90
<b>4. Métodos anticonceptivos permanentes</b>	<b>96</b>
4.1 Esterilización femenina	96
4.2 Vasectomía	100
<b>5. Métodos anticonceptivos reversibles de acción corta</b>	<b>103</b>
5.1 Anticonceptivos hormonales combinados	103
5.2 Anticonceptivos inyectables de progestágeno solo	110
5.3 Píldoras de progestágeno solo	115

<b>6. Métodos anticonceptivos de barrera</b>	<b>117</b>
6.1 Preservativos femeninos (internos) y masculinos (externos)	117
6.2 Diafragmas y capuchones cervicales	120
6.3 Espermicida	125
<b>7. Métodos anticonceptivos basados en el comportamiento</b>	<b>126</b>
7.1 Método de amenorrea de la lactancia	126
7.2 Métodos basados en la observación de la fertilidad (MBOF)	128
7.3 Método de retiro (coitus interruptus)	132
<b>8. Anticoncepción de emergencia</b>	<b>133</b>
8.1 Consejería para las personas usuarias: Píldoras anticonceptivas y dispositivos intrauterinos para anticoncepción de emergencia	133
<b>9. Innovaciones digitales para el acceso a los anticonceptivos</b>	<b>136</b>
<b>10. Referencias</b>	<b>137</b>
<b>11. Apéndices</b>	<b>139</b>
Apéndice 1: Requisitos médicos para el uso de dispositivos intrauterinos, métodos hormonales y esterilización	139
Apéndice 2: Comparación de la eficacia habitual de los métodos anticonceptivos	149
Apéndice 3: Cómo descartar el embarazo: cuándo se debe utilizar la lista de verificación del embarazo y cuándo una prueba de embarazo	150
Apéndice 4: Colocación de implantes de una varilla	153
Apéndice 5: Colocación de implantes de dos varillas	154
Apéndice 6: Extracción habitual de implantes	155
Apéndice 7: Pasos para colocar dispositivos intrauterinos y ayudas visuales específicas	156
Apéndice 8: Qué debe hacer la persona si se olvida de tomar una píldora anticonceptiva	164



## 1. Introducción

La anticoncepción supone claros beneficios para la salud. Evitar los embarazos no deseados reduce la morbilidad y mortalidad materna e infantil, aumenta el nivel educativo, reduce la pobreza y apoya a las personas para que asuman el control de su sexualidad, salud y reproducción [1]. Algunos anticonceptivos también ofrecen beneficios directos para la salud al tratar ciertas enfermedades y reducir el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer. No obstante, la carencia de atención anticonceptiva sigue siendo muy alta en muchos entornos, especialmente entre poblaciones marginalizadas como jóvenes, personas que viven en ubicaciones geográficas de difícil acceso, nómadas y personas desplazadas internamente, personas que viven con VIH, que tienen discapacidad o viven en la pobreza, y otros grupos con servicios insuficientes [2].

El acceso puntual y asequible a información y atención de buena calidad sobre salud sexual y reproductiva, que se ofrezca de tal manera que garantice una toma de decisiones bien fundamentadas; respete la dignidad, autonomía, privacidad y confidencialidad de las personas; y que tenga en cuenta sus necesidades y opiniones es algo clave en la estrategia de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) para satisfacer las necesidades de atención a la salud sexual y reproductiva de todas las personas. La creación de estructuras que permitan a todas las personas un acceso basado en los derechos a métodos anticonceptivos de alta calidad tiene unas repercusiones trascendentales que van más allá de los beneficios para el bienestar personal. En este capítulo se ofrece información precisa, actualizada y fundamentada sobre la anticoncepción y la consejería en anticonceptivos para ayudar a las personas proveedoras de servicios de salud a prestar una atención de alta calidad y centrada en la persona.

## 2. Consejería para el suministro y uso de anticonceptivos

Una consejería eficaz sobre los métodos anticonceptivos es uno de los elementos de la consejería integrada sobre salud sexual y reproductiva. Consultar el [capítulo 3: Consejería](#) para ver información específica sobre consejería de salud sexual y reproductiva, y las estrategias necesarias para ofrecerlo de tal manera que se respete la autonomía y los derechos de las personas. El [recuadro 1](#) (página siguiente) muestra una lista de herramientas recomendadas para la consejería sobre métodos anticonceptivos destinada a personal de servicios de salud y de consejería.

### ACRÓNIMOS

AE	anticoncepción de emergencia
AHC	anticonceptivos hormonales combinados
AIC	anticonceptivos inyectables combinados
AINE	fármacos antiinflamatorios no esteroideos
AIP	anticonceptivos inyectables de progestágeno solo
AMPD	acetato de medroxiprogesterona de depósito
AOC	anticonceptivos orales combinados
DIU	dispositivo intrauterino
DIU-AE	dispositivo intrauterino para anticoncepción de emergencia
DIU-LNG	dispositivo intrauterino con levonorgestrel
EN-NET	enantato de noretisterona
ETG	etonogestrel
IMC	índice de masa corporal
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	infección de transmisión sexual
LNG	levonorgestrel
MAL	método de amenorrea de la lactancia
NET	noretisterona
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	píldora anticonceptiva de emergencia
PAE-AOC	píldoras anticonceptivas de emergencia de anticonceptivos orales combinados
PAE-AUP	píldora de anticoncepción de emergencia con acetato de ulipristal
PAE-LNG	píldora anticonceptiva de emergencia con levonorgestrel

Al evaluar de forma íntegra la salud y las necesidades de salud sexual y reproductiva de la persona, el personal de servicios de consejería puede determinar el principal motivo de su visita e identificar otros tipos de servicios de salud sexual y reproductiva que podrían resultarles beneficiosos. Puede que no sea posible ofrecer toda la atención necesaria en una sola visita, y que sea necesario realizar varias. En este caso, es importante abordar el motivo principal de la visita de cada persona. La atención

de la salud para infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH incluido, la atención preventiva, puerperal y del aborto, así como otros tipos de servicios de salud, no deben retrasar ni obstaculizar la prestación de servicios de anticoncepción.

El objetivo de la consejería sobre métodos anticonceptivos es ayudar a la persona a identificar y utilizar con éxito el método que más le convenga, según su situación, valores y prioridades personales únicas. Ofrecer una información y atención sobre métodos anticonceptivos que reconozca las necesidades y preferencias de las personas, a la vez que se respeta su privacidad, autonomía y la toma de decisiones bien fundamentadas, aumenta la satisfacción de las personas usuarias y el uso continuado de los métodos anticonceptivos [3].

La consejería sobre métodos anticonceptivos debe incluir todos los métodos disponibles, una breve evaluación para identificar los que sean seguros para cada persona, consejería para ayudarla a elegir el método apropiado y usarlo de forma correcta y constante, así como el suministro de dicho método, a ser posible en el mismo centro, pero mediante referencia si fuera necesario (consultar el recuadro 1).

### RECUADRO 1: Herramientas recomendadas para la consejería sobre métodos anticonceptivos

Se dispone de varias herramientas para ayudar al personal de servicios de salud y de consejería a ofrecer consejería sobre métodos anticonceptivos de alta calidad, basada en los derechos y centrada en la persona.

- Fichas de apoyo sobre anticonceptivos (Pathfinder International, 2016):
  - Para personas adultas: <https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/12/Adult-Contraception-Cue-Cards.pdf>
  - Para adolescentes: <https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/12/Adolescent-Contraception-Cue-Cards.pdf>
- The Balanced Counseling Strategy Plus: A Toolkit for Family Planning Service Providers Working in High HIV/STI Prevalence Settings (Tercera edición). (Population Council, 2015):
  - <https://www.popcouncil.org/research/the-balanced-counseling-strategy-plus-a-toolkit-for-family-planning-service>
- Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes (OMS, 2012):
  - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44885>

## 2.1 Cómo elegir un método anticonceptivo

**Se debe llevar a cabo una anamnesis completa de cada persona a fin de determinar si algún método anticonceptivo está contraindicado y si esa persona se beneficiaría de algunas de las características no anticonceptivas de ciertos métodos.** Consultar el *capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios* para conocer qué información debería recopilarse en los antecedentes médicos. La mayor parte de las personas necesitarán pocos o ningún examen o prueba de laboratorio antes de comenzar a utilizar un método anticonceptivo. En los apartados de cada método específico de este capítulo se incluye orientación sobre los exámenes físicos necesarios antes de comenzar a utilizar un método y los beneficios no anticonceptivos de ciertos métodos. Las recomendaciones sobre qué métodos pueden ser utilizados de forma segura por personas con características físicas o enfermedades concretas, o que estén tomando ciertos medicamentos se derivan principalmente de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [4] (consultar el *apéndice 1*).

Las personas proveedoras deben **tener claros los planes sobre embarazo y los objetivos reproductivos futuros de cada persona**, si se conocen. Hacer unas pocas preguntas clave (consultar el *recuadro 2: Preguntas útiles para fundamentar una consejería sobre anticonceptivos centrada en la persona* en la página siguiente) ofrece a las personas usuarias la oportunidad de articular actitudes sobre la reproducción y, si desean evitar el embarazo, explorar hasta qué punto tienen motivación para hacerlo. El personal debe ser consciente de que es posible que algunas personas no deseen tener hijas/hijos/hijos, y otras se puedan mostrar ambivalentes sobre el embarazo (hasta cierto punto desearlo y no desearlo a la vez) [5].

Preguntar a la persona cuál es su **experiencia previa con los anticonceptivos** ofrece al personal conocimientos sobre qué efectos y efectos secundarios de los anticonceptivos serían aceptables o no para cada quien. Preguntar a las personas que nunca hayan utilizado ningún método anticonceptivo cuáles han sido las experiencias de familiares o amistades con métodos anticonceptivos concretos, o lo que pueden haber oído acerca de ciertos métodos, es una forma de obtener valiosa información sobre qué métodos conocen ya y si su información es correcta o incorrecta o si tienen alguna percepción errónea sobre algún método.

Preguntar sobre las **preferencias de una persona con respecto a su método anticonceptivo**, como puede ser el deseo de conservar un sangrado regular todos los meses

## RECUADRO 2: Preguntas útiles para fundamentar la consejería sobre métodos anticonceptivos centrada en la persona

Precisar los planes de embarazo y los objetivos reproductivos para el futuro:

- ¿Tienes hijas/hijos/hijas?
- ¿Crees que quizás te gustaría tener (o tener más) en algún momento? En caso afirmativo, ¿cuándo podría ser un buen momento para hacerlo?
- ¿Hasta qué punto es importante para ti evitar el embarazo hasta entonces?

Valorar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos y las experiencias con ellos:

- ¿Qué método(s) anticonceptivo(s) utilizas actualmente, si usas alguno?
- ¿Qué método(s) anticonceptivo(s) has utilizado anteriormente?
- ¿Has utilizado alguna vez anticonceptivos de emergencia?
- ¿Qué es lo que te ha gustado y lo que no de los métodos que hayas probado?
- ¿De qué métodos has oído hablar? ¿Qué te gusta o no de esos métodos?
- ¿Qué métodos han utilizado tus familiares o amistades? ¿Qué les gusta o no de esos métodos?

Valorar las preferencias sobre los métodos anticonceptivos:

- ¿Habías pensado hoy en algún método? ¿Qué es lo que te gusta de ese método?
- ¿Cuán fácil o difícil sería para ti tomar una píldora todos los días/colocarte un parche todas las semanas/cambiar un anillo vaginal todos los meses/usar un método cada vez que tienes relaciones sexuales/volver al centro de salud para recibir inyecciones?
- ¿Hasta qué punto es importante para ti tener periodos con regularidad? ¿Te interesaría tener unos periodos más ligeros/con menos frecuencia/o que desaparecieran totalmente?
- ¿Qué te parece tomar hormonas para impedir el embarazo?
- ¿Qué te parece tener un objeto dentro del cuerpo para impedir el embarazo?
- ¿Está de acuerdo tu pareja con que utilices un método anticonceptivo?
- ¿Necesitas que nadie sepa que estás utilizando un método anticonceptivo?

Fuente: Adaptado de Cason and Aiken [5] y OMS [6].

o la necesidad de ocultarlo ante su familia o pareja, ayuda al personal a recomendar el método que mejor se adapte a sus necesidades individuales.

El personal de los servicios de salud debe educar a las personas usuarias sobre los métodos anticonceptivos que pueden usar de forma segura según su idoneidad médica y ayudarlas a analizar dichos métodos en el marco de sus objetivos de reproducción y preferencias de método anticonceptivo.

Cuando se educa a las personas usuarias sobre los métodos que pueden utilizar de forma segura, ofrecer información clara sobre las siguientes características de los métodos puede ayudarlas a hacer una elección bien fundamentada [7]:

- **Ventajas y desventajas del método.**
- **Uso correcto del método.** El modo de administración, la frecuencia de uso, opción de uso en ciclo continuo o prolongado, y la necesidad y frecuencia de producto/dosis adicionales podrían ser aspectos importantes que la persona debe tener en cuenta a la hora de elegir un método.

- **Eficacia del método.** Se aconseja al personal que presente la información sobre los métodos anticonceptivos reversibles utilizando un enfoque escalonado, organizado en torno a la eficacia, en el que se muestra primero información sobre los métodos más eficaces (consultar el [apéndice 2](#)). La información de este capítulo está ordenada según la eficacia de cada método.
- **Beneficios no anticonceptivos.** Aunque generalmente no sea el principal factor determinante a la hora de elegir un método, conocer estos beneficios puede ayudar a la persona a decidir entre los distintos métodos y motivarla a utilizar un método de forma constante y correcta.
- **Efectos secundarios habituales.** Puesto que existen muchas ideas erróneas sobre los anticonceptivos, es importante comenzar indicando que la mayoría de las personas no experimentará ningún efecto secundario.
- **Retorno a la fertilidad después de interrumpir el método.**
- **Protección frente a las ITS, VIH incluido.** Se debe informar a la persona de que los preservativos son el único método que ofrece protección frente a las ITS y el VIH.

## 2.2 Suministro del método elegido.

El personal debe aconsejar que se inicie el método anticonceptivo en el momento de la visita, en lugar de esperar a la próxima menstruación, si se tiene la certidumbre razonable de que no hay embarazo (consultar el *recuadro 3*). Consultar el *apéndice 3* para ver información sobre cómo descartar el embarazo antes de iniciar el método anticonceptivo elegido.

Asegurarse de que la persona comprende cómo debe utilizar correctamente el método elegido. El personal de servicios de salud debe ayudar a las personas usuarias a anticipar los motivos por los que podrían tener dificultades para utilizar el método correctamente (como acordarse de tomar una píldora todos los días) y ayudarlas a elaborar estrategias para superarlas.

### RECUADRO 3: Cómo descartar razonablemente que haya un embarazo

El personal puede descartar razonablemente que haya un embarazo si no hay ningún signo o síntoma del mismo y cuando se cumpla uno de los siguientes criterios. La persona:

- empezó un periodo normal hace menos de 7 días;
- no ha mantenido relaciones sexuales desde su último periodo;
- ha estado utilizando de forma correcta y constante un método anticonceptivo fiable;
- ha tenido un aborto espontáneo o provocado hace menos de 7 días;
- ha dado a luz hace menos de 4 semanas;
- está amamantando de forma exclusiva o casi exclusiva, presenta amenorrea y ha dado a luz hace menos de 6 meses.

Evaluar los **efectos secundarios habituales** del método y cómo tratarlos. Ofrecer información adecuada sobre los efectos secundarios puede reducir al mínimo las inquietudes de la persona si llega a experimentar alguno de ellos. Les puede resultar útil saber que algunos efectos secundarios pueden mejorar o llegar a desaparecer con el paso del tiempo.

Evaluar los **motivos por los que sería necesario volver inmediatamente para hacer un seguimiento, incluidas las señales de alarma** en caso de eventos adversos poco habituales, pero graves, que podrían estar relacionados con el método, y a donde se debe acudir.

Ofrecer información precisa sobre **el retorno de la fertilidad después de interrumpir el método**, especialmente con aquellos métodos que puedan retrasarlo.

Repasar la **protección frente a las ITS, VIH incluido**. Una protección doble (protección frente al embarazo y las ITS) es importante para aquellas personas que corran riesgo de contraer ITS. La protección doble puede conseguirse con el uso correcto y constante de preservativos durante todas las relaciones sexuales para prevenir infecciones, además de usar otro método anticonceptivo que evite el embarazo.

Ofrecer a cada persona **información impresa sobre el método elegido** en su idioma de preferencia y con el nivel de lectura adecuado, incluidos materiales gráficos para las personas que sean analfabetas. Este tipo de materiales son especialmente importantes para los métodos de barrera, métodos basados en el comportamiento y métodos de acción corta autocontrolados (como las píldoras, los parches, los anillos o las inyecciones autoadministradas), que dependen de su uso correcto para ser eficaces. El personal debe fomentar las preguntas y confirmar que la persona haya comprendido la información.

**Suministrar o recetar tantos ciclos de píldoras anticonceptivas, parches, anillos o inyecciones autoadministradas como sea posible** para minimizar el número de veces que una persona debe regresar al centro de salud. Ofrecer preservativos a todas las personas usuarias que necesiten protección frente a las ITS, VIH incluido. Si fuera posible, ofrecer **píldoras anticonceptivas de emergencia** (PAE) por anticipado, o una receta para ellas, a todas las personas que utilicen métodos anticonceptivos basados en el comportamiento, de barrera o reversibles a corto plazo. Crear un plan con cada persona para devolver los suministros adicionales cuando sea necesario.

Si en el centro o ese día no se dispone del método anticonceptivo que prefiera cada persona, debe referirse a un centro cercano donde pueda obtenerse. Suministrar un método provisional que pueda utilizarse hasta que se disponga del método preferido.

Indicar a la persona cuándo debe regresar para hacer un seguimiento, si fuera necesario. En los apartados de cada método específico de este capítulo se incluye orientación sobre las visitas de seguimiento. No es necesario hacer un seguimiento sistemático después de iniciar la mayoría de los métodos anticonceptivos; sin embargo, se debe invitar a la persona a volver en cualquier momento si tiene más preguntas, experimenta efectos secundarios inaceptables, quiere interrumpir el método o desea cambiar a otro distinto. Animar a la persona a seguir utilizando su método hasta que regrese,

si fuera posible, para poder pasar a un nuevo método sin correr el riesgo de un embarazo no deseado. Algunas personas tendrán que probar varios métodos para averiguar qué es lo que mejor les funciona. Puede resultar útil asegurarles que contarán con todo el apoyo necesario si desean cambiar de método.

## 2.3 Consejería para personas usuarias que regresan

Las visitas de seguimiento ofrecen al personal la oportunidad de afianzar su relación con las personas usuarias al consolidar el entendimiento y la confianza. Ayudar a las personas usuarias a planificar sus familias a través de su vida reproductiva es un proceso continuo. Independientemente del motivo por el que una persona haya regresado al centro, las visitas posteriores son una oportunidad importante para:

- Apoyar a las personas usuarias en su decisión de planificar su familia y su vida reproductiva.
- Comentar cualquier problema que tengan con su método anticonceptivo.
- Responder cualquier pregunta que puedan tener.
- Explorar los cambios en el estado de su salud o su vida, que podrían indicar la necesidad de volver a revisar su opción de método anticonceptivo.
- Satisfacer cualquier otra necesidad sexual, reproductiva o general pendiente que pudieran tener.

Independientemente de la razón de la visita de cada persona que regrese, con todo el mundo se deben analizar los siguientes aspectos:

- Evaluar su historia clínica y los principales detalles de sus antecedentes reproductivos.
- Preguntar sobre los cambios en su estado de salud o en su vida, incluidas enfermedades o medicamentos nuevos.
- Preguntar cómo se siente con el método y si tiene alguna inquietud o pregunta.
- Rectificar cualquier error para el uso eficaz del método.
- Si la persona notifica problemas con el método, evaluar la naturaleza de dicho problema y analizar sus posibles soluciones.

- Evaluar los efectos secundarios y ofrecer sugerencias para su manejo y tratamiento cuando sea necesario. Confirmar si esa persona desea continuar utilizando el método.
- Si la persona ha interrumpido el método, pedirle que explique por qué y ofrecer el manejo o tratamiento adecuados, como consejería antes de la concepción si desean el embarazo, volver a suministrar productos si fuera necesario o hablar sobre métodos alternativos si el que hubiesen elegido no fuera aceptable.
- Asegurarse de que la persona recibe productos adicionales, incluidas las PAE y los preservativos, y hacer un examen físico adecuado si fuera necesario.
- Evaluar la prevención de ITS y la protección doble, si fuera necesario.

## 2.4 Consejería para grupos especiales

### 2.4.1 Adolescentes

Los países están obligados conforme a la legislación de los derechos humanos a ofrecer servicios anticonceptivos a la población adolescente, y a garantizar su acceso a anticonceptivos asequibles, seguros y eficaces [8]. Por muchos motivos, incluidas leyes y políticas restrictivas, normas y tradiciones culturales, y reticencia a reconocer la sexualidad en la adolescencia, la población adolescente (especialmente si no se ha casado o no ha dado a luz) siguen enfrentándose a obstáculos para acceder a información y atención anticonceptivas correctas e imparciales que puedan satisfacer sus necesidades. La población adolescente suele carecer de los conocimientos, medios de transporte y fondos necesarios para acceder a servicios de salud, incluso cuando existen opciones. Sin embargo, el embarazo temprano en la adolescencia, tanto deseado como no deseado, tiene importantes repercusiones sociales y sanitarias. Los embarazos y las complicaciones del parto son las principales causas de muerte a nivel global entre jóvenes de entre 15 y 19 años, y al año se llevan a cabo unos 3,9 millones de abortos no seguros a jóvenes de estas edades [9].

La población adolescente forma un grupo heterogéneo, y sus necesidades anticonceptivas son diversas y cambiantes [10]. La consejería sobre anticonceptivos orientada a la adolescencia, especialmente cuando

se ofrece en un entorno seguro, es una oportunidad para apoyar a la juventud a aumentar sus conocimientos y aptitudes, identificar sus necesidades personales, sexuales y de salud reproductiva, así como aumentar su autoestima a través de una toma de decisiones bien fundamentadas e independientes. El personal también debe tener en cuenta aspectos sociales y conductuales claves que afectan a la adolescencia y que podrían influir en su elección y uso de los anticonceptivos, como patrones de sexo esporádico, la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos, intolerancia ante los efectos secundarios de los anticonceptivos, y el riesgo de contraer ITS, VIH incluido [11].

La población adolescente cumple los requisitos médicos para utilizar todo tipo de métodos anticonceptivos, y la edad por sí misma no limita su capacidad para utilizar con seguridad y éxito ningún método. No es necesario que las personas adolescentes o jóvenes se hayan casado o tenido bebés para usar los anticonceptivos de forma segura. Ampliar las opciones de método puede aumentar la aceptación, la satisfacción y el uso continuo de los anticonceptivos [11].

## 2.4.2 Personas que viven con discapacidad

Aproximadamente el 15 por ciento de la población mundial vive con discapacidad y entre un 2 y un 4 por ciento tiene dificultades para llevar a cabo las actividades normales de la vida diaria [12]. Las personas con discapacidad deben tener acceso a todas las formas de servicios de salud sexual y reproductiva como parte de su derecho general a casarse, comenzar una familia y conservar su fertilidad [13]. A menudo el personal de servicios de salud no ofrece servicios de salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad, por la percepción equivocada, aunque muy generalizada, de que no son sexualmente activas [14]. Ofrecer anticonceptivos a personas con discapacidad puede exigir la valoración de puntos específicos de los distintos métodos anticonceptivos dentro del marco de su discapacidad, además de tener en cuenta las preferencias de cada persona. Cuando la naturaleza de la discapacidad hace que sea más difícil conocer sus deseos y preferencias, se debe seguir un proceso de toma de decisiones asistida en el que participen aquellas personas en las que confíe la persona con discapacidad, como puede ser su representante personal y otras personas de apoyo, que ayudarán a tomar una decisión que se adapte a los deseos y preferencias de cada persona usuaria [13]. Dada la historia de esterilización involuntaria de personas con discapacidad, es de particular importancia garantizar que las decisiones sobre esterilización se tomen con el consentimiento pleno, fundamentado y sin coerciones de cada persona usuaria (otorgado por la propia persona o con ayuda de otras) y que se tengan en cuenta métodos alternativos, como anticonceptivos de acción prolongada [4,11].

## 3. Métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada

### 3.1 Implantes de progestágeno solo

#### 3.1.1 Consejería para las personas usuarias: Implantes

---

##### ¿Qué son?

- Unas varillas de plástico, pequeñas y flexibles con hormonas, que personal calificado coloca debajo de la piel en la parte superior del brazo durante una breve intervención en el consultorio.
  - Hay muchos tipos disponibles:
    - Implantes de dos varillas con levonorgestrel (LNG):
      - Levoplant (Sino-Implant II): eficaz durante 4 años.
      - Jadelle: eficaz durante 5 años; reemplazar después de 4 años para personas que pesen  $\geq 80$  kg.
    - Implantes de una varilla con etonogestrel (ETG):
      - Implanon/Nexplanon\*: eficaz durante 5 años. [3,15,16]
- 

##### ¿Cómo funcionan?

- Liberan una dosis baja y uniforme de hormona de progestágeno que impide la ovulación y aumenta el espesor del moco cervical para evitar que los espermatozoides entren en el útero.
- 

##### ¿Cuál es su eficacia?

- Los implantes son uno de los métodos anticonceptivos más eficaces (consultar el [apéndice 2](#)).
  - Tasa de fallos: 0,1 por ciento.
  - La eficacia de los implantes de LNG disminuye una vez pasados 4 años en personas que pesan  $\geq 80$  kg.
- 

##### Beneficios no anticonceptivos:

- Puede ayudar a proteger de la anemia.
  - El sangrado menstrual mensual puede disminuir y algunas personas dejarán de tener periodos.
  - Puede disminuir la dismenorrea.
- 

##### Ventajas:

- Prevención del embarazo reversible y muy eficaz.
  - La persona no necesita hacer nada, no se necesita reponer productos.
  - No interfiere con el acto sexual.
  - Discreto.
  - Sin estrógeno: puede ser utilizado de forma segura por personas que estén en periodo de amamantamiento o que no puedan tomar estrógeno.
  - Puede colocarse inmediatamente después de un parto o aborto.
  - Su colocación y extracción no afectan al área genital.
- 

##### Desventajas:

- No protege frente a las ITS, VIH incluido.
  - Depende de un proveedor: la persona debe acudir a un centro de salud para la colocación y extracción del implante.
-

---

### Efectos secundarios:

- Cambios en el patrón del sangrado menstrual:
  - La mayoría de las personas experimenta oligometrorragia o sangrado prolongado de ligero a moderado.
  - Más tarde, es más probable que el sangrado sea más ligero, menos frecuente o que desaparezca completamente.
- Cefaleas.
- Mareos.
- Náuseas.
- Acné.
- Inestabilidad emocional.
- Crecimiento del folículo ovárico.

---

### Riesgos:

- Extracción difícil.
- Infección en el lugar de inserción.
- Expulsión del implante.
- En el caso improbable de que haya un embarazo mientras se utiliza un implante, lo más probable es que ese embarazo sea ectópico.
- Muy poco habitual: migración del implante a otra parte del cuerpo si se coloca mal.

---

### Retorno de la fertilidad tras la extracción: Sin retrasos.

---

### Refutar mitos:

- No es perjudicial que una persona deje de tener periodos mientras utiliza este método.
- No causa infertilidad. Las hormonas no permanecen en el cuerpo después de extraer el implante.
- No aumenta el riesgo absoluto de embarazo ectópico.
- Puede ser utilizado de forma segura por adolescentes y personas usuarias que nunca hayan tenido un embarazo.

\* Nexplanon está actualmente indicado como eficaz durante 3 años, aunque los datos demuestran su eficacia durante 5 años.

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

### 3.1.2 Cómo se colocan los implantes

La mayoría de personas puede utilizar implantes, incluso si está en periodo de amamantamiento y si no pueden tomar estrógeno (consultar el [apéndice 1](#)). Antes de colocarlo no se necesita llevar a cabo ningún examen físico ni prueba de laboratorio. Consultar el [apéndice 3](#) para ver información sobre cómo descartar el embarazo antes de iniciar este método anticonceptivo.

#### 3.1.2.1 Consejería antes de su colocación

Antes de colocarlo, asegurarse de que se ha revisado la información del [apartado 3.1.1](#) y que la persona lo entienda todo. Repasar con la persona lo que cabe esperar durante el procedimiento de colocación del implante y preguntar si tiene alergia a la anestesia local. Animarla a plantear cualquier pregunta que pueda tener a fin de resolver sus inquietudes y nociones erróneas sobre el procedimiento de

colocación o el método en sí. Si fuera necesario, la persona deberá firmar un consentimiento informado para la colocación de un implante después de esta conversación.

#### 3.1.2.2 Principios de colocación segura y eficaz de un implante

- La colocación de implantes solamente debe ser realizada por personal de salud calificado para estos procedimientos.
- Asegurarse de que se dispone de todo el equipamiento necesario y este se ha sometido a una esterilización adecuada o desinfección de alto nivel antes de comenzar (consultar el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#)).
- Aplicar procedimientos adecuados para la prevención de infecciones.



- Antes y durante el procedimiento, informar a la persona de lo que ocurrirá durante este y animar a que plantee sus preguntas y le cuente cómo se siente. Explicar a la persona que es posible que sienta molestias durante algunos de los pasos.
- Los implantes deben colocarse justo debajo de la piel (posición subdérmica) para disminuir el riesgo de una extracción difícil u otras complicaciones relacionadas con una colocación profunda.

### 3.1.2.3 Procedimiento de colocación

Para ver instrucciones detalladas, incluida una lista del equipamiento necesario, consultar el [apéndice 4](#) (Ayuda visual: colocación de implantes de una varilla) y el [apéndice 5](#) (Ayuda visual: colocación de implantes de dos varillas).

- Normalmente el implante se coloca en el brazo no dominante.
- Los dispositivos para la colocación del implante son de un solo uso.
- Los implantes vienen con instrucciones específicas de cada fabricante sobre su colocación.

### 3.1.3 Instrucciones para las personas usuarias después de la colocación

Tras colocar el implante con éxito, se debe informar a la persona de lo siguiente:

- En cuanto pase el efecto de la anestesia local, se podrían sentir molestias en el lugar de colocación. También se podría presentar inflamación y hematoma en ese lugar. Esto es normal y mejorará sin tratamiento.
- Mantener el área de colocación seca durante 4 días. La persona puede retirar la gasa protectora después de 2 días, y el apósito adhesivo y la tela quirúrgica en un plazo de 3 a 5 días.
- Se debe utilizar un método anticonceptivo de respaldo si fuera necesario.
- La persona usuaria debe informar al personal de servicios de salud si comienza tratamiento con algún medicamento antirretroviral o anticonvulsivo. Aunque estos medicamentos no interactúan con los implantes de ninguna manera que sea peligrosa, podrían disminuir su eficacia.

Se debe facilitar a la persona la siguiente información por escrito:

- Nombre y tipo del implante colocado.

- Fecha de colocación y mes/año recomendado para su extracción.
- Nombre, dirección y número de teléfono del centro de salud al que pueden volver para seguimiento/extracción.

### 3.1.4 Atención de seguimiento

No es necesario hacer una visita de seguimiento de rutina después de colocar un implante. Se debe aconsejar a la persona que vuelva en cualquier momento para plantear preguntas, hablar sobre sus inquietudes, cambiar a un método distinto o extraer el implante. Las personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento más frecuente. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento de las personas usuarias que utilizan anticonceptivos. Se debe aconsejar a la persona regresar para su seguimiento si recibe un nuevo diagnóstico o comienza una nueva medicación que pudiera afectar al uso de los implantes, como ciertos medicamentos anticonvulsivos, antirretrovirales o antimicrobianos.

### 3.1.5 Efectos secundarios

Se debe hablar con la persona de los efectos secundarios habituales después de la colocación de un implante y durante su uso, así como de estrategias para su manejo.

- Los cambios en los patrones de sangrado mensual son habituales, especialmente durante el primer año de uso del implante. Asesorar bien a la persona que comienza a utilizar implantes reduce el número de personas que dejan de utilizar este método debido a cambios en el sangrado mensual. El sangrado puede ser irregular, más ligero, menos frecuente o podría ser más abundante o prolongado. Algunas personas dejarán de tener periodos. Si a una persona le resultan problemáticos los sangrados, podría resultar útil hacer una prueba con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (tratamiento de 5 a 7 días) o seguir un tratamiento hormonal con un anticonceptivo oral combinado (AOC) a baja dosis o con estrógeno (tratamiento de 10 a 20 días si se cumplen los requisitos médicos). Los cambios en el sangrado no suelen ser perjudiciales; no obstante, se puede llevar a cabo una evaluación ginecológica si el problema persiste, el sangrado es demasiado abundante o existe algún motivo para sospechar que algo puede estar mal.
- Las cefaleas pueden tratarse con AINE o paracetamol.
- Entre los efectos secundarios menos habituales figuran mareos, náuseas, aumento de peso, acné e inestabilidad emocional.

### 3.1.6 Señales de alarma

Aconseje a la persona que regrese lo antes posible para su evaluación si experimenta:

- Dolor, calor, pus o enrojecimiento en el lugar de colocación que empeora o no desaparece.
- El implante se sale del brazo o no puede palpase.
- Sangrado vaginal excepcionalmente abundante.
- No tienen menstruación a las 6 semanas de la menstruación anterior.
- Dolor fuerte en el abdomen o la pelvis.
- Ictericia.
- Disnea o dolor torácico.

### 3.1.7 Complicaciones

#### 3.1.7.1 Expulsión

- Extraer la varilla si no se ha expulsado completamente y desecharla.
- Si no hay infección, se puede volver a colocar una nueva varilla a través de una nueva incisión. En caso de un implante de dos varillas, la de reemplazo puede colocarse cerca de la otra varilla.

#### 3.1.7.2 Infección o absceso en el lugar de colocación

- No es necesario retirar el/los implante(s).
- Limpiar la zona infectada con antiséptico.
- Si hay absceso, abrir (practicar una incisión) y drenar el absceso. Tratar la herida.
- Administrar antibióticos por vía oral durante 7–10 días.
- La persona debe regresar en cuanto finalice la tanda de antibióticos. Si la infección no ha desaparecido, extraer los implantes o referir para su extracción.

### 3.1.8 Extracción del implante

Los implantes deben extraerse a petición de cada persona cuando exista un motivo médico para hacerlo, o cuando su eficacia haya caducado.

Tras extraer un implante al final de su vida útil, se puede colocar un implante nuevo a través de la incisión de extracción.

Si los implantes no son palpables, referir a la persona para una prueba diagnóstica por imágenes más adecuada a fin de localizar el implante y recibir atención de personal calificado en la extracción de implantes colocados a gran profundidad.

Para ver las instrucciones de extracción detalladas, incluida una lista del equipamiento necesario, consultar el *apéndice 6: Extracción habitual de implantes*.

## 3.2 Anticonceptivos intrauterinos

### 3.2.1 Consejería para las personas usuarias: dispositivos intrauterinos (DIU)

#### ¿Qué son?

- Un pequeño armazón flexible de plástico en forma de la letra «T» que personal calificado introduce en el útero durante una breve intervención en el consultorio.
- Hay dos tipos de DIU:
  - No hormonal. El DIU de cobre puede permanecer hasta 12 años, según el modelo.
  - Hormonal: DIU con levonorgestrel (DIU LNG):
    - El DIU LNG de 13,5 mg puede permanecer hasta 3 años.
    - El DIU LNG de 52 mg puede permanecer hasta 7 años. [16,17]

#### ¿Cómo funcionan?

- El DIU de cobre: El cobre interfiere principalmente con la viabilidad y el movimiento de los espermatozoides, lo que impide la fertilización. Previene la fertilización, no es abortivo.
- DIU LNG: Las hormonas liberadas por el DIU espesan el moco cervical y evitan que los espermatozoides entren en el útero. Previene la fertilización, no es abortivo.

#### ¿Cuál es su eficacia?

- Los DIU son uno de los métodos anticonceptivos más eficaces (consultar el *apéndice 2*).
- Tasa de fallos: del 0,5 al 0,8 por ciento.

---

### Beneficios no anticonceptivos:

- Puede reducir el riesgo de cáncer de ovario y endometrio.
- Los DIU de cobre pueden reducir el riesgo de neoplasias cervicouterinas de alto grado en comparación con los DIU LNG. [18]
- DIU LNG: A la mayoría de las personas les disminuye la menstruación y la dismenorrea. Algunas personas no tendrán ningún periodo.
- DIU LNG: Mejora los síntomas de la endometriosis.

---

### Ventajas:

- Prevención del embarazo reversible y muy eficaz.
- La persona no necesita hacer nada, no se necesita reponer productos.
- No interfiere con el acto sexual.
- Su uso puede mantenerse en privado.
- Sin estrógeno: Puede ser utilizado de forma segura por personas que estén en periodo de amamantamiento o que no puedan tomar estrógeno.
- Puede colocarse inmediatamente después de un parto o aborto.
- DIU de cobre y DIU LNG de 52 mg: Puede utilizarse como un método anticonceptivo de emergencia muy eficaz [19]
- DIU de cobre y DIU LNG de 52 mg: No se necesita ningún otro método de respaldo para la prevención del embarazo. [20]

---

### Desventajas:

- No protege de las ITS, VIH incluido.
- La colocación puede resultar incómoda para algunas personas.
- Depende de una persona proveedora. La persona debe acudir a un centro de salud para la colocación y extracción del dispositivo.

---

### Efectos secundarios:

- Los cambios en el sangrado son habituales:
  - DIU de cobre: Menstruaciones más abundantes y aumento de la dismenorrea.
  - DIU LNG: Menstruaciones más ligeras, menos días de sangrado, amenorrea, sangrado prolongado o más abundante, todas las opciones son posibles.
- DIU LNG: Mastodinia, acné.
- La pareja puede sentir los cordeles/hilos del DIU durante el acto sexual vaginal.

---

### Riesgos:

- La perforación del útero es una complicación poco habitual (menos de 1 de cada 1000 mujeres).
- Expulsión (1 de cada 20 mujeres en 5 años). El riesgo es mayor durante los 3 primeros meses después de la colocación, inmediatamente después de un aborto realizado tras 13 semanas de gestación y en un plazo de 4 semanas después del parto.
- Enfermedad inflamatoria pélvica (1,6 por 1000 años-mujer).
- En el caso improbable de que haya embarazo mientras se utiliza un DIU, lo más probable es que ese embarazo sea ectópico.

---

### Retorno de la fertilidad tras la extracción: Sin retrasos.

---

### Refutar mitos:

- No es abortivo.
- No aumenta el riesgo de contraer ITS, VIH incluido.
- Normalmente no se siente durante las relaciones sexuales.
- Cuando está bien colocado no se mueve fuera del útero.
- No aumenta el riesgo absoluto de embarazo ectópico.
- Puede ser utilizado de forma segura por adolescentes y personas usuarias que nunca hayan tenido un embarazo.
- No es perjudicial que una persona deje de tener periodos mientras utiliza un DIU LNG.

---

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

### 3.2.2 Cómo colocar el DIU

Casi todas las personas pueden utilizar un anticonceptivo intrauterino de forma segura, incluida la población adolescente, personas que nunca hayan cursado un embarazo, en periodo de amamantamiento, que acaben de tener un aborto (provocado o espontáneo) o un parto, tengan antecedentes de embarazo ectópico o enfermedad inflamatoria pélvica, tengan infecciones vaginales o anemia, y las que tengan infección por VIH leve o asintomática, independientemente de si siguen o no algún tratamiento antirretroviral (consultar el [apéndice 1](#)).

Se puede colocar un DIU en cualquier momento si es razonablemente seguro que no hay embarazo. Los DIU de cobre y de 52 mg se pueden colocar en cualquier momento si se obtiene un resultado negativo de una prueba de embarazo en orina realizada ese mismo día. [21,22,23]. Tanto el DIU de cobre como el DIU LNG de 52 mg son métodos muy eficaces de anticoncepción de emergencia y pueden colocarse hasta 5 días después de mantener relaciones sexuales vaginales sin protección con este fin [19]. Consultar el [apéndice 3](#) para ver información sobre cómo descartar el embarazo antes de iniciar este método anticonceptivo.

No es necesario llevar a cabo un examen físico completo antes de colocar un DIU. Sin embargo, es necesario examinar el cuello uterino con un espéculo y realizar un examen pélvico bimanual para valorar el tamaño y la posición del útero y detectar cualquier anomalía del cuello uterino o del útero que podría indicar infección o impedir de alguna otra manera la colocación del dispositivo.

- Las personas que presenten signos actuales de enfermedad inflamatoria pélvica, cervicitis purulenta o una infección conocida por clamidia o gonorrea deben retrasar la colocación del DIU hasta que se hayan tratado la ITS. Se les debe ofrecer un método anticonceptivo provisional para que lo utilicen hasta la colocación del DIU.
- Si una persona asintomática presenta factores de riesgo de ITS, es necesario hacerle una prueba de detección de clamidia y gonorrea en el momento de colocar el DIU. No es necesario retrasar la colocación mientras se esperan los resultados de las pruebas ni tampoco se necesita profilaxis antibiótica. La colocación de un DIU puede aumentar el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica inmediatamente después, pero los datos indican que se trata de un riesgo bajo [24]. Las personas con pruebas de detección positivas deben recibir tratamiento con los antibióticos adecuados después de haberse colocado el DIU; no es necesario extraerlo.

#### 3.2.2.1 Consejería antes de su colocación

Antes de colocar un DIU, asegurarse de haber consultado la información del [apartado 3.2.1](#) y que la persona lo entienda todo. Repasar con la persona lo que cabe esperar durante el procedimiento de colocación del DIU. Animarla a plantear cualquier pregunta que pueda tener a fin de resolver sus inquietudes y nociones erróneas sobre el procedimiento de colocación o el método en sí. Si fuera necesario, la persona debe firmar un consentimiento informado para la colocación de un DIU después de esta conversación.

#### 3.2.2.2 Principios de colocación segura y eficaz de un IUD

- Los DIU solamente deben ser colocados por personal de salud calificado para ejecutar estos procedimientos. La colocación inmediata y temprana después del parto exige capacitación específica en estas técnicas.
- Asegurarse de que se dispone de todo el equipamiento necesario y este se ha sometido a una esterilización adecuada o desinfección de alto nivel antes de comenzar (consultar el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#)). El DIU debe estar en su paquete original e intacto con su tubo de inserción.
- Aplicar procedimientos adecuados para la prevención de infecciones.
- Antes y durante el procedimiento, informar a la persona de lo que ocurrirá durante el mismo y animar a que plantee preguntas y le cuente cómo se siente. Explicar a la persona que es posible que sienta molestias durante algunos de los pasos.
- No se recomienda profilaxis antibiótica para la colocación de un DIU.
- Aunque no se recomienda para uso de rutina, el bloqueo paracervical puede reducir el dolor durante la colocación del DIU, especialmente a las personas nulíparas o las que necesiten dilatación del cuello uterino para la inserción. El bloqueo paracervical por sí mismo ocasiona dolor a la mayoría de las personas [25,26].
- No existen datos que respalden el uso sistemático de misoprostol para facilitar la colocación o reducir el dolor durante la colocación del DIU. Los AINE mejoran el dolor posterior a la colocación del DIU. La anestesia tópica (p. ej. aerosol de lidocaína al 10 por ciento, crema de lidocaína/prilocaína) puede ayudar a aliviar el dolor relacionado con la colocación del DIU [27]. Ayudar a la persona hablándole durante el procedimiento y ofreciéndole una bolsa de agua caliente para los calambres uterinos también podría resultar útil.

En el *apéndice 7* se muestran los pasos necesarios para cargar y colocar dispositivos intrauterinos y las ayudas visuales específicas para colocar el DIU de cobre T380A y el DIU LNG.

### 3.2.3 Instrucciones para las personas usuarias después de la colocación

Se debe facilitar a la persona la siguiente información por escrito:

- Nombre y tipo del DIU colocado.
- Fecha de colocación y fecha recomendada para su extracción.
- Nombre, dirección y número de teléfono del centro de salud al que pueden volver para seguimiento.

El personal debe explicar a la persona que es posible que note los cordeles/hilos del DIU en la vagina cerca del cuello uterino, y que su pareja podría sentirlos durante el sexo vaginal. Preguntar a la persona si quiere que le enseñe cómo detectar la presencia de los cordeles/hilos del DIU si le interesa saberlo. Explicar que los cordeles/hilos pueden cortarse si molestan. Puesto que casi todas las expulsiones de DIU se producen durante las 6 primeras semanas después de su colocación, o durante la menstruación, es posible que la persona desee comprobar dónde están los cordeles/hilos después de la primera menstruación después de su colocación para asegurarse de que el DIU sigue dentro del útero. La persona puede comprobar los cordeles/hilos si experimenta algún dolor inusual o calambres durante la menstruación, si siente nuevas molestias durante el sexo vaginal, si hay algún motivo para creer que el DIU podría haberse movido, y periódicamente si así lo desea para mayor tranquilidad.

### 3.2.4 Atención de seguimiento

Se debe informar a la persona de que normalmente no es necesario hacer un seguimiento sistemático después de colocar un DIU sin complicaciones; no obstante, se puede regresar después de la primera menstruación o en un plazo de 3 a 6 semanas desde la colocación si se desea hacer una evaluación y comprobar la posición del DIU. Se debe animar a la persona a volver en cualquier momento para hablar de los efectos secundarios o cualquier otra inquietud, cambiar a otro método distinto o cuando llegue el momento de extraer o reemplazar el método actual. Personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento periódico.

Cuando las personas que utilizan un DIU regresan por algún motivo, el personal del servicio debe evaluar su nivel de satisfacción con el dispositivo, preguntar si tienen alguna inquietud con el método, evaluar los cambios en su estado general de salud y plantear la posibilidad de llevar a cabo un examen físico para comprobar la presencia de los cordeles/hilos del DIU. Consultar el *apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan* a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento de las personas usuarias que utilizan anticonceptivos.

### 3.2.5 Efectos secundarios

Se debe hablar con la persona de los efectos secundarios habituales después de la colocación de un DIU y durante su uso, así como de estrategias para su manejo.

- Durante los primeros días después de la colocación del DIU podrían producirse calambres uterinos. Se pueden tomar analgésicos y utilizar paños calientes o una bolsa de agua caliente sobre la parte inferior del abdomen para ayudar a aliviar las molestias. Si el dolor no mejora o se intensifica, la persona debe regresar para su evaluación.
- Después de la colocación del DIU se podría producir oligometrorragia, sangrado leve y flujo vaginal. Si el sangrado es abundante, o el flujo tiene mal olor o está acompañado de dolor pélvico o fiebre, la persona debe volver para su evaluación.
- Los cambios en la menstruación son habituales y, en algunos casos, algo que cabe esperar tras la colocación de un DIU.
  - En las personas que utilizan el DIU de cobre es habitual que haya sangrados imprevistos o ligera oligometrorragia, además de periodos más abundantes o prolongados, durante los 3–6 primeros meses de uso del DIU, esto no es nada perjudicial y suele mejorar. La persona podría experimentar más calambres durante la menstruación.
  - En las personas que utilizan el DIU LNG es habitual que haya oligometrorragia imprevista o sangrado ligero durante los 3–6 primeros meses de uso. Al pasar el tiempo, los sangrados suelen disminuir con el uso continuado del DIU LNG y muchas personas solamente tendrán un sangrado ligero o amenorrea.
  - En escasas ocasiones, la pareja sexual podría sentir los cordeles/hilos del DIU durante el sexo vaginal. Si eso ocurre, la persona puede volver para cortar los cordeles/hilos del DIU.

### 3.2.6 Señales de alarma

Aconseje a la persona que vuelva para su inmediata evaluación si experimenta algo de lo siguiente, que podría indicar una complicación posterior al procedimiento:

- Fiebre o escalofríos.
- Dolor pélvico fuerte o leve.
- Flujo vaginal purulento o con mal olor.
- Sangrado excesivo.

Recomiende a la persona que regrese lo antes posible para su evaluación si:

- Cree que se podría haber expulsado el DIU o pueden sentir su parte dura.
- No puede palpar los cordeles/hilos del DIU.
- Cree que podría haber embarazo.

### 3.2.7 Complicaciones

#### 3.2.7.1 Perforación uterina

La perforación uterina es una complicación poco frecuente de la colocación del DIU. Se debe sospechar de perforación cuando un instrumento entra más de lo esperado dentro del útero o la persona experimenta un dolor o sangrado repentinos durante el procedimiento. La perforación puede ser asintomática, en cuyo caso podría detectarse durante el seguimiento si los cordeles/hilos del DIU no se ven o si hay embarazo.

Cuando la perforación se detecta en el momento de la colocación:

- Interrumpir el procedimiento inmediatamente. Retirar todo el instrumental. Extraer el DIU con su tubo de inserción o, si ya se ha colocado, tirando de los cordeles/hilos.
- Observar a la persona durante un mínimo de 2 horas con supervisión frecuente de su estado y signos vitales.
- Si los signos vitales no son estables, o si el estado de la persona empeora de alguna manera, comenzar su estabilización o reanimación y trasladar inmediatamente a un centro apropiado para su tratamiento.
- Si la persona está estable, podrá irse a casa tras un periodo de observación de 2–6 horas con instrucciones para su seguimiento y explicación de las señales de alarma que harían necesario buscar atención inmediata. Tranquilizar a la persona explicándole que una perforación suele curarse sin tratamiento y ofrecer un método anticonceptivo provisional.

#### 3.2.7.2 Expulsión

- Evaluar a la persona para detectar un posible embarazo.
- Tratar de localizar el DIU mediante examen pélvico, ecografía o radiografía, si fuera necesario.
- Si se confirma su completa expulsión, colocar un DIU nuevo según las directrices anteriores o comenzar otro método anticonceptivo según la preferencia de cada persona.
- Si se confirma una expulsión parcial, extraer el DIU y colocar otro nuevo según las directrices anteriores o comenzar otro método anticonceptivo según la preferencia de cada persona.
- Si el DIU se encuentra fuera de la cavidad uterina (en la cavidad pélvica o abdominal), referir a la persona para que reciba tratamiento adecuado. Ofrecer un método anticonceptivo provisional.
- En todos los casos, evaluar si se necesita anticoncepción de emergencia.

#### 3.2.7.3 Ausencia de los cordeles/hilos

- Realizar un examen con espéculo para determinar si los cordeles/hilos se encuentran en el conducto endocervical. Utilizar un cepillo citológico en el endocérvix puede ayudar a localizar los cordeles/hilos y tirar suavemente de ellos si están presentes.
- Si los cordeles/hilos no están presentes en el cuello uterino, comprobar si hay embarazo.
- Si está disponible, tratar de localizar el DIU en el útero con una ecografía o, si no hay embarazo, mediante radiografía.
- Si el DIU está correctamente colocado en el útero, no se necesita hacer nada más.
- Si se ha expulsado el DIU, consultar el *apartado 3.2.7.2: Expulsión*.
- Si el DIU se encuentra fuera de la cavidad uterina (en la cavidad pélvica o abdominal), referir a la persona para que reciba tratamiento adecuado. Ofrecer un método anticonceptivo provisional y anticoncepción de emergencia, si fuera necesario.

#### 3.2.7.4 Embarazo con un DIU insertado

- Evaluar si hay posibilidad de embarazo ectópico (consultar el [capítulo 9: Salud materna, apartado 4.3.1](#)).
- Informar a la persona de que existe un mayor riesgo de aborto espontáneo, incluido aborto séptico, y parto prematuro si el DIU se deja en su sitio. Extraer el DIU disminuye este riesgo, pero no en su totalidad.
- Si la persona no desea continuar con el embarazo, aconsejar sobre sus opciones y referir según corresponda (consultar el [capítulo 5: Atención del aborto](#)).
- Si la persona desea continuar con el embarazo y los cordeles/hilos del DIU están visibles o puede extraerse de forma segura desde el conducto endocervical, indicar que es mejor extraerlo. Extraer el DIU tirando suavemente de los cordeles/hilos.
- Tanto si el DIU se conserva o se extrae, indicar a la persona que debe buscar asistencia inmediatamente si presenta sangrado abundante, calambres, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre. Referir a la persona a servicios de atención prenatal.
- Si la persona desea continuar con el embarazo y no se ven los cordeles/hilos del DIU y este no puede extraerse de forma segura, utilizar ecografías para localizarlo. Si no es posible hacer una ecografía, o si el DIU está situado dentro del útero, indicar a la persona que debe buscar asistencia inmediatamente si presenta sangrado abundante, calambres, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre. Referir a la persona a servicios de atención prenatal.

#### 3.2.8 Extracción del DIU

El DIU debe extraerse a petición de la persona cuando exista un motivo médico para hacerlo, o cuando su eficacia haya caducado. No es necesario extraer un DIU si una persona es diagnosticada con enfermedad inflamatoria pélvica. El tratamiento puede iniciarse con el DIU en su sitio (consultar el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#)).

Como los espermatozoides residuales en el aparato genital pueden en teoría fertilizar después de la extracción del DIU, se debe indicar a la persona que desee extraer el DIU y pasarse a otro método anticonceptivo que se abstenga del sexo vaginal o utilice preservativos durante 7 días antes de la extracción del DIU, o regrese para su extracción en un plazo de 5 días desde el inicio de la menstruación.

Las personas que deseen continuar con este anticonceptivo intrauterino pueden ponerse un DIU nuevo en el momento de la extracción. En caso de que no se pueda colocar otro nuevo, se debe indicar a la persona que se abstenga de sexo vaginal o utilice preservativos durante 7 días antes de la extracción y la reinsertión.

## 4. Métodos anticonceptivos permanentes

### 4.1 Esterilización femenina

#### 4.1.1 Consejería para las personas usuarias: Esterilización femenina

---

##### ¿Qué es?

- Anticoncepción quirúrgica permanente para personas con anatomía femenina que no desean tener más descendencia o no quieren tener descendencia en absoluto.
  - Las dos intervenciones quirúrgicas que se llevan a cabo con mayor frecuencia son:
    - Minilaparotomía: se hace una pequeña incisión (2–5 cm) en el abdomen. Las trompas de Falopio se llevan a la incisión y se cortan, ligan o bloquean con ganchos o anillos. Anestesia local, sedación ligera y analgésicos suelen resultar adecuados para controlar el dolor.
    - Laparoscopia: se hace una pequeña incisión (1 cm) en el abdomen y se introduce una cámara larga y fina en la cavidad abdominal. Tras visualizar las trompas de Falopio con el laparoscopio, la persona proveedora extrae o bloquea los tubos con ganchos o anillos, que normalmente necesitan una segunda incisión de pequeño tamaño. Anestesia local, sedación ligera y analgésicos suelen resultar adecuados para controlar el dolor.
  - La esterilización femenina también puede realizarse a la vez que otra intervención quirúrgica, como puede ser durante un parto por cesárea.
  - También se denomina ligadura de trompas, ligadura bilateral de trompas, ligadura tubárica, tubectomía o minilap.
- 

##### ¿Cómo funciona?

- Al bloquearse, cortarse, ligarse o extraerse las trompas de Falopio, el óvulo y los espermatozoides no pueden unirse y se evita así la fertilización.
- 

##### ¿Cuál es su efectividad?

- La esterilización es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces (consultar el [apéndice 2](#)).
  - Tasa de fallos: 0,5 por ciento.
- 

##### Beneficios no anticonceptivos:

- Puede ayudar a proteger del cáncer de ovario.
- 

##### Ventajas:

- Prevención del embarazo permanente y muy eficaz.
  - La persona no necesita hacer nada, no se necesita reponer productos.
  - No interfiere con el acto sexual.
  - Puede mantenerse en privado.
  - Puede ser utilizado con seguridad por toda la persona con anatomía femenina.
- 

##### Desventajas:

- Normalmente la esterilización no es reversible.
  - No protege frente a las ITS, VIH incluido.
- 

**Efectos secundarios:** Sin efectos secundarios a largo plazo.

---



### Riesgos:

- Posibles complicaciones de la intervención de esterilización:
  - Riesgo de lesión a los órganos internos (menos de 1 de cada 100, 0,2–0,5 por ciento).
  - Hemorragia excesiva (5 de cada 100 mujeres, 5 por ciento).
  - Infección (<1 por ciento).
  - Imposibilidad de finalizar la intervención.
  - Para la esterilización laparoscópica: necesidad de laparotomía (3 de cada 1000 mujeres, 0,3 por ciento).
  - Muerte (1 de cada 12.000–20.000 mujeres, 0,005–0,008 por ciento).
- Posibles complicaciones relacionadas con la anestesia:
  - Alergia a medicamentos.
  - Sobredosis por fármacos.
  - Muerte.
- En el caso improbable de que haya embarazo después de una esterilización, lo más probable es que ese embarazo sea ectópico
- Arrepentimiento.

**Retorno de la fertilidad:** Permanente (no se recupera la fertilidad).

### Refutar mitos:

- No afecta a la salud física o mental.
- No afecta a las hormonas, la menstruación ni el inicio de la menopausia.
- No afecta al funcionamiento sexual ni a la libido.
- No aumenta el riesgo absoluto de embarazo ectópico.
- La esterilización debe considerarse irreversible.
- Todas las personas usuarias, incluidas las personas jóvenes, solteras o que nunca hayan dado a luz, pueden optar por la esterilización si ese es el método más adecuado.

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3] y RCOG [28].

#### 4.1.2 Cómo se realiza la esterilización

Todas las personas usuarias con anatomía femenina pueden someterse a una esterilización femenina. Ninguna enfermedad impide el uso de este método; sin embargo, se debe realizar una anamnesis completa para valorar si esa persona tiene alguna enfermedad que pudiera incrementar los riesgos relacionados con la intervención, y para elegir el método quirúrgico, cómo se administrará la anestesia y el tipo de centro de salud que resulte más adecuado para cada persona (consultar [el apéndice 1](#)). Consultar el [apéndice 3](#) para ver información sobre cómo descartar el embarazo antes de utilizar este método.

Los únicos exámenes físicos necesarios antes de la esterilización femenina son la medición de la presión arterial y el examen pélvico bimanual. Sin embargo, otros exámenes podrían resultar útiles para evaluar a la persona o estar indicados según los antecedentes médicos de cada persona, el método quirúrgico planificado y la administración de la anestesia.

Entre los exámenes físicos recomendados figuran los siguientes:

- Peso.
- Temperatura, presión arterial y pulso.
- Auscultación del corazón y los pulmones.
- Examen abdominal.
- Examen pélvico bimanual.
- Examen de la piel en el área quirúrgica.
- Evaluación del estado de nutrición.
- Otros exámenes según indiquen los antecedentes médicos.

No se necesita realizar ninguna prueba de laboratorio de rutina antes de la esterilización, aunque suele recomendarse comprobar la hemoglobina/hematocrito. Otros análisis de laboratorio podrían estar indicados según los antecedentes médicos o el examen físico de cada persona.

#### 4.1.2.1 Consejería antes de la esterilización

Antes de la intervención de esterilización, asegurarse de haber consultado la información del [apartado 4.1.1](#) y que la persona lo entienda todo. Repasar con la persona lo que cabe esperar durante la intervención de esterilización. Animarla a plantear cualquier pregunta que pueda tener a fin de resolver sus inquietudes y nociones erróneas sobre la intervención. Puesto que la esterilización es permanente, el personal debe asegurarse de que la persona no tome la decisión de realizar una esterilización en un momento de estrés (como durante o inmediatamente después de un parto, o en el momento de un aborto) y que haya pensado en ciertas situaciones futuras que podrían hacer que se arrepienta de esta decisión (consultar el [recuadro 4: Porque la esterilización es permanente](#)). Involucrar a la pareja de cada persona usuaria durante la consejería podría resultar útil, pero no es necesario ni obligatorio. El personal debe conocer toda la legislación local sobre esterilización.

Tras la consejería, la persona usuaria debe firmar un formulario de consentimiento informado antes de la intervención.

#### 4.1.2.2 Qué pueden esperar las personas usuarias durante la intervención

##### *Minilaparotomía*

- La persona proveedora llevará a cabo un examen físico y un examen pélvico bimanual.
- La persona proveedora introduce un instrumento especial llamado un elevador uterino en el útero a través del cuello uterino. Esto puede ser incómodo.
- Se suele administrar sedantes y analgésicos ligeros para ayudar a relajar a la persona y que esté más cómoda. La anestesia local se inyectará por encima de la línea del vello púbico, o por debajo del ombligo para personas que hayan dado a luz recientemente.
- La persona proveedora hará una pequeña incisión horizontal (2–5 cm) en la zona anestesiada.
- Se ligará o bloqueará cada trompa con un gancho o anillo a través de la incisión.
- La persona proveedora cerrará la incisión y la cubrirá con una venda.
- La persona permanecerá en el centro de salud durante al menos 2 horas después de la intervención. Durante este tiempo estará sometida a supervisión en caso de que surja alguna complicación mientras se recupera de la sedación. Si fuera necesario, se puede administrar un analgésico.

#### RECUADRO 4: Porque la esterilización es permanente

- La persona debe reflexionar con mucho cuidado si existe alguna posibilidad de que desee dar a luz en el futuro. Estas son algunas de las preguntas que podría hacer el personal:
  - «¿Quieres tener más descendencia en el futuro?»
  - «¿Hay algo que te haría cambiar de idea?»
  - «¿Qué pasaría si cambiaras de pareja?» «¿Qué pasaría si se muriese una hija/un hijo/una hije?»
  - «¿Quiere tu pareja más descendencia en el futuro?»
- Aunque cualquier persona puede optar por la esterilización después de recibir la consejería adecuada para tomar una decisión bien fundamentada, entre los grupos con más posibilidades de arrepentirse figuran los siguientes:
  - personas jóvenes
  - personas con poca o ninguna descendencia
  - personas que hace poco han perdido una hija/ un hijo/una hije
  - personas solteras o con problemas conyugales
  - personas cuya pareja no está de acuerdo con la esterilización
- La persona debe tener presente que existen métodos anticonceptivos no permanentes y de acción prolongada con una eficacia similar o superior que pueden ser unas excelentes alternativas.
- Optar por la intervención debe ser una elección voluntaria y libre de la persona y no debe forzarse de ninguna manera mediante coerción o alicientes.
- La persona tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento antes de la operación.
- Aunque la persona puede consultar con otras personas sobre la esterilización, la decisión debe ser exclusivamente suya.

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

### Laparoscopia

- La persona proveedora llevará a cabo un examen físico y un examen pélvico bimanual.
- Se suele administrar sedantes y analgésicos para ayudar a relajar a la persona y que esté más cómoda. La anestesia local se inyecta debajo del ombligo.
- La persona proveedora coloca una aguja especial en el abdomen para inflarlo con gas o aire.
- La persona proveedora realizará una pequeña incisión (aproximadamente 1 cm) en el área anestesiada e introducirá un laparoscopio, que es un tubo que contiene una cámara que el proveedor utiliza para inspeccionar dentro del cuerpo y ver las trompas de Falopio.
- A través del laparoscopio u otra incisión pequeña, la persona proveedora bloquea las trompas de Falopio con un gancho o un anillo.
- La persona proveedora extrae los instrumentos y el gas del abdomen de la persona usuaria. Las pequeñas incisiones se cierran y se cubren con apósitos adhesivos.
- La persona permanecerá en el centro de salud durante al menos 2 horas después de la intervención. Durante este tiempo estará sometida a supervisión en caso de que surja alguna complicación mientras se recupera de la sedación. Si fuera necesario, se puede administrar un analgésico.

### 4.1.3 Instrucciones para después de la intervención

La persona podrá irse a casa el mismo día en el que se realice la operación, después de que se haya recuperado. Explicar y ofrecer instrucciones por escrito sobre lo siguiente:

- Descansar durante 2 días y evitar trabajo vigoroso, levantar pesos y mantener relaciones sexuales durante 1 semana. Se podrán reanudar las actividades normales después de 1 semana.
- Mantener las incisiones limpias y secas durante 2 días.
- El método anticonceptivo es completamente eficaz desde el momento en el que finalice la operación.
- La persona debe regresar para una visita de seguimiento postquirúrgico entre 7 y 10 días después de la intervención.

### 4.1.3.1 Efectos secundarios

- La persona podría experimentar cierto dolor e inflamación abdominal después de la intervención. Si se realizó una laparoscopia, podrían sentir hinchazón y sentir dolor en el hombro. Se puede tomar analgésicos (AINE o paracetamol) pero se debe evitar la aspirina.
- No hay efectos a largo plazo.

### 4.1.3.2 Señales de alarma

Aconseje a la persona que vuelva para su inmediata evaluación si experimenta algo de lo siguiente, que podría indicar una complicación quirúrgica:

- Hemorragia, dolor, pus, calor, inflamación o enrojecimiento en la herida que empeora o no desaparece.
- Fiebre.
- Desvanecimiento, sensación persistente de mareo o mareos fuertes.

### 4.1.4 Atención de seguimiento

La persona debe regresar para hacer un seguimiento sistemático en un plazo de 7 a 10 días desde la operación. Lo ideal es que la visita sea con la persona proveedora que realizó la intervención. Durante la visita:

- Hablar sobre cualquier inquietud o pregunta que pueda tener la persona.
- Analizar el lecho quirúrgico y quitar los puntos, si fuera necesario. Realizar cualquier otro examen que sea necesario.
- Programar otra visita si fuera necesario.

Normalmente después de una intervención de esterilización sin complicaciones no es necesario hacer ningún seguimiento sistemático. Personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento adicional. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento.

## 4.1.5 Complicaciones

### 4.1.5.1 Infección

- Limpiar la zona infectada con antiséptico.
- Si hay absceso, abrir (practicar una incisión) y drenar el absceso. Tratar la herida.
- Administrar antibióticos por vía oral durante 7–10 días.
- Si la infección no se resuelve, la persona debe regresar en cuanto finalice la tanda de antibióticos.

### 4.1.5.2 Dolor intenso

- Evaluar si hay enfermedades que podrían estar relacionadas con la operación, como infección pélvica, peritonitis, lesión a los órganos internos o enfisema quirúrgico. Tratar adecuadamente o referir si fuera necesario.
- Si la operación tuvo lugar hace más de 3 o 4 semanas, comprobar si hay embarazo ectópico.

### 4.1.5.3 Presunto embarazo

- Comprobar si hay embarazo, incluido embarazo ectópico.

## 4.2 Vasectomía

### 4.2.1 Consejería para las personas usuarias: Vasectomía

---

#### ¿Qué es?

- Anticoncepción permanente para personas con anatomía masculina que no desean tener más descendencia o no quieren tener descendencia en absoluto.
- A través de una pequeña perforación o incisión en el escroto, la persona proveedora localiza los conductos deferentes (los tubos que llevan los espermatozoides desde los testículos al pene) y los corta, liga o bloquea.
- También se llama esterilización masculina.

---

#### ¿Cómo funciona?

- Al bloquear, cortar o ligar los conductos deferentes, se evita que los espermatozoides entren en el semen. La eyaculación se produce con normalidad, pero no contiene espermatozoides y así se evita la fertilización.

---

#### ¿Cuál es su efectividad?

- La vasectomía es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces (consultar el [apéndice 2](#)).
- Tasa de fallos: 0,15 por ciento.
- La vasectomía tarda 3 meses después de la intervención en ser completamente eficaz.

---

**Beneficios no anticonceptivos:** Ninguno.

---

#### Ventajas:

- Método de prevención del embarazo permanente y muy eficaz.
- La persona no necesita hacer nada, no se necesita reponer productos.
- Puede realizarse en cualquier momento.
- No interfiere con el acto sexual.
- Puede mantenerse en privado.
- Puede ser utilizado con seguridad por todas las personas usuarias con anatomía masculina.
- Permite a las personas con anatomía masculina responsabilizarse de la anticoncepción.

---

#### Desventajas:

- Normalmente la esterilización no es reversible.
- No protege frente a las ITS, VIH incluido.

---

**Efectos secundarios:** Sin efectos secundarios a largo plazo.

---

---

### Riesgos:

- Posibles complicaciones de la intervención de vasectomía:
  - Dolor e inflamación en el escroto.
  - Hemorragia/hematoma importantes.
  - Infección.
  - Formación de granuloma espermático.
  - Dolor testicular grave que dura meses o años (muy poco habitual).
- Riesgo de embarazo si no se utiliza un anticonceptivo de respaldo durante 3 meses después de la intervención.
- Riesgo de fracaso de la intervención.
- Arrepentimiento.

---

**Retorno de la fertilidad:** Permanente (no se recupera la fertilidad).

### Refutar mitos:

- No quita los testículos.
- No afecta a la salud física o mental.
- No afecta a las hormonas.
- No afecta al funcionamiento sexual (calidad de la erección o la eyaculación) ni disminuye la libido.
- La esterilización debe considerarse irreversible.
- No previene la transmisión de las ITS, VIH incluido.
- Todas las personas usuarias, incluidas personas jóvenes, solteras o que nunca hayan dado a luz, pueden optar por la vasectomía si ese el método más adecuado.

---

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

## 4.2.2 Cómo se realiza la vasectomía

Todas las personas con anatomía masculina pueden tener una vasectomía. Ninguna enfermedad impide el uso de este método. Se debe realizar una anamnesis completa para valorar si hay algo que podría exigir el retraso de la intervención, y para determinar cómo se administrará la anestesia y el tipo de centro de salud que resulte más adecuado para la persona (consultar el [apéndice 1](#)).

El examen de la zona genital es el único examen físico necesario antes de la vasectomía.

Antes de la esterilización no se necesita ningún análisis de laboratorio de rutina, aunque la medición de hemoglobina/hematocrito, análisis de orina, capacidad de coagulación u otras pruebas podrían estar indicadas según los antecedentes médicos o el examen físico de cada persona.

Una vasectomía puede realizarse en cualquier momento.

### 4.2.2.1 Consejería antes de una vasectomía

Antes de la intervención de vasectomía, asegurarse de haber consultado la información del [apartado 4.2.1](#) y que la persona lo entienda todo. Repasar con la persona lo que cabe esperar durante la intervención de vasectomía. Animarla a plantear cualquier pregunta que pueda tener a fin de resolver sus inquietudes y nociones erróneas sobre la intervención. Puesto que la vasectomía es permanente, el personal debe asegurarse de que la persona ha pensado en situaciones futuras que podrían hacer que se arrepienta de esta decisión (consultar el [recuadro 4](#)). Involucrar a la pareja de cada persona usuaria durante la consejería podría resultar útil, pero no es necesario ni obligatorio. Tras la consejería, la persona usuaria debe firmar un formulario de consentimiento informado antes de la intervención.

#### 4.2.2.2 Qué puede esperar la persona durante la intervención

- Se inyectará anestesia local en el escroto para prevenir el dolor. La persona permanecerá despierta durante la intervención.
- La persona proveedora localizará los conductos deferentes mediante palpación del escroto.
- La persona proveedora realizará una perforación o pequeña incisión en la piel del escroto. Llevarán a la superficie los conductos deferentes, donde se cortarían, ligarán o bloquearán.
- La incisión se puede cerrar con puntos. La herida se cubre con un apósito adhesivo.
- La persona permanecerá en el centro de salud durante al menos 30 minutos después de la intervención para garantizar que el lecho quirúrgico no muestre signos de hemorragia. Si fuera necesario, se puede administrar un analgésico.

#### 4.2.3 Instrucciones para las personas usuarias después de la intervención

La persona puede irse a casa el mismo día de la operación. Explicar y ofrecer instrucciones por escrito sobre lo siguiente:

- Descansar durante 2 días. Evitar trabajo fuerte, ejercicio intenso y relaciones sexuales durante ese tiempo.
- Colocar compresas frías sobre el escroto durante las primeras 4 horas después de la intervención para disminuir el dolor y la hemorragia. La persona experimentará cierta molestia, inflamación y hematoma. Esto debería desaparecer en un plazo de 2–3 días.
- Llevar ropa interior o pantalones ajustados para sujetar el escroto durante 2–3 días.
- Mantener el lugar de la incisión limpio y seco durante 2–3 días.
- Utilizar preservativos u otro método anticonceptivo eficaz durante un mínimo de 3 meses después de la intervención.
- La persona debe regresar para hacer un seguimiento postquirúrgico entre 7–10 días después de la intervención.

#### 4.2.3.1 Efectos secundarios

- Después de la intervención cabe esperar molestias, inflamación y hematoma en el escroto. Se puede tomar analgésicos (AINE o paracetamol) pero se debe evitar la aspirina.
- No hay efectos a largo plazo.

#### 4.2.3.2 Señales de alarma

Aconseje a la persona que vuelva para su inmediata evaluación si experimenta algo de lo siguiente, que podría indicar una complicación de la intervención:

- Hemorragia, pus, calor, inflamación o enrojecimiento en el lugar de la incisión que empeora o no desaparece.
- Dolor e inflamación excesivas en el escroto.
- Fiebre.

#### 4.2.4 Atención de seguimiento

La persona debe regresar para hacer un seguimiento entre 7–10 días después de la intervención. Lo ideal es que la visita de seguimiento sea con la persona proveedora que realizó la intervención. Durante la cita de seguimiento:

- Hablar sobre cualquier inquietud o pregunta que pueda tener la persona.
- Examinar la zona del escroto.
- Revisar los planes para el análisis de semen, si estuviera disponible.
- Hacer hincapié en la necesidad de utilizar anticonceptivos de respaldo durante 3 meses después de la intervención.

Si estuviera disponible, ofrecer análisis de semen 12 semanas después de la intervención para confirmar su éxito. Si se detectan espermatozoides móviles después de 12 semanas, la persona proveedora debe volver a evaluar el caso y tomar las medidas adecuadas. Está indicado realizar otro análisis de semen y se podría ofrecer una segunda vasectomía en caso de que persista la presencia de espermatozoides móviles o la vasectomía haya fracasado.

Normalmente después de una intervención de esterilización sin complicaciones no es necesario hacer ningún seguimiento sistemático. Personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento adicional. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento.

## 4.2.5 Complicaciones

### 4.2.5.1 Hemorragia o hematoma

- Las hemorragias leves y los pequeños coágulos de sangre no infectados suelen resolverse sin tratamiento en varias semanas.
- Los coágulos grandes pueden necesitar drenaje quirúrgico.
- Los coágulos de sangre infectados necesitan antibióticos y hospitalización.

### 4.2.5.2 Infección

- Limpiar la zona infectada con antiséptico.

- Si hay absceso, abrir (practicar una incisión) y drenar el absceso. Tratar la herida.
- Administrar antibióticos por vía oral durante 7–10 días.
- Si la infección no se resuelve, la persona debe regresar en cuanto finalice la tanda de antibióticos.

### 4.2.5.3 Dolor que dura meses

- Sugerir elevar el escroto con ropa interior ajustada o un suspensorio deportivo.
- Sugerir poner el escroto a remojo en agua templada.
- Aconsejar analgésicos (AINE o paracetamol) según sea necesario.
- Proporcionar antibióticos si hay sospecha de infección.

# 5. Métodos anticonceptivos reversibles de acción corta

## 5.1 Anticonceptivos hormonales combinados

### 5.1.1 Consejería para las personas usuarias: Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)

#### ¿Qué son?

- Anticonceptivos reversibles de acción corta que utilizan una combinación de dos hormonas (un estrógeno y progestágeno).
- Hay muchos tipos distintos:
  - Anticonceptivos orales combinados (AOC): se debe tomar una píldora todos los días.
  - Parche hormonal combinado: un adhesivo que se coloca sobre la piel una vez al mes.
  - Anillo vaginal combinado: un anillo de plástico flexible que se coloca en la vagina una vez al mes.
  - Anticonceptivo inyectable combinado (AIC): una inyección que una persona proveedora de servicios de salud administra mensualmente.

#### ¿Cómo funcionan?

- Las hormonas de los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) impiden la ovulación.

#### ¿Cuál es su eficacia?

- Los AHC son métodos anticonceptivos muy eficaces, pero hay algunos métodos que son más eficaces (consultar el [apéndice 2](#)).
- Tasa de fallos:
  - AOC, parche, anillo: tasa de fallos del 0,3 por ciento (uso perfecto) al 7 por ciento (uso habitual).
  - AIC: tasa de fallos de < 1 por ciento (uso perfecto) al 3 por ciento (uso habitual).
- Las tasas de embarazo podrían ser ligeramente más altas para personas que utilizan el parche y pesan  $\geq 90$  kg.

---

### Beneficios no anticonceptivos:

- Reducen la menstruación abundante y la dismenorrea.
- Mejoran los síntomas del síndrome premenstrual.
- Pueden mejorar el acné.
- Ayudan a proteger de los cánceres endometriales, colorrectales y de ovario.
- Mejoran los síntomas (acné, hirsutismo, irregularidades menstruales) del síndrome del ovario poliquístico.
- Pueden ayudar a proteger de la anemia por deficiencia de hierro.

---

### Ventajas:

- AOC, parche, anillo: la dosis estándar regula la menstruación. Los esquemas posológicos de uso prolongado o continuo ofrecen a la persona una reducción de los periodos o su desaparición. [29]
- No interfieren con el acto sexual.

---

### Desventajas:

- Es necesario acordarse de utilizar los anticonceptivos con regularidad: tomar una píldora todos los días, cambiar el parche todas las semanas, introducir un nuevo anillo vaginal todos los meses o administrar una inyección todos los meses.
- Es necesario reponer productos.
- Ciertos medicamentos anticonvulsivos, antirretrovirales y antimicrobianos pueden reducir la eficacia de los AHC.
- No protege frente a las ITS, VIH incluido.

---

### Efectos secundarios:

- Cambios en los patrones del sangrado menstrual, incluidos periodos más ligeros, menos días de sangrado, sangrado infrecuente o ausencia de sangrado.
- Cefaleas.
- Mareos.
- Náuseas.
- Mastodinia.
- Cambios de peso.
- Inestabilidad emocional.
- Cambios en la libido.

---

**Riesgos:** (consultar el [recuadro 5: Consejería sobre los riesgos de los anticonceptivos hormonales combinados](#) en la página siguiente.)

- Ligero aumento del riesgo de cáncer de mama y cuello uterino, que regresa a sus valores iniciales a los 10 años después de dejar de tomar los AHC.
- Eventos adversos muy poco frecuentes pero graves: trombos, ictus o infarto de miocardio.

---

### Retorno de la fertilidad después de interrumpir su uso:

- AOC, parche, anillo: sin retrasos.
- AIC: una media de 5 meses después de la última inyección.

---

### Refutar mitos:

- Las hormonas no se acumulan en el organismo. No se necesita un «periodo de descanso» de las hormonas.
- No es perjudicial que una persona deje de tener periodos mientras utiliza estos métodos.
- No causan infertilidad. La fertilidad se recupera rápidamente después de interrumpir el método.
- No ocasionan defectos congénitos.

---

Fuente: Adaptado de: OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---



### RECUADRO 5: Consejería sobre los riesgos de los anticonceptivos hormonales combinados

Esta información puede ayudar a las personas usuarias a poner en el contexto adecuado los riesgos asociados con el uso de los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) para tomar una decisión bien fundamentada. Se debe tranquilizar a la persona diciéndole que todos los riesgos asociados con los AHC son muy pequeños.

#### Cáncer de mama

El uso de AHC puede aumentar el riesgo de cáncer de mama durante su uso. Este riesgo es pequeño y regresa a sus valores iniciales a los 10 años de dejar de tomar AHC. El uso anterior de AHC no aumenta el riesgo de cáncer de mama más adelante en la vida, cuando este tipo de cáncer es más habitual.

#### Cáncer de cuello uterino

El uso de AHC durante más de 5 años puede aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino. Este riesgo es pequeño y regresa a sus valores iniciales a los 10 años de dejar de tomar AHC.

#### Tromboembolia venosa

El riesgo de tromboembolia venosa es unas tres veces más alto en las personas que utilizan AHC que en las que no los utilizan; no obstante, este riesgo sigue siendo muy bajo y es muy inferior al riesgo de tromboembolia venosa durante el embarazo y el puerperio, cuando puede ser hasta 80 veces más alto [30]. El riesgo de tromboembolia venosa alcanza su punto más alto cuando se comienzan a usar un AHC o cuando se reinician después de una interrupción de como mínimo 1 mes. El riesgo se reduce durante el primer año y se estabiliza a partir de ahí.

#### Infarto de miocardio e ictus isquémico

El riesgo de infarto e ictus es muy bajo entre personas jóvenes, pero aumenta con la edad. El uso actual de AHC se asocia con un mayor riesgo en comparación con el riesgo entre las personas que no los utilizan. Los AHC con dosis de etinilestradiol  $\geq 35$   $\mu\text{g}$  conllevan un mayor riesgo que las formulaciones con dosis más bajas y no se aconsejan para fines anticonceptivos. El riesgo vuelve a su valor inicial cuando se dejan de tomar un AHC.

Fuente: Adaptado de Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [29].

### 5.1.2 Uso seguro y eficaz de los anticonceptivos hormonales combinados (AHC)

Aunque muchas de las personas usuarias pueden utilizar AHC con seguridad, están contraindicados para algunas de ellas. Consultar el [apéndice 1](#) para decidir si una persona es apta para este método, especialmente si tienen algo de lo siguiente:

- Hipertensión.
- Cardiopatía.
- Ictus.
- Diabetes.
- Múltiples factores de riesgo de cardiopatía.
- Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Migrañas, especialmente migrañas con aura.
- Mutación trombogénica conocida.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Hepatopatía grave.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Cáncer de mama.
- Un parto hace menos de 6 semanas.
- Si utiliza medicamentos anticonvulsivos, antifúngicos o antirretrovirales.
- Si fuma cigarrillos.

Para personas con buen estado de salud, no se necesita realizar ningún examen físico ni pélvico antes de comenzar a utilizar AHC. Es aconsejable tomar la presión arterial antes de comenzar a utilizar AHC; no obstante, en centros donde no se pueda hacer, no se debe negar estos métodos a la persona porque no se pueda medir su presión arterial. No es necesario hacer ninguna prueba de laboratorio antes de comenzar a utilizar AHC.

Consultar el [apéndice 3](#) para ver información sobre cómo descartar el embarazo antes de iniciar un método anticonceptivo.

### 5.1.3 Cómo se utilizan los anticonceptivos orales combinados (AOC), el parche y el anillo

Los esquemas posológicos normales de los anticonceptivos orales combinados (AOC), los parches y los anillos se han diseñado para producir un sangrado por privación todos los meses, que simulan las menstruaciones que tienen lugar de forma natural. La persona que sigue una dosis normal utiliza las hormonas anticonceptivas durante unas 3 semanas, seguidas de un intervalo sin hormonas en el que experimentará un sangrado por privación. Sin embargo, tener un sangrado por privación al mes no reporta ningún beneficio para la salud. La persona puede utilizar AOC, parches y anillos de forma segura con un esquema posológico de uso prolongado (tomar hormonas anticonceptivas durante 12 semanas, seguidas de un intervalo sin hormonas de 4 o 7 días con sangrado por privación); uso continuo (tomar hormonas anticonceptivas continuamente sin un intervalo sin hormonas); o uso flexible (tomar hormonas anticonceptivas para evitar el sangrado mensual cuando así se desee) para reducir el número de sangrados por privación que se experimentan al mes o eliminarlos completamente (consultar el [recuadro 6](#) en la página siguiente). Para las personas que experimenten síntomas durante el sangrado por privación, como cefaleas, inestabilidad emocional, sangrado abundante o dismenorrea, o aquellas personas que no quieren sangrados por privación mensuales, el uso prolongado o continuo es una opción terapéutica segura y eficaz. Los sangrados imprevistos son más habituales en personas que hacen un uso prolongado o continuo, y cuando se siguen estos esquemas posológicos se necesitan más productos adicionales.

Ofrezca a la persona que opte por los AOC o parches con un suministro de productos para un año, según su preferencia y uso planificado. Las personas que sigan esquemas posológicos prolongados o continuos necesitarán productos adicionales. Una vez expedido, el anillo puede guardarse a temperatura ambiente y debe utilizarse en un plazo de 4 meses; por ese motivo no se puede suministrar más de cuatro anillos a la vez. Ofrezca píldoras anticonceptivas de emergencia por adelantado a todas las personas que utilicen AHC y suministrar preservativos a todas las personas que necesiten protección frente a ITS, VIH incluido. Cree un plan con cada persona para devolver los productos adicionales cuando sea necesario.

#### 5.1.3.1 Anticonceptivos orales combinados (AOC)

Hay disponibles muchas formulaciones distintas de AOC. La mayoría contiene el estrógeno sintético etinilestradiol en dosis de entre 20 y 35 µg, aunque también hay disponibles píldoras con dosis más bajas (10 µg) y más altas (50 µg) de etinilestradiol, y píldoras con otros estrógenos (estradiol, estetrol). Las formulaciones de píldoras que contienen 30 µg o menos de etinilestradiol presentan menos riesgos, especialmente de infarto de miocardio e ictus isquémico, que las formulaciones con dosis más altas [31]. De los muchos progestágenos sintéticos distintos que se encuentran en los AOC, la noretisterona (NET), el levonorgestrel (LNG) y el norgestimato se asocian con un menor riesgo de trombosis venosa que el desogestrel, el gestodeno, la drospirenona y el acetato de ciproterona [29,32].

Los AOC monofásicos contienen la misma cantidad de estrógeno y progestágeno en cada píldora de hormonas. Los AOC bifásicos y trifásicos cambian la cantidad de estrógeno y progestágeno en puntos diferentes del ciclo de toma de píldoras. Todas evitan el embarazo a través del mismo mecanismo de acción y las diferencias entre las píldoras monofásicas, bifásicas y trifásicas son muy pequeñas. Los AOC monofásicos se recomiendan para esquemas posológicos prolongados o continuos.

Los AOC están disponibles en paquetes de:

- **21 píldoras:** cada píldora del paquete contiene una combinación de estrógeno/progestágeno.
- **28 píldoras:** las primeras 21 píldoras del paquete contienen una combinación de estrógeno/progestágeno. Las últimas 7 píldoras del paquete no contienen hormonas (pueden ser píldoras placebo o contener hierro) y suelen ser de un color distinto a las píldoras que contienen hormonas.
- **28 píldoras:** las primeras 24 píldoras del paquete contienen una combinación de estrógeno/progestágeno. Las últimas 4 píldoras del paquete no contienen hormonas.

**RECUADRO 6: Esquemas posológicos de uso normal, prolongado o continuo de anticonceptivos orales combinados, parches y anillos\***

Anticonceptivos orales combinados	Parches	Anillos
<b>Uso normal</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar 1 píldora que contiene hormonas todos los días durante 21 días (si se usa el paquete de 21/7 píldoras) o durante 24 días (si se usa el paquete de 24/4 píldoras).</li> <li>• Tomar píldoras placebo, o ninguna píldora, durante los próximos 7 días (si se usa el paquete de 21/7 píldoras) o 4 días (si se usa el paquete de 24/4 píldoras).</li> <li>• Durante el periodo sin hormonas cabe esperar un sangrado por privación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar un nuevo parche sobre la piel cada semana durante 3 semanas (21 días).</li> <li>• No llevar parche durante la cuarta semana (7 días).</li> <li>• Durante el periodo sin hormonas cabe esperar un sangrado por privación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducir un nuevo anillo dentro de la vagina y dejarlo en su sitio durante 3 o 4 semanas.</li> <li>• Extraer y tirar el anillo al inicio de la cuarta o quinta semana (día 22 o día 29); no utilizar el anillo durante los próximos 7 días.</li> <li>• Durante el periodo sin hormonas cabe esperar un sangrado por privación.</li> </ul>
<b>Uso prolongado</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar 1 píldora que contiene hormonas todos los días durante 12 semanas (84 días).</li> <li>• Tomar píldoras placebo, o ninguna píldora, durante un intervalo sin hormonas de 4 o 7 días.</li> <li>• Durante el periodo sin hormonas cabe esperar un sangrado por privación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar un nuevo parche sobre la piel durante 12 semanas (84 días).</li> <li>• No llevar parche durante la 13.<sup>a</sup> semana (7 días).</li> <li>• Durante el periodo sin hormonas cabe esperar un sangrado por privación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducir un nuevo anillo dentro de la vagina y dejarlo en su sitio durante 4 semanas (28 días).</li> <li>• Extraer y cambiar el anillo al inicio de la quinta semana (día 29).</li> <li>• Extraer y cambiar el segundo anillo al inicio de la novena semana (día 56).</li> <li>• Extraer el tercer anillo al inicio de la 13.<sup>a</sup> semana (día 85); no utilizar anillo durante la 13.<sup>a</sup> semana (7 días).</li> <li>• Durante el periodo sin hormonas cabe esperar un sangrado por privación.</li> </ul>
<b>Uso continuo</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar 1 píldora que contiene hormonas todos los días, sin un intervalo sin hormonas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar un nuevo parche sobre la piel cada semana, sin una semana sin parche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducir un nuevo anillo en la vagina cada 4 semanas, sin una semana sin usar anillo.</li> </ul>

\* La persona puede cambiar entre los distintos esquemas posológicos y adaptarlos a sus necesidades.

#### *Instrucciones para las personas usuarias*

- Mostrar y explicar el paquete de píldoras para 21 y 28 días, incluido el intervalo sin hormonas y cuándo debe esperar la persona el sangrado mensual.
- Explicar la dosis normal de AOC, y las dosis de uso prolongado o continuo si la persona opta por uno de estos esquemas.
- Explicar la importancia de tomar las píldoras todos los días. Hablar con la persona sobre las estrategias que la ayudarán a acordarse de tomar la píldora todos los días, como poner una alarma en el móvil o combinar la toma de la píldora con otra actividad diaria como puede ser lavarse los dientes.
- Indicar qué hacer en caso de olvidarse de tomar una píldora (consultar el [apéndice 8](#)).
- Informar a la persona de que, si vomita en un plazo de 2 horas después de tomar la píldora, debe tomar otra en cuanto sea posible y, después, seguir tomando las píldoras con normalidad. Si los vómitos persisten durante más de 2 días, la persona debe seguir las instrucciones en caso de olvidarse de tomar una píldora.

#### **5.1.3.2 Parche**

El parche anticonceptivo transdérmico se coloca sobre la piel durante una semana cada vez. Cada parche libera 20 µg de etinilestradiol y 150 µg de norelgestromina al día.

#### *Instrucciones para las personas usuarias*

- Mostrar el parche. Explicar a la persona que debe rasgar por el borde la bolsa metálica que contiene el parche y despegar el protector sin tocar la superficie adhesiva.
- Explicar la dosis normal de parches, y las dosis para uso prolongado o continuo si la persona opta por uno de estos esquemas.
- Aconsejar que solamente se debe llevar un parche de cada vez y que este debe aplicarse sobre la piel limpia, seca, intacta y lampiña de la parte superior y exterior del brazo, la espalda, el estómago, el abdomen o las nalgas. Los parches no deben aplicarse directamente sobre el pecho.
- Aconsejar a la persona que aplique un nuevo parche el mismo día todas las semanas: el «día de cambio del parche». Para evitar irritación cutánea, indicar a la persona que se ponga el nuevo parche en una zona distinta de la piel.
- Explicar que el parche debe permanecer puesto todo el tiempo, incluido durante el trabajo, el ejercicio físico,

la natación y los baños. Evitar usar lociones o cremas sobre la piel donde se vaya a colocar el parche.

- Indicar que los parches deben eliminarse en un contenedor de residuos y no deben tirarse por el retrete.
- Repasar lo que debe hacerse si un parche se despegó parcial o totalmente, o si se retrasa la aplicación de un nuevo parche (consultar la OMS [3] para ver instrucciones detalladas en caso de retrasarse la colocación o la retirada, o si el parche se despegó).

#### **5.1.3.3 Anillo**

El anillo anticonceptivo se coloca en la vagina durante 3 o 4 semanas. Libera 15 µg de etinilestradiol y 120 µg de etonogestrel al día.

#### *Instrucciones para las personas usuarias*

- Mostrar el anillo a la persona y explicar cómo introducirlo en la vagina. La persona puede elegir cualquier posición que le resulte cómoda; por ejemplo, de pie con una pierna levantada, en cuclillas o recostarse. Explicar cómo presionar a la vez sobre lados opuestos del anillo y empujar suavemente todo el anillo doblado dentro de la vagina. La posición exacta del anillo no es importante, pero introducirlo profundamente ayuda a mantenerlo en su sitio y disminuye las posibilidades de sentirlo.
- El anillo debe dejarse en su sitio todo el tiempo. Si el anillo se sale, debe aclararse y volver a introducirse lo antes posible (consultar la OMS [3] para ver instrucciones detalladas en caso de retrasarse su recambio o extracción).
- No es necesario quitarse el anillo antes de mantener relaciones sexuales, aunque puede que algunas personas prefieran hacerlo. Si la persona extrae el anillo, debe volver a introducirlo en cuanto sea posible (consultar la OMS [3] para ver instrucciones detalladas en caso de retrasarse su recambio o extracción).
- El anillo puede extraerse introduciendo un dedo dentro de él y tirando hacia fuera de la vagina.

### 5.1.4 Cómo se utilizan los anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

Los anticonceptivos inyectables combinados (AIC) contienen un estrógeno de acción corta y un progestágeno de acción prolongada, que se administran mensualmente mediante inyección. Hay dos formulaciones de AIC:

- 5 mg de cipionato de estradiol/25 mg de acetato de medroxiprogesterona (Cyclofem).
- 5 mg de valerato de estradiol/50 mg de enantato de noretisterona (Mesigyna, Norigynon).

Actualmente, los AIC están formulados para ser administrados por una persona proveedora de servicios de salud mediante inyección intramuscular. Si una persona prefiere autoadministrarse un anticonceptivo inyectable, existen formulaciones del inyectable de progestágeno solo para autoadministración por vía subcutánea.

#### 5.1.4.1 Cómo administrar la inyección

1. Se deben seguir las medidas estándar de prevención de infecciones.
2. Tomar el medicamento, una aguja para inyección intramuscular y una jeringa de 2 o 5 ml.
3. Preparar el medicamento agitando suavemente el vial y calentándolo a la temperatura de la piel si estuviera frío.
4. Perforar el vial con la aguja estéril y llenar la jeringa con la dosis correcta. No es necesario limpiar la tapa del vial con antiséptico.
5. Introducir la aguja profundamente en la zona ventroglútea (cadera), zona superior externa del glúteo (nalgas), músculo deltoides (hombro) o el cuádriceps (parte anterior del muslo) e inyectar el contenido de la jeringa. No es necesario limpiar la piel con antiséptico. No masajear el lugar de la inyección.
6. Eliminar la aguja y la jeringa de forma segura.

#### 5.1.4.2 Instrucciones para las personas usuarias

- Aconsejar a la persona que no masajee el lugar de la inyección.
- Tranquilizarla diciéndole que cierta irritación en el lugar de la inyección es algo normal y desaparecerá.
- Lo ideal es que regrese para recibir la próxima inyección a las 4 semanas. Para recibir la inyección, la persona puede acudir hasta 7 días antes de la fecha programada o 7 días después.
- Si una persona regresa para su próxima inyección más de 7 días después de la fecha programada, debe evitar mantener relaciones sexuales o utilizar un método anticonceptivo de respaldo hasta que reciba la inyección. La persona también debe pensar en anticoncepción de emergencia si han pasado más de 7 días desde la fecha en que debía ponerse la inyección y ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días.

Se debe facilitar a la persona la siguiente información por escrito:

- Nombre de la inyección administrada.
- Fecha de la inyección y fecha recomendada para la próxima inyección.
- Nombre, dirección y número de teléfono del centro de salud para seguimiento.

#### 5.1.5 Atención de seguimiento

No es necesario realizar una visita de seguimiento sistemático después de comenzar a utilizar AOC, el parche o el anillo. La persona que reciba AIC debe regresar para recibir la inyección; no obstante, no se necesita una visita de seguimiento completo. Se debe animar a todas las personas usuarias a volver en cualquier momento para plantear preguntas, hablar sobre sus efectos secundarios u otras inquietudes o para cambiar el método anticonceptivo. También se debe aconsejar a las personas usuarias que regresen para su seguimiento si reciben un nuevo diagnóstico o comienzan una nueva medicación que pudiera afectar al uso de los AHC, como ciertos medicamentos anticonvulsivos, antirretrovirales o antimicrobianos.

Se recomienda a todas las personas que utilicen AHC que hagan una visita anual. Las personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento más frecuente. [11]. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento de las personas usuarias que utilizan anticonceptivos.

### 5.1.6 Efectos secundarios

Se debe hablar con la persona de los efectos secundarios habituales con el uso de los AHC, así como de estrategias para su manejo. Muchos efectos secundarios desaparecerán a las pocas semanas o meses de uso de los AHC.

- Los cambios en los patrones de sangrado mensual son habituales con el uso de los AHC. Muchas personas experimentan sangrados más ligeros, pero algunas experimentarán sangrados irregulares, especialmente al comenzar a utilizar los AHC. Para los AOC, el parche y el anillo, asegurarse de que el método se utiliza de forma constante y correcta y repasar la mejor manera de abordar los errores de utilización, como olvidarse de tomar una píldora (consultar el [apéndice 8](#)). La persona puede probar a tomar 800 mg de ibuprofeno tres veces al día después de las comidas durante 5 días cuando comience el sangrado irregular. Si el problema persiste durante más de unos meses y los AINE no ayudan, podrían resultar útil probar con una nueva formulación de AHC. Es importante que el personal considere la posibilidad de que exista alguna enfermedad subyacente no relacionada con el método, especialmente si el sangrado irregular comienza tras varios meses de sangrado normal o ningún sangrado.
- Es posible que algunas personas no experimenten ningún sangrado mensual. Asegúrese de que la persona utilice el método de forma constante y correcta, y comprobar si hay embarazo, si procede. Tranquilízela diciéndole que la interrupción del sangrado mensual con el uso de AHC no resulta perjudicial.

- Si la persona experimenta náuseas o vómitos, aconséjese tomar los AOC con comida o a la hora de acostarse. Si las náuseas están relacionadas con el inicio de un nuevo paquete de píldoras, podría resultar útil seguir el esquema posológico prolongado o continuo.
- Las cefaleas pueden tratarse con AINE o paracetamol. Si las cefaleas ocurren durante el intervalo sin hormonas, considere el esquema posológico prolongado o continuo. Se debe evaluar cualquier cefalea que empeore o se produzca con mayor frecuencia durante el uso de los AHC. Las cefaleas de tipo migrañoso, con o sin aura, necesitan estudiarse más a fondo y podrían exigir el cambio a un método que no contenga estrógeno.
- La mastodinia puede mejorar utilizando un sostén de soporte, particularmente para hacer ejercicio y dormir, así como aplicar compresas calientes o frías. Podría resultar útil tomar AINE y paracetamol.

### 5.1.7 Señales de alarma

Aconseje a la persona que busque evaluación inmediata si experimenta algo de lo siguiente, que podría indicar un evento adverso poco habitual pero grave como tromboembolia venosa, infarto de miocardio o ictus:

- Dolor abdominal intenso.
- Dolor torácico intenso o disnea.
- Cefaleas intensas.
- Pérdida de visión o visión borrosa.
- Dolor intenso en el muslo o la pantorrilla.
- Ictericia.

## 5.2 Anticonceptivos inyectables de progestágeno solo

### 5.2.1 Consejería para las personas usuarias: Anticonceptivos inyectables de progestágeno solo (AIP)

#### ¿Qué son?

- Anticonceptivos reversibles de acción corta que utilizan progestágeno sintético.
- Se inyectan por vía intramuscular o debajo de la piel.
- Hay muchos tipos distintos:
  - Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD):  
AMPD-IM: 150 mg de AMPD por vía intramuscular cada 13 semanas.  
AMPD-SC: 104 mg de AMPD por vía subcutánea cada 13 semanas (Sayana-Press).
  - Enantato de noretisterona (EN-NET) 200 mg por vía intramuscular cada 8 semanas.

#### ¿Cómo funcionan?

- Las hormonas en los anticonceptivos inyectables de progestágeno solo (AIP) impiden la ovulación.

---

### ¿Cuál es su eficacia?

- Los AIP son métodos anticonceptivos muy eficaces, pero hay algunos métodos que son más eficaces (consultar el [apéndice 2](#)).
- Tasa de fallos: del 0,2 por ciento (uso perfecto) al 4 por ciento (uso habitual).

---

### Beneficios no anticonceptivos:

- Mejoran la dismenorrea.
- Mejoran los síntomas de endometriosis.
- Reducen las crisis de dolor entre personas con anemia falciforme.
- Pueden ayudar a proteger de la anemia por deficiencia de hierro.
- Pueden reducir el riesgo de los cánceres de ovario y endometrio.
- Pueden reducir el riesgo de miomas uterinos.

---

### Ventajas:

- Prevención del embarazo reversible y muy eficaz.
- Solamente es necesario tomar medidas cada 2 o 3 meses.
- No interfieren con el acto sexual.
- Pueden mantenerse en privado.
- Sin estrógeno: Pueden ser utilizados por personas que estén en periodo de amamantamiento o que no puedan tomar estrógeno.
- Pueden utilizarse inmediatamente después de un parto o aborto.
- AMPD-SC: La persona se lo puede autoadministrar.

---

### Desventajas:

- Se debe regresar al centro de salud para las inyecciones.
- No protegen frente a las ITS, VIH incluido.

---

### Efectos secundarios:

- Sangrado vaginal irregular, sangrado imprevisto, amenorrea.
- Aumento de peso.
- Cefaleas.
- Mareos.
- Distensión y molestias abdominales.
- Inestabilidad emocional.
- Disminución de la libido.

---

### Riesgos:

(Consultar el [recuadro 7: Consejería sobre los riesgos de los anticonceptivos inyectables de progestágeno solo](#) en la página siguiente.)

- AMPD: Pérdida transitoria de la densidad mineral ósea.
- Aumento de peso.
- Un posible ligero aumento del riesgo de cáncer de mama y cuello uterino, que vuelve a los valores iniciales en cuanto se interrumpe la administración de AIP.

---

### Retorno de la fertilidad después de interrumpir su uso (última inyección):

- AMPD: 10 meses, en promedio.
  - EN-NET: 6 meses, en promedio.
-

### Refutar mitos:

- No es perjudicial que una persona deje de tener periodos mientras utiliza AIP. La sangre no se acumula dentro del cuerpo.
- No interrumpe un embarazo ya existente.
- No causa infertilidad.
- No aumenta el riesgo de que una persona adquiera una infección por VIH. [33]

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

### RECUADRO 7: Consejería sobre los riesgos de los anticonceptivos inyectables de progestágeno solo

Esta información puede ayudar a la persona a poner en el contexto adecuado los riesgos asociados con el uso de los anticonceptivos inyectables de progestágeno solo (AIP) para tomar una decisión bien fundamentada. Se debe tranquilizar a la persona diciéndole que todos los riesgos asociados con los AIP son muy pequeños.

#### Pérdida de la densidad mineral ósea

El uso del acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) se asocia con una pequeña pérdida de la densidad mineral ósea, que es una medición del contenido mineral de los huesos que se corresponde con la solidez de los huesos. Después de interrumpir el uso del AMPD, la densidad mineral ósea se recupera completa o casi completamente en un plazo de 5 años. No existe ningún dato de alta calidad sobre el efecto de esta pérdida provisional de la densidad mineral ósea, si lo hubiese, sobre el riesgo de fractura. Para la persona que de otra manera goce de buena salud, el descenso en la densidad mineral ósea no impone ningún límite de edad o tiempo en el uso de AMPD.

Fuente: Adaptado de Faculty of Sexual and Reproductive Health Care [34] y OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

#### Aumento de peso de la población adolescente con un índice de masa corporal de (IMC) $\geq 30$ kg/m<sup>2</sup>

El uso del AMPD parece estar asociado a un aumento de peso, especialmente para adolescentes menores de 18 años con un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Es posible que las personas que tengan un aumento superior al 5 por ciento de su peso corporal inicial durante los primeros 6 meses de uso del AMPD sigan aumentando de peso continuamente con el uso de este método.

#### Riesgo de cáncer de mama y de cuello uterino

Podría existir un aumento muy ligero del riesgo de cáncer de mama entre las personas que actualmente utilizan AMPD, y un aumento también muy ligero del riesgo de cáncer de cuello uterino entre las personas que llevan más de 5 años utilizando AMPD. Cualquier aumento del riesgo posiblemente sea pequeño y disminuirá después de dejar de tomar el medicamento. Estos resultados se basan en muestras de pequeño tamaño y podrían estar sometidos a sesgos y variables de confusión.

### 5.2.2 Uso seguro y eficaz de los anticonceptivos inyectables de progestágeno solo (AIP)

La mayoría de las personas usuarias pueden utilizar AIP de forma segura, incluso si están en periodo de amamantamiento y si no pueden tomar estrógeno (consultar el [apéndice 1](#)). Para personas con buen estado de salud, no se necesita realizar ningún examen físico ni pruebas de laboratorio antes de comenzar a utilizar AIP. Las mediciones iniciales del peso y el índice de masa corporal (IMC) podrían resultar útiles para supervisar a las personas que utilizan AIP con el paso del tiempo.

Consultar el [apéndice 3](#) para ver información sobre cómo descartar el embarazo antes de iniciar este método anticonceptivo.

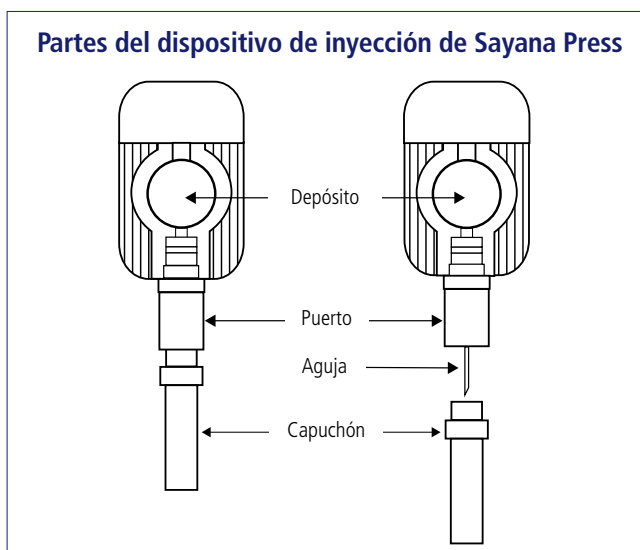


### 5.2.2.1 Cómo administrar AMPD-IM o EN-NET

1. Se deben seguir las medidas estándar de prevención de infecciones.
2. Tomar el medicamento, una aguja para inyección intramuscular, una jeringa de 2 o 5 ml o una jeringa con aguja precargada de un solo uso.
3. Si el vial está frío, calentarlo a la temperatura de la piel. Para AMPD-IM (acetato de medroxiprogesterona de depósito), agitar suavemente el vial. Para EN\_NET (enantato de noretisterona), no es necesario agitar el vial.
4. Perforar el vial con la aguja estéril y llenar la jeringa con la dosis correcta. No es necesario limpiar la tapa del vial con antiséptico.
5. Introducir la aguja profundamente en la zona ventroglútea (cadera), zona superior externa del glúteo (nalgas) o el músculo deltoides (hombro) e inyectar el contenido de la jeringa. No es necesario limpiar la piel con antiséptico. No masajear el lugar de la inyección.
6. Si la aguja no llega al músculo de la cadera o las nalgas, se debe inyectar en el deltoides o utilizar AMPD-SC en su lugar.
7. Eliminar la aguja y la jeringa de forma segura.

### 5.2.2.2 Cómo administrar AMPD-SC en Uniject (Sayana Press)

1. Lavarse las manos con agua y jabón y dejar que se sequen al aire. Lavar el lugar de la inyección si estuviera sucio. No es necesario limpiar la piel con antiséptico.



Fuente: reproducido/traducido de la OMS [3]: Family Planning: A Global Handbook for Providers. Ginebra: OMS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2. Abrir la bolsa metálica y sacar el dispositivo inyector.
3. Sujetar el dispositivo por la zona del puerto y agitarlo enérgicamente durante 30 segundos, comprobando que la solución esté bien mezclada y los gránulos se hayan distribuido uniformemente por toda la solución.
4. Sostener el dispositivo por el puerto con la aguja hacia arriba y empujar el capuchón hacia el puerto hasta que se cierre la ranura y estos se junten. Quitar el capuchón.
5. Pellizcar suavemente la piel en el lugar de la inyección en el dorso de la parte superior del brazo, el abdomen o la parte delantera del muslo.
6. Sostener el dispositivo por el puerto y con la aguja hacia abajo, introducirla directamente en la piel hasta que el puerto toque la piel. Apretar el depósito lentamente de 5 a 7 segundos para inyectar el medicamento.
7. Extraer la aguja y soltar la piel. No masajear la zona después de la inyección.
8. Eliminar el dispositivo inyector de forma segura.

Las instrucciones sobre cómo puede la persona autoadministrarse la inyección de AMPD-SC se indican en el [recuadro 8](#) (página siguiente).

#### Instrucciones para las personas usuarias

- Aconsejar a la persona que no masajee el lugar de la inyección.
- Tranquilizarla diciéndole que cierta irritación en el lugar de la inyección es algo normal y desaparecerá.
- Repasar con la persona cuándo debe regresar para recibir la próxima inyección o cuándo debería autoadministrarse la próxima inyección de AMPD-SC (consultar el [recuadro 9](#) en la próxima página).

Se debe facilitar a la persona la siguiente información por escrito:

- Nombre del medicamento inyectado.
- Fecha de la inyección y fecha recomendada para la próxima inyección.
- Nombre, dirección y número de teléfono del centro de salud al que pueden volver para seguimiento.

### RECUADRO 8: Cómo enseñar a la persona la autoadministración de AMPD-SC

Algunas personas desearán autoadministrarse las inyecciones de AMPD-SC, y las personas que se autoadministran muestran unas tasas más altas de uso continuado en comparación con las que acuden a proveedores de servicios de salud para su administración. La mayoría de las personas usuarias pueden autoinyectarse correctamente con la capacitación adecuada. La siguiente información se aplica a la autoinyección con el sistema Uniject.

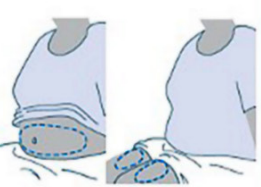

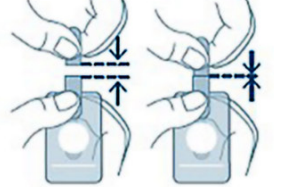



#### 1. Hacer un plan de almacenamiento y eliminación.

El AMPD-SC debe guardarse fuera del alcance de menores o animales a temperaturas moderadas (ni expuesto a luz solar directa ni dentro de un refrigerador). Los dispositivos usados deben eliminarse en un recipiente con tapa que no pueda agujerarse.

2. Explicar y mostrar a la persona cómo autoinyectarse.

3. Observar a la persona mientras se autoinyecta.

4. Indicar a la persona dónde puede obtener más dispositivos de inyección e invitarla a volver si tiene alguna pregunta o dificultad.

 <p>1. Elegir un lugar correcto para la inyección, en el abdomen o la parte delantera del muslo.</p>	 <p>2. Mezclar la solución. Sujetar el dispositivo por el puerto (no el capuchón) y agitar durante 30 segundos.</p>	 <p>3. Empujar hasta unir el capuchón y el puerto para cerrar la ranura.</p>	 <p>4. Quitar el capuchón. Pellizcar la piel hasta formar una especie de «tienda de campaña». Introducir la aguja en la piel y apretar lentamente el depósito.</p>	 <p>5. Desechar la aguja de forma segura.</p>  <p>6. Planificar la próxima inyección.</p>
--	---	--	---	---

Fuente: Adaptado de OMS [3] y OMS [35].

### 5.2.3 Atención de seguimiento

No es necesario realizar una visita de seguimiento sistemático después de comenzar a utilizar AIP, aunque las personas que reciben inyecciones por vía intramuscular deben regresar para la administración del anticonceptivo. Algunas personas se beneficiarán de una visita de seguimiento, lo que supone una oportunidad para responder preguntas y ayudar con cualquier dificultad. Se debe aconsejar a todas las personas que vuelvan en cualquier momento para plantear preguntas, hablar sobre sus efectos secundarios u otras inquietudes o para cambiar el método anticonceptivo. También se les debe aconsejar que regresen para su seguimiento si reciben un nuevo diagnóstico o comienzan una nueva medicación que pudiera afectar al uso de los AIP, como ciertos medicamentos anticonvulsivos, antirretrovirales o antimicrobianos. Las personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento más frecuente. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento de las personas usuarias que utilizan anticonceptivos.

### RECUADRO 9: Tiempo recomendado para volver a administrar los anticonceptivos inyectables de progestágeno solo

#### Intervalo recomendado para volver a administrar la inyección:

- AMPD: 13 semanas.
- EN-NET: 8 semanas.

#### Asistencia anticipada para una inyección:

- AMPD: puede administrarse hasta 2 semanas antes.
- EN-NET: puede administrarse hasta 2 semanas antes.

#### Asistencia retrasada para una inyección:

- AMPD: puede administrarse hasta 4 semanas tarde; no se necesita ningún anticonceptivo de respaldo.
- EN-NET: puede administrarse hasta 2 semanas tarde; no se necesita ningún anticonceptivo de respaldo.

### 5.2.4 Efectos secundarios

Se debe hablar con la persona de los efectos secundarios habituales con el uso de los AIP, así como de estrategias para su manejo.

- Los cambios en los patrones de sangrado mensual son habituales con el uso de los AIP. El sangrado puede ser irregular, más ligero, menos frecuente o podría ser más abundante o prolongado. Se debe tranquilizar a la persona diciéndole que el sangrado irregular no es perjudicial y suele disminuir o desaparecer después de pasados los primeros meses de uso de los AIP. Si a una persona le resultan problemáticos los sangrados, podría resultar útil hacer una prueba con AINE (tratamiento de 5 a 7 días) o seguir un tratamiento hormonal con un AOC a baja dosis o con estrógeno (tratamiento de 10 a 20 días si se cumplen los requisitos
- médicos). Los cambios en el sangrado no suelen ser perjudiciales; no obstante, se puede realizar una evaluación ginecológica si el problema persiste, el sangrado es abundante o prolongado, o si existe algún motivo para sospechar que puede haber una enfermedad subyacente no relacionada con el uso del método.
- La mayoría de las personas que utilizan AIP dejan de tener sangrados mensuales. Comprobar si hay embarazo, si procede. Tranquilizar a la persona diciéndole que la interrupción del sangrado mensual con el uso de AIP no resulta perjudicial.
- Las cefaleas pueden tratarse con AINE o paracetamol.
- Entre los efectos secundarios menos habituales figuran mareos, aumento de peso, distensión abdominal e inestabilidad emocional.

## 5.3 Píldoras de progestágeno solo

### 5.3.1 Consejería para las personas usuarias: Píldoras de progestágeno solo (PPS)

---

#### ¿Qué son?

- Anticonceptivos orales reversibles de acción corta que utilizan un progestágeno sintético.

---

#### ¿Cómo funcionan?

- Espesan el moco cervical para evitar la entrada de los espermatozoides y la fertilización (mini y midipíldoras).
- Evitan la ovulación (midipíldoras).

---

#### ¿Cuál es su eficacia?

- Las PPS son métodos anticonceptivos muy eficaces, pero hay algunos métodos que son más eficaces (consultar el [apéndice 2](#)).
- Tasa de fallos: del 0,3 por ciento (uso perfecto) al 7 por ciento (uso habitual).
- Cuando se usa durante la lactancia: del 0,3 por ciento (uso perfecto) al 1 por ciento (uso habitual).

---

#### Beneficios no anticonceptivos:

- Puede mejorar la dismenorrea.

---

#### Ventajas:

- Prevención del embarazo reversible y eficaz.
- No interfieren con el acto sexual.
- Sin estrógeno: Pueden ser utilizados por personas que estén en periodo de amamantamiento o que no puedan tomar estrógeno.
- Pueden utilizarse inmediatamente después de un parto o aborto.
- Se añaden al efecto anticonceptivo de la lactancia.

---

#### Desventajas:

- Es necesario tomar una píldora a la misma hora todos los días.
  - No protegen frente a las ITS, VIH incluido.
  - Es necesario reponer productos.
-

---

### Efectos secundarios:

- Sangrado vaginal irregular, sangrado imprevisto, amenorrea.
- Cefaleas.
- Mastodinia.
- Mareos.
- Inestabilidad emocional.
- Náuseas.

---

**Riesgos:** Ninguno.

---

**Retorno de la fertilidad después de interrumpir su uso:** Sin retrasos.

---

### Refutar mitos:

- No causan infertilidad.
- No causan problemas a lactantes.

---

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

## 5.3.2 Uso seguro y eficaz de las píldoras de progestágeno solo (PPS)

La mayoría de las personas usuarias pueden utilizar PPS de forma segura, incluso si están en periodo de amamantamiento y si no pueden tomar estrógeno (consultar el [apéndice 1](#)). Para las personas sanas, no se necesita ningún examen físico ni pruebas de laboratorio antes de comenzar a utilizar las PPS.

Consultar el [apéndice 3](#) para ver información sobre cómo descartar el embarazo antes de iniciar este método anticonceptivo.

Las PPS tradicionales (que suelen denominarse minipíldoras) contienen los progestágenos sintéticos levonorgestrel (LNG) o noretisterona (NET) en unas dosis más bajas que los AOC. Las PPS más nuevas contienen desogestrel o drospirenona en unas dosis ligeramente superiores a otros PPS (midipíldoras). Las PPS de dosis midi ofrecen un plazo más largo en caso de que la persona se olvide de tomar una píldora e impiden la ovulación de una manera más constante que las PPS tradicionales con dosis mini, por lo que las PPS de dosis midi son más eficaces, especialmente para personas que no están en periodo de amamantamiento.

Ofrezca a la persona que opte por las PPS un suministro de productos para un año, según su preferencia y uso planificado. Ofrezca PAE por anticipado a todas las personas que tomen PPS y suministre bastantes preservativos a todas las que necesiten protección frente a las ITS, VIH incluido. Cree un plan con cada persona para devolver los productos adicionales cuando sea necesario.

### 5.3.2.1 Instrucciones para las personas usuarias

- Mostrar a la persona un paquete de píldoras y explicar que todas las píldoras del paquete son iguales y contienen la hormona que impide el embarazo.
- Indicar a la persona que debe tomar una píldora a la misma hora todos los días, independientemente del sangrado vaginal que pueda tener. Hablar con la persona sobre las estrategias que la ayudarán a acordarse de tomar la píldora todos los días, como poner una alarma en el móvil o combinar la toma de la píldora con otra actividad diaria como puede ser lavarse los dientes.
- La persona debe comenzar un nuevo paquete el día después de acabar el anterior, sin descansos.
- Indicar qué hacer en caso de olvidarse de tomar una píldora (consultar la OMS [3] para ver la información completa). Es importante señalar que si las PPS de dosis mini se toman con un retraso de más de 3 horas, esto se considera un olvido. Tomar las PPS de dosis midi con un retraso de más de 12 horas se considera un olvido.
- Si una persona vomita en un plazo de dos horas después de tomar la píldora, debe tomar otra del paquete en cuanto sea posible y seguir usándolas de la manera habitual. Si los vómitos persisten, se deben seguir las instrucciones en caso de haberse olvidado de tomar una píldora.

### 5.3.3 Atención de seguimiento

No es necesario realizar una visita de seguimiento sistemático después de comenzar a utilizar PPS; no obstante, algunas personas se beneficiarán de hacer una consulta a los 3 meses de uso. Esto supone una oportunidad para responder preguntas, ayudar con cualquier inquietud y comprobar que se están utilizando de forma correcta y constante. Se debe aconsejar a la persona que regrese para su seguimiento si recibe un nuevo diagnóstico o comienza una nueva medicación que pudiera afectar al uso de las PPS, como ciertos medicamentos anticonvulsivos, antirretrovirales o antimicrobianos. Se debe informar a las personas en periodo de amamantamiento que la eficacia de las PPS podría disminuir si disminuye la frecuencia de la lactancia.

Personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento adicional. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento de las personas usuarias que utilizan anticonceptivos.

### 5.3.4 Efectos secundarios

Se debe hablar con la persona de los efectos secundarios habituales con el uso de las PPS, así como de estrategias para su manejo.

- Los cambios en los patrones de sangrado mensual son habituales con el uso de las PPS. El sangrado puede ser irregular, más ligero, menos frecuente o podría ser más abundante o prolongado, o interrumpirse completamente. Se debe tranquilizar a la persona diciéndole que el sangrado irregular no es perjudicial

y suele disminuir o desaparecer después de pasados los primeros meses de uso de las PPS. Hacer hincapié en la necesidad de tomar la píldora todos los días a la misma hora, ya que los olvidos y los retrasos pueden contribuir a la irregularidad de los sangrados. Si a una persona le resultan problemáticos los sangrados, podría ser útil hacer una prueba con AINE (tratamiento de 5 a 7 días). Los cambios en el sangrado no suelen ser perjudiciales; no obstante, se puede realizar una evaluación ginecológica si el problema persiste, el sangrado es abundante o prolongado, o si existe algún motivo para sospechar que puede haber una enfermedad subyacente no relacionada con el uso del método.

- Algunas personas podrían dejar de tener sangrados mensuales. Asegúrese de que la persona utilice el método de forma constante y correcta, y comprobar si hay embarazo, si procede. Tranquilice a la persona diciéndole que la interrupción del sangrado mensual con el uso de PPS no resulta perjudicial.
- Las cefaleas pueden tratarse con AINE o paracetamol.
- La mastodinia puede mejorar utilizando un sostén de soporte, particularmente para hacer ejercicio y dormir, así como aplicar compresas calientes o frías. Podría resultar útil tomar AINE y paracetamol.
- Las personas que utilizan PPS y experimentan náuseas o vómitos pueden probar a tomarlas con comida o a la hora de acostarse.
- Entre los efectos secundarios menos habituales figuran mareos e inestabilidad emocional.

## 6. Métodos anticonceptivos de barrera

### 6.1 Preservativos femeninos (internos) y masculinos (externos)

#### 6.1.1 Consejería para las personas usuarias: Preservativos/condones

---

##### ¿Qué son?

- Preservativo masculino: Funda hecha de una fina goma de látex, poliuretano, nitrilo o piel de cordero que se coloca sobre un pene erecto.
- Preservativo femenino: Funda lubricada hecha de una fina goma de látex, poliuretano o nitrilo que se introduce en la vagina antes de mantener relaciones sexuales.

---

##### ¿Cómo funcionan?

- Forman una barrera física entre el pene y la vagina, evitando el intercambio de líquidos, como el semen o las secreciones vaginales, entre parejas sexuales.
-

---

### ¿Cuál es su eficacia?

- Los preservativos son un método anticonceptivo menos eficaz (consultar el [apéndice 2](#)).
- Tasa de fallos del preservativo masculino: del 2 por ciento (uso perfecto) al 13 por ciento (uso habitual).
- Tasa de fallos del preservativo femenino: del 5 por ciento (uso perfecto) al 21 por ciento (uso habitual).

---

### Beneficios no anticonceptivos:

- Protegen frente a las ITS, VIH incluido.
- Pueden proteger de las enfermedades causadas por las ITS, como la infertilidad y el cáncer de cuello uterino.

---

### Ventajas:

- Pueden utilizarse para sexo vaginal, anal y oral.
- Son un práctico método anticonceptivo de respaldo.
- Pueden utilizarse para protección doble.
- Pueden utilizarse en cualquier momento y su eficacia es inmediata.
- Pueden ser controlados por cualquier pareja sexual.
- Disponibles en cualquier lugar y fáciles de obtener.

---

### Desventajas:

- Exigen un uso correcto con cada acto sexual.
- Exigen la cooperación de ambas partes.
- Es necesario reponer productos.
- Pueden disminuir la sensación del sexo.
- En algunos casos excepcionales los preservativos podrían romperse o salirse durante su uso.
- Son de un solo uso.
- Ofrecen una menor protección frente a las ITS que se transmiten por contacto cutáneo, como los herpes.

---

**Efectos secundarios:** Ninguno.

---

**Riesgos:** Alergia grave al látex muy poco habitual.

---

**Retorno de la fertilidad después de interrumpir su uso:** Sin retrasos.

---

### Refutar mitos:

- Muy pocos preservativos se rompen si se utilizan correctamente.
- No pueden perderse dentro del cuerpo femenino.
- Los preservativos de piel de cordero no protegen de las ITS, VIH incluido.

---

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

## 6.1.2 Uso seguro y eficaz de los preservativos

Todo el mundo puede utilizar preservativos. Las personas con alergia grave al látex deben utilizar preservativos hechos con otro material distinto, como el poliuretano o el nitrilo. No se necesita ningún examen físico ni pruebas de laboratorio antes de comenzar a utilizar preservativos.

Los métodos anticonceptivos de barrera, como los preservativos, deben utilizarse correctamente con cada acto sexual para ser eficaces. Ofrezca a la persona que opte por utilizar preservativos con un suministro abundante, según su preferencia y uso planificado. Aconséjele

que guarde los preservativos en un lugar fresco y seco. Ofrezca PAE por anticipado a todos los usuarios de preservativos. Se debe pensar en utilizar anticonceptivos de emergencia si un preservativo se rompe o se sale o si no se utiliza uno durante las relaciones sexuales. Cree un plan con cada persona para devolver los productos adicionales cuando sea necesario.

La lubricación puede hacer más cómodo el uso de los preservativos y evitar que se rompan. Hay tres formas de proporcionar lubricación: secreciones naturales, como

las secreciones vaginales o la saliva, utilizar preservativos con lubricante o añadir un lubricante por separado. Es importante añadir que los lubricantes oleosos (vaselina, aceites, mantequilla, manteca de cacao o lociones) dañan el látex y no deberían utilizarse con preservativos hechos de este material. El agua y los lubricantes de glicol y silicona pueden utilizarse de forma segura con todos los preservativos. Los lubricantes pueden aplicarse en la parte externa de los preservativos masculinos, dentro de los preservativos femeninos, dentro de la vagina o dentro del ano. Una gota o dos de lubricante sobre la punta de un preservativo masculino antes de desenrollarlo puede ayudar a intensificar la sensación del sexo para el portador; sin embargo, es importante no aplicar demasiado lubricante a la parte interior de los preservativos masculinos, ya que esto podría hacer que se salieran.

Algunas prácticas pueden aumentar el riesgo de que un preservativo se rompa, por lo que deben evitarse:

- No desenrollar el preservativo masculino primero y después tratar de ponerlo sobre el pene.
- No utilizar un preservativo si su color no es uniforme o ha cambiado.
- No utilizar un preservativo si parece frágil, está seco o muy pegajoso.
- No reutilizar los preservativos.
- No mantener relaciones sexuales en seco.
- No utilizar más de un preservativo a la vez.
- No utilizar un preservativo masculino y otro femenino a la vez.
- No utilizar el mismo preservativo cuando se pase de un acto sexual penetrante a otro, como el cambio del sexo anal al vaginal.

### 6.1.2.1 Instrucciones para las personas usuarias

#### *Preservativos masculinos*

1. Comprobar el envoltorio del preservativo. No utilizar si está roto o dañado. Evitar utilizar un preservativo que haya caducado.
2. Rasgar el envoltorio del preservativo con cuidado para abrirlo.
3. Para obtener la máxima protección, poner el preservativo antes de que el pene haga ningún tipo de contacto genital, anal u oral.
4. Poner una o dos gotas de lubricante en la punta del preservativo, si se desea. Colocar el preservativo sobre el pene erecto con el borde hacia afuera.
5. Apretar la punta del preservativo entre el índice y el pulgar a fin de dejar espacio para recoger la eyaculación. Desenrollar el preservativo completamente hasta la base del pene erecto. Si el preservativo no se desenrolla fácilmente, es posible que esté puesto al revés.
6. Inmediatamente después de la eyaculación, sujetar el borde del preservativo en su sitio y retirar el pene mientras este siga erecto.
7. Deslizar el preservativo hasta sacarlo y eliminarlo adecuadamente. No tirar los preservativos por el retrete.

#### *Preservativos femeninos*

1. Comprobar el envoltorio del preservativo. No utilizar si está roto o dañado. Evitar utilizar un preservativo que haya caducado.
2. Rasgar el envoltorio del preservativo con cuidado para abrirlo.
3. Para obtener la máxima protección, introducir el preservativo antes de que el pene haga ningún tipo de contacto genital o anal. Los preservativos femeninos pueden introducirse hasta 8 horas antes de mantener relaciones sexuales.
4. Frotar los laterales del preservativo femenino entre sí para distribuir el lubricante de forma uniforme.
5. Elegir una posición cómoda para su inserción: en cuclillas, levantando una pierna, sentándose o recostándose.
6. Tomar el anillo por la parte cerrada y apretarla para que se vuelva larga y estrecha.
  - Para introducirlo en la vagina, separar los labios y localizar la entrada vaginal con la otra mano. Empujar suavemente la parte cerrada del anillo dentro de la vagina tan profundamente como sea posible. Introducir un dedo dentro del preservativo para ponerlo en su lugar. Entre 2 y 3 cm del anillo exterior permanecerá fuera de la vagina.
  - Para introducirlo en el ano, utilizar lubricante alrededor del ano y empujar suavemente la parte cerrada del anillo en el recto tan profundamente como sea posible. Introducir un dedo dentro del preservativo para ponerlo en su lugar. El anillo exterior permanecerá fuera del cuerpo.

7. Guiar con cuidado el pene dentro del preservativo para evitar que se introduzca entre este y la pared de la vagina o el ano. Si el preservativo se mueve, volver a introducirlo.
8. Al contrario del preservativo masculino, el preservativo femenino no necesita una erección para mantenerse en su sitio. No es necesario extraer el preservativo femenino inmediatamente después del acto sexual.
9. Después de que el pene se retire, sujetar el anillo exterior del preservativo, girarlo para que queden dentro los líquidos y tirar suavemente de él.
10. Eliminar el preservativo adecuadamente. No tirar los preservativos por el retrete.

### 6.1.3 Atención de seguimiento

No es necesario realizar una visita de seguimiento sistemático después de comenzar a utilizar preservativos. Se debe aconsejar a la persona que vuelva en cualquier momento para plantear preguntas, hablar sobre sus inquietudes, cambiar a un método distinto o para obtener anticonceptivos adicionales si un preservativo se mueve o se rompe durante el acto sexual. Las personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento más frecuente. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento de las personas usuarias que utilizan anticonceptivos.

## 6.2 Diafragmas y capuchones cervicales

### 6.2.1 Consejería para las personas usuarias: Diafragmas y capuchones cervicales

#### ¿Qué son?

- Copas finas de látex, plástico o silicona que se colocan profundamente en la vagina para cubrir el cuello uterino.
- Se utilizan con espermicida.
- Los diafragmas son unas copas finas con un resorte firme y flexible que las mantiene en su sitio dentro de la vagina:
  - Resorte plano: el resorte es una tira de metal plana.
  - Resorte en espiral: el resorte es un alambre firme enrollado.
  - Resorte de arco: el resorte de metal permite al borde tomar una forma arqueada, en lugar de plana.
  - Borde de sellado ancho, disponible con resorte en espiral y de arco: una pestaña flexible (1,5 cm de ancho) en la cara interna del borde mantiene el espermicida en su sitio y crea un mejor sellado entre el diafragma y la pared vaginal.
  - Tamaño único, moldeado; no necesita ajustarse.
- Los capuchones cervicales son unas copas más pequeñas, en forma de dedal, que se ajustan estrechamente al cuello uterino.

#### ¿Cómo funcionan?

- Crean un depósito para el espermicida, que mata o inutiliza a los espermatozoides.
- Forma una barrera física que bloquea a los espermatozoides y les impide entrar al cuello uterino.

### 6.1.4 Cómo abordar las complicaciones

- Si un preservativo se rompe, se mueve o no se utiliza, se debe plantear el uso de anticonceptivos de emergencia, profilaxis posexposición frente al VIH y tratamiento de una presunta ITS. Repase el uso correcto y constante de los preservativos, incluido el uso de lubricantes.
- Algunas personas podrían experimentar leve irritación en la zona de la vagina, el ano o el pene como reacción a los preservativos. Cambiar a una marca distinta o probar con lubricación o preservativos lubricados podría servir de ayuda. Si se sospecha una alergia leve al látex, podría ser útil probar con preservativos de poliuretano o nitrilo.
- Las cremas antifúngicas vaginales pueden dañar los preservativos de látex. Las personas que utilicen estas cremas deben utilizar preservativos de poliuretano o nitrilo hasta que finalicen el tratamiento.

### 6.1.5 Señales de alarma

Aconseje a la persona que busque evaluación inmediata si experimenta alguno de los siguientes síntomas, que podrían indicar una alergia grave al látex si se producen durante o después del uso de preservativos de látex:

- Urticaria o erupción en la mayor parte del cuerpo.
- Disnea, mareos o desmayo.



---

### ¿Cuál es su eficacia?

- Es uno de los métodos menos eficaces (consultar el [apéndice 2](#)).
- Los capuchones cervicales son menos eficaces para personas que hayan dado a luz.
- Tasa de fallos:
  - Diafragma: del 14–16 por ciento (uso perfecto) al 17 por ciento (uso habitual).
  - Capuchón cervical: personas que han tenido bebés, del 26 por ciento (uso perfecto) al 32 por ciento (uso habitual); personas nulíparas, del 9 por ciento (uso perfecto) al 16 por ciento (uso habitual).

---

### Beneficios no anticonceptivos:

- Pueden ayudar a proteger del cáncer de cuello uterino.
- Pueden disminuir el riesgo de algunas ITS.

---

### Ventajas:

- No interrumpen el acto sexual.
- Pueden utilizarse en cualquier momento y su eficacia es inmediata.
- Pueden utilizarse solo cuando se necesite.

---

### Desventajas:

- Exigen un uso correcto con cada acto sexual.
- Deben introducirse antes del acto sexual.
- La mayoría de los diafragmas y capuchones (aunque no todos) deben ser ajustados por una persona proveedora y necesitan volver a ajustarse después de un parto, un aborto en el segundo trimestre, un cambio de peso de  $\geq 3$  kg, o después de 2 años.
- Deben mantenerse en su sitio dentro de la vagina durante 6 horas después de mantener relaciones sexuales.
- Deben limpiarse y guardarse.
- No ofrecen protección fiable frente a las ITS, VIH incluido.
- Es necesario reponer productos (espermicidas).

---

### Efectos secundarios:

- Irritación de la vagina o el pene.
- Lesiones vaginales, especialmente en la pared anterior.

---

### Riesgos:

- Infección de las vías urinarias.
- Vaginitis ocasionada por vaginosis bacteriana o candidiasis.
- El uso del espermicida nonoxinol-9 puede aumentar el riesgo de infección por VIH.
- Muy poco habitual: síndrome del choque tóxico.

---

### Retorno de la fertilidad: Sin retrasos.

---

### Refutar mitos:

- No pueden perderse dentro del cuerpo femenino.
- No afectan a la sensación durante el acto sexual.

---

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

## 6.2.2 Uso seguro y eficaz de los diafragmas y los capuchones cervicales

La mayoría de las personas pueden utilizar los diafragmas y los capuchones cervicales de forma segura; no obstante, no resultan adecuados para las siguientes:

- Si han dado a luz hace menos de 6 semanas.
- Si han tenido un aborto en el segundo trimestre hace menos de 6 semanas.
- Si corren alto riesgo de VIH o tienen infección por VIH.
- Si tienen antecedentes de síndrome del choque tóxico.
- Si presentan prolapso uterino.
- Capuchones cervicales: neoplasia o cáncer de cuello uterino, o anomalías en el cuello uterino.
- Alergia al látex.

Es necesario realizar un examen pélvico antes de utilizar un diafragma o capuchón para asegurarse de que no haya ninguna anomalía anatómica que podría impedir su uso y para ofrecer a la persona un dispositivo del tamaño adecuado, a menos que se utilice el diafragma de tamaño único. Los diafragmas de tamaño único son aptos para el 80 por ciento de las personas y no necesitan ajustarse. No se necesita ninguna prueba de laboratorio antes de utilizar un diafragma o capuchón. Consultar el *recuadro 10* (página siguiente) para ver información sobre qué tipos de diafragma se pueden utilizar.

Ofrezca PAE por anticipado a todas las personas que utilicen el diafragma o el capuchón y ofrecer bastantes preservativos a todas las personas que necesiten protección frente a ITS, VIH incluido. Cree un plan con cada persona para devolver los productos adicionales cuando sea necesario. El diafragma, el capuchón y los espermicidas deben guardarse en un lugar fresco y seco, a ser posible protegidos de la luz solar.

### 6.2.2.1 Cómo ajustar el diafragma

Para el ajuste es preferible utilizar juegos de ajuste de diafragmas en lugar de anillos de ajuste de diafragmas. La persona debe haber vaciado la vejiga y el recto.

1. Realizar un examen pélvico para evaluar cualquier posible anomalía uterina o del cuello uterino.
2. Obtenga una estimación del tamaño necesario midiendo manualmente la distancia entre el fondo posterior y el arco óseo del pubis inferior. Con el dedo corazón situado en el fondo posterior, notar el punto en el que el dedo índice toca el hueso del pubis,

o marque ese lugar con la punta del pulgar. La distancia entre la punta del dedo corazón y el pulgar es el diámetro previsto del diafragma.

3. Usando esa medición como guía, seleccione el tamaño más grande de diafragma que resulte cómodo para esa persona y colocarlo bien ajustado detrás del hueso del pubis.
4. Coloque el diafragma seleccionado en el fondo posterior de la vagina y detrás de la sínfisis púbica. Debe cubrir el cuello uterino y la pared anterior superior de la vagina, además de tocar las dos paredes vaginales laterales. La persona no debe sentir el diafragma cuando esté en su sitio, y este no debe moverse cuando se le pida que realice una maniobra de Valsalva (tirando hacia abajo):
  - Si el diafragma es demasiado grande, podría causar molestias o podría deformarse o moverse.
  - Si el diafragma es demasiado pequeño, podría no cubrir el cuello uterino o moverse.
5. Tras el ajuste, repase los pasos para introducir el diafragma (según se han descrito) y pedir a la persona que se introduzca el diafragma. Después de que la persona se haya introducido el diafragma, comprobar que está correctamente insertado y confirmar que está bien ajustado.

### *Instrucciones para las personas usuarias: Colocación del diafragma*

1. Planificar la colocación del diafragma a menos de 1 hora antes de mantener relaciones sexuales. Si se coloca más de una hora antes de las relaciones sexuales, será necesario introducir en la vagina otro aplicador lleno de espermicida antes del acto sexual.
2. Comprobar que no haya ningún agujero, grieta o desgarró en el diafragma poniéndolo a contraluz.
3. Poner aproximadamente una cucharada de espermicida en la parte hueca de la cúpula del diafragma y por el borde.
4. Doblar el diafragma apretando el borde con el pulgar y los dedos de una mano. Asegurarse de que el espermicida se encuentre en la parte superior.
5. Es posible que la persona desee ponerse en cuclillas, estar de pie sobre una pierna o acostarse para introducir el diafragma. Mantener abierta la vagina con una mano y con la otra deslizar el diafragma doblado lo más profundamente posible dentro de la vagina, dirigiéndolo hacia la parte baja de la espalda.

### RECUADRO 10: Qué tipos de diafragma se pueden utilizar

La elección de diafragma depende de la profundidad de la vagina, el tono muscular vaginal y la posición del útero.

#### Tamaño único

- El diafragma de silicona de tamaño único mide 75 mm por 67 mm y sirve para personas a las que se haya tomado las medidas con un diafragma con borde de sellado ancho de 65 a 80 mm (aproximadamente un 80 por ciento de las personas usuarias). El diseño del diafragma de tamaño facilita su colocación y extracción.

#### Resorte en arco

- Ayuda a garantizar que el borde posterior esté correctamente insertado detrás del cuello uterino.
- A personas con útero con retrodesviación o con una marcada antesdesviación les podría resultar más fácil colocarlo.
- A una persona con el cuello uterino largo le podría resultar más fácil colocarlo.
- Puede ser utilizado por personas con menor tono vaginal, cistocele o prolapso uterino leve.

#### Resorte plano

- Puede introducirse con un aplicador para diafragmas.
- Puede ser utilizado por personas a las que les resulten incómodos los diafragmas de resorte en arco.
- Puede ser utilizado por personas con un tono vaginal firme.
- Útil para personas con un arco poco profundo detrás de la sínfisis púbica.
- Puede ser utilizado por personas que tengan el útero en anteroflexión.

#### Resorte en espiral

- Puede introducirse con un aplicador para diafragmas.
- Puede ser utilizado por personas a las que les resulten incómodos los diafragmas de resorte en arco.
- Puede ser utilizado por personas con un tono vaginal firme.
- Útil para personas con un arco profundo detrás de la sínfisis púbica.
- Solamente puede ser utilizado por personas sin desplazamiento uterino.

6. Utilizar el dedo índice para empujar el borde delantero del diafragma hacia arriba por detrás del pubis.
7. Asegurarse de que el diafragma esté en su sitio tocando el borde delantero detrás del pubis y sintiendo el cuello uterino a través de la cúpula flexible. El espermicida debe estar en el lado del cuello uterino del diafragma. A continuación, se debe aplicar más espermicida dentro de la vagina.
8. Cada vez que se inicie un nuevo acto sexual con el diafragma en su sitio es necesario introducir más espermicida. El diafragma debe permanecer en su sitio dentro de la vagina durante al menos 6 horas después de mantener relaciones sexuales.
9. Extraer el diafragma enganchándolo con un dedo por debajo del borde anterior del dispositivo y tirando recto hacia abajo para sacarlo de la vagina. El diafragma debe extraerse en un plazo de 24 horas después de su colocación inicial para reducir al mínimo la irritación vaginal y el riesgo de sufrir infección de las vías urinarias y síndrome de choque tóxico.

#### 6.2.2.2 Cómo ajustar el capuchón cervical

Los capuchones cervicales vienen en tres tamaños:

- Pequeño (22 mm) para personas que nunca hayan tenido embarazos.
- Mediano (26 mm) para personas que hayan tenido un aborto o parto por cesárea.
- Grande (30 mm) para personas que hayan tenido un parto vaginal a término.

*Instrucciones para las personas usuarias: Colocación del capuchón cervical*

1. El capuchón cervical debe colocarse no más de 6 horas antes de mantener relaciones sexuales.
2. Rellenar una tercera parte del capuchón con espermicida y poner la cuarta parte de una cucharilla de espermicida por el borde. Otra cuarta parte de una cucharilla se aplica al otro lado del capuchón, en la ranura entre la cúpula y el borde.

3. Es posible que la persona desee ponerse en cuclillas, mantenerse pie sobre una pierna o acostarse para introducir el capuchón cervical. El capuchón se coloca de tal manera que la cúpula/el lado de la tira quede hacia abajo introduciendo primero el borde dentro de la vagina, de tal forma que la parte más ancha del capuchón quede colocado en el fondo vaginal posterior. A continuación, se pone una aplicación adicional de espermicida delante del capuchón cervical.
4. Cada vez que se inicie un nuevo acto sexual con el capuchón en su sitio es necesario introducir más espermicida. El capuchón debe permanecer en su sitio dentro de la vagina durante al menos 6 horas después del último acto sexual.
5. Extraer el capuchón enganchando la tira con un dedo y presionando el lateral del capuchón para moverlo y romper la succión con el cuello uterino. Girar el capuchón lentamente y tirar hacia abajo para sacarlo de la vagina. El capuchón debe extraerse en un plazo de 48 horas desde su colocación inicial.

#### 6.2.2.3 Cuidado del diafragma y el capuchón cervical

- Lavar con agua y jabón suave, secar al aire y guardar en un recipiente limpio y seco.
- No utilizar polvos ni ningún otro producto con el dispositivo. No utilizar productos oleosos (vaselina, aceites de cocinar, mantequilla o lociones) sobre el dispositivo, ya que podrían dañarlo. Si se necesita lubricante adicional, se deben utilizar lubricantes acuosos o de silicona.
- Los diafragmas y los capuchones cervicales no suelen utilizarse durante la menstruación porque la sangre se acumularía detrás del dispositivo y esto podría aumentar el riesgo de infecciones.
- Comprobar periódicamente el diafragma y el capuchón cervical para detectar daños como agujeros, grietas, puntos débiles o pliegues. El diafragma o el capuchón cervical deben examinarse a contraluz o llenarse de agua para ver si hay alguna fuga.
- Los diafragmas y capuchones cervicales no deben compartirse con otras personas.

#### 6.2.3 Atención de seguimiento

Se recomienda una visita de seguimiento de 1 a 2 semanas después del ajuste del diafragma o capuchón para comprobar que tenga el tamaño correcto, responder las preguntas de la persona, ayudar con cualquier inquietud que pueda tener y confirmar que se está utilizando de forma correcta y constante. Indique a la persona que debe

llevar el dispositivo durante al menos 8 horas antes de la visita. Se debe aconsejar a todas las personas usuarias que vuelvan en cualquier momento para hablar sobre sus efectos secundarios u otras inquietudes, o para cambiar el método anticonceptivo. Las personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento más frecuente. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento de las personas usuarias que utilizan anticonceptivos.

La persona necesitará un nuevo dispositivo si tiene un bebé o un aborto en el segundo trimestre, o si su peso cambia más de 3 kg. El diafragma o el capuchón debe reemplazarse después de 2 años de uso.

#### 6.2.4 Efectos secundarios

Se debe hablar con la persona de los efectos secundarios habituales con el uso del diafragma y el capuchón cervical, así como de estrategias para su manejo.

- Si la persona experimenta molestias o dolor con el uso del diafragma o el capuchón, es posible que no estén correctamente ajustados. Pida a la persona que introduzca el dispositivo y compruebe su colocación y ajuste. Ajuste el tamaño del dispositivo si fuera necesario. Si la persona experimenta úlceras o lesiones vaginales, sugerir el uso de otro método provisionalmente para dejar que se curen y ofrecerle los productos adecuados. Revise la técnica que utiliza cada persona para extraer el dispositivo. Valore si existe infección vaginal o ITS y ofrecer el tratamiento adecuado.
- Si la persona presenta una infección de las vías urinarias, trátela con los antibióticos apropiados y considere la posibilidad de volver a ajustar un diafragma más pequeño.
- Si la persona presenta una infección vaginal, valorarla y ofrecer el tratamiento adecuado. Los medicamentos antifúngicos vaginales (como el miconazol) pueden dañar los dispositivos de látex.

#### 6.2.5 Señales de alarma

Aconseje a la persona que busque evaluación inmediata si experimenta alguno de los siguientes síntomas, que podrían indicar síndrome de choque tóxico:

- Fiebre alta repentina.
- Erupción cutánea por el cuerpo.
- Vómitos y diarrea.

## 6.3 Espermicida

### 6.3.1 Consejería para las personas usuarias: Espermicida

---

#### ¿Qué es?

- Un gel/espuma/película/crema/comprimido/supositorio de anticoncepción que se introduce en la vagina antes de mantener relaciones sexuales. La mayoría contiene el principio activo nonoxinol-9.

---

#### ¿Cómo funciona?

- Mata o inutiliza a los espermatozoides, evitando así la fertilización.

---

#### ¿Cuál es su efectividad?

- Uno de los métodos anticonceptivos menos eficaces (consultar el [apéndice 2](#)).
- Tasa de fallos: del 16 por ciento (uso perfecto) al 21 por ciento (uso habitual).

---

**Beneficios no anticonceptivos:** Ninguno.

---

#### Ventajas:

- Puede utilizarse en cualquier momento.
- Puede utilizarse solo cuando se necesite.
- Puede utilizarse con preservativos, diafragmas y capuchones cervicales.

---

#### Desventajas:

- Debe introducirse a menos de 1 hora de mantener relaciones sexuales.
- Debe utilizarse cada vez que se mantienen relaciones sexuales.
- Algunas formulaciones (supositorios, películas y comprimidos) tardan entre 10 y 15 minutos para ser eficaces.
- No protege frente a las ITS, VIH incluido.
- Es necesario reponer productos.

---

#### Efectos secundarios:

- Irritación de la vagina o el pene.

---

#### Riesgos:

- El uso de espermicidas que contienen nonoxinol-9 puede aumentar el riesgo de infección por VIH.

---

**Retorno de la fertilidad:** Sin retrasos.

---

#### Refutar mitos:

- No causa defectos congénitos.
- No protege frente a las ITS, VIH incluido.

---

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

### 6.3.2 Uso seguro y eficaz de los espermicidas

Casi todo el mundo puede utilizar espermicidas de forma segura. Es importante indicar que los espermicidas no resultan adecuados para quienes corran alto riesgo de contraer VIH o quienes ya tengan la infección. No se necesita ningún examen físico ni pruebas de laboratorio antes de comenzar a utilizar espermicidas. Los espermicidas pueden utilizarse en cualquier momento.

Ofrezca PAE por anticipado a todas las personas usuarias que utilicen espermicidas y suministrar bastantes preservativos a todas las que necesiten protección frente a las ITS, VIH incluido. Cree un plan con cada persona para devolver los productos adicionales cuando sea necesario. Los espermicidas deben guardarse en un lugar fresco y seco, a ser posible protegidos de la luz solar.

#### 6.3.2.1 Instrucciones para las personas usuarias

- Es necesario introducir el espermicida en la vagina antes de cada acto sexual. Las espumas y cremas de nonoxinol-9 son eficaces inmediatamente. Las películas, los comprimidos y los supositorios tardan entre 10 y 15 minutos para ser completamente eficaces después de su aplicación.

- Si se tiene relaciones sexuales más de 1 hora después de la aplicación inicial del espermicida, será necesaria una nueva aplicación.
- Seguir las instrucciones del fabricante para utilizar y guardar cada producto individual.
- Los espermicidas deben ponerse en la parte superior de la vagina para asegurarse de cubrir bien el cuello uterino.
- No se recomienda la irrigación vaginal.

### 6.3.3 Atención de seguimiento

No es necesario realizar una visita de seguimiento sistemático después de comenzar a usar espermicidas. Se debe aconsejar a la persona que vuelva en cualquier momento para plantear preguntas, hablar sobre sus inquietudes o cambiar a un método distinto. Las personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento más frecuente. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento de las personas usuarias que utilizan anticonceptivos.

## 7. Métodos anticonceptivos basados en el comportamiento

### 7.1 Método de amenorrea de la lactancia

#### 7.1.1 Consejería para las personas usuarias: Método de amenorrea de la lactancia (MAL)

##### ¿Qué es?

- Un método provisional basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad.
- Se deben cumplir estos tres criterios:
  - Estar amamantando exclusiva o casi exclusivamente al bebé, de forma frecuente, tanto por el día como por la noche.
  - El bebé debe tener menos de 6 meses.
  - La menstruación aún no tiene que haber regresado.

##### ¿Cómo funciona?

- La lactancia frecuente evita la liberación de las hormonas que causan la ovulación.

##### ¿Cuál es su efectividad?

- Tasa de fallos: del 0,9 por ciento (uso perfecto) al 2 por ciento (uso habitual).
- Eficaz hasta 6 meses después del parto.

##### Beneficios no anticonceptivos:

- La lactancia reduce el riesgo de muerte por enfermedades habituales de la infancia.
- La lactancia mejora la salud y el desarrollo del bebé.
- La lactancia mejora la salud materna.

---

### Ventajas:

- Anticonceptivo natural.
- No se necesita ningún producto.
- No hay costos directos.

---

### Desventajas:

- No protege frente a las ITS, VIH incluido.
- Exige amamantar a menudo, por el día y por la noche. Su eficacia disminuye al disminuir la frecuencia de amamantado.

---

**Efectos secundarios:** Ninguno.

---

**Riesgos:** Ninguno.

---

**Retorno de la fertilidad:** Depende del tiempo que dure la lactancia.

---

### Refutar mitos:

- Muy eficaz si se cumplen los tres criterios.
- No se necesitan alimentos especiales.
- Igual de eficaz independientemente del peso de cada persona.

---

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

## 7.1.2 Uso seguro y eficaz de la amenorrea de la lactancia (MAL)

Cualquier persona que esté amamantando puede utilizar MAL de forma segura; no obstante, es posible que las personas que utilicen ciertos medicamentos (algunos medicamentos que alteran el estado de ánimo, reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, altas dosis de corticoesteroides, bromocriptina, litio y ciertos anticoagulantes) deseen optar por un método distinto. Las personas que vivan con VIH y estén amamantando pueden transmitir el virus al bebé si no están tomando antirretrovirales. Los tratamientos antirretrovirales reducen enormemente el riesgo de transmisión de las personas en periodo de amamantamiento que viven con VIH y los bebés expuestos al VIH. Entre las personas que viven con VIH que no toman antirretrovirales, un 14 por ciento de sus bebés adquieren VIH después de 2 semanas de lactancia. Entre las personas que toma antirretrovirales, menos de un 1 por ciento de los bebés se infectan. También se debe fomentar el uso de preservativos, además de MAL, entre las personas que viven con VIH.

No se necesita ningún examen ni pruebas de laboratorio antes de comenzar a utilizar MAL.

Pensar en ofrecer a la persona en periodo de lactancia preservativos, PAE y PPS por adelantado antes de que lo necesite. Pueden comenzar a usarlos si el bebé ya no se amamanta exclusiva o casi exclusivamente,

o si llega a los 6 meses antes de que esa persona pueda volver al centro de salud. Las PPS potencian la eficacia anticonceptiva de la lactancia y pueden utilizarse de forma segura en cualquier momento después del parto.

### 7.1.2.1 Instrucciones para las personas usuarias

- Comenzar a amamantar inmediatamente (en el plazo de 1 hora) o en cuanto sea posible después del parto.
- Lo ideal es que la lactancia se ofrezca a demanda, siempre que el bebé desee alimentarse. Esto debería realizarse entre 10 y 12 veces al día durante las primeras semanas después del parto y, posteriormente, de 8 a 10 veces al día. Por las noches se debe amamantar por lo menos una vez.
- Durante el día no debe pasar más de 4 horas entre una toma y otra.
- Durante la noche no debe pasar más de 6 horas entre una toma y otra.
- Para que MAL sea eficaz, se deben cumplir los siguientes criterios:
  - La persona debe estar amamantando de forma exclusiva o casi exclusiva.
  - No se ha reiniciado la menstruación.
  - Han transcurrido menos de 6 meses desde el parto.

### 7.1.3 Atención de seguimiento

Las personas que usen MAL necesitarán una visita de seguimiento para pasar a otro método anticonceptivo cuando su bebé tenga 6 meses, o antes si disminuye la frecuencia de amamantado o se reinicia la menstruación. Se debe aconsejar a la persona que vuelva en cualquier momento para plantear preguntas, hablar sobre sus

inquietudes o cambiar a un método distinto. Las personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento más frecuente. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento de las personas usuarias que utilizan anticonceptivos.

## 7.2 Métodos basados en la observación de la fertilidad (MBOF)

### 7.2.1 Consejería para las personas usuarias: Métodos basados en la observación de la fertilidad

#### ¿Qué son?

- La identificación de los períodos fértiles del ciclo menstrual para evitar mantener relaciones sexuales vaginales sin protección en esos días:
  - Método basado en el calendario: hacer un seguimiento de los días del ciclo menstrual para identificar los días fértiles.
  - Método basado en los síntomas: observar los síntomas físicos de los días fértiles.

#### ¿Cómo funcionan?

- Se debe evitar mantener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles para impedir la concepción.

#### ¿Cuál es su eficacia?

- Es uno de los métodos menos eficaces (consultar el [apéndice 2](#)).
- Tasa de fallos: del 3–5 por ciento (uso perfecto) al 15 por ciento (uso habitual).

**Beneficios no anticonceptivos:** Ninguno.

#### Ventajas:

- No se necesita ninguna intervención ni productos.
- Puede utilizarse para identificar los días fértiles tanto para evitar el embarazo como para tratar de concebir.
- La pareja puede compartir la responsabilidad de la anticoncepción.
- Es un método aceptable para las personas que evitan los anticonceptivos por motivos religiosos o culturales.

#### Desventajas:

- Supervisión diaria de los síntomas de la fertilidad o los días del calendario.
- Puede ser difícil de aprender y usar.
- Exige cooperación entre la pareja.
- Exige el uso de un anticonceptivo de respaldo o abstinencia durante varios días al mes.
- No protege frente a las ITS, VIH incluido.

**Efectos secundarios:** Ninguno.

**Riesgos:** Ninguno.

**Retorno de la fertilidad:** Sin retrasos.

#### Refutar mitos:

- Puede ser eficaz si se utiliza correctamente.
- No se necesita alfabetización ni un nivel educativo avanzado.

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].



### 7.2.2 Uso seguro y eficaz de los métodos basados en la observación de la fertilidad

Todas las personas pueden utilizar los métodos basados en la observación de la fertilidad de forma segura. Ninguna enfermedad impide el uso de estos métodos, pero algunas enfermedades pueden hacer que sean más difíciles de utilizar con eficacia. Las personas con ciclos menstruales irregulares, incluida la población adolescente y las personas perimenopáusicas, o las que acaben de dar a luz, estén en periodo de amamantamiento, o hayan tenido un aborto recientemente deberían idealmente haber tenido tres menstruaciones regulares antes de usar los métodos basados en el calendario. Las personas con ciclos menstruales irregulares, que acaben de dar a luz, estén en periodo de lactancia, tengan una enfermedad que afecte a la temperatura corporal, tengan flujo vaginal irregular o estén usando un medicamento que afecte a las secreciones vaginales podrían tener más dificultades para usar con eficacia los métodos basados en los síntomas. No se necesita ningún examen físico ni pruebas de laboratorio antes de su uso.

El éxito de los métodos basados en la observación de la fertilidad depende de la calidad de la formación que se ofrezca a la persona y su determinación para usar el método con éxito. La capacitación debe durar hasta que la pareja pueda utilizarlo con confianza, por lo que se pueden necesitar varias visitas. En las instrucciones se deben incluir datos elementales sobre fisiología reproductiva, haciendo hincapié en los cambios que se producen durante el ciclo menstrual, cuándo se producen, y la relación entre ellos; cómo utilizar la técnica seleccionada para identificar el periodo fértil; e información sobre el momento óptimo para mantener relaciones sexuales.

Ofrezca PAE por anticipado a todas las personas que utilicen los métodos basados en la observación de la fertilidad, si se desea, y ofrecer preservativos a todas las que necesiten protección frente a las ITS, VIH incluido. Cree un plan con cada persona para devolver los productos adicionales cuando sea necesario.

#### 7.2.2.1 Métodos basados en el calendario

##### *Métodos de los días estándar*

El método de los días estándar funciona mejor para personas que tengan un ciclo menstrual regular que dura entre 26 y 32 días. Si la persona ha tenido más de dos ciclos más largos o más cortos de lo habitual, el método será menos eficaz.

1. Cada persona debe hacer un seguimiento de su ciclo menstrual. El primer día de sangrado es el día 1.
2. Los días 8 a 19 de cada ciclo se consideran días fértiles. Durante estos días la pareja evita el sexo vaginal o utiliza otro método anticonceptivo, como los preservativos, un diafragma o espermicida, o el coito interrumpido.
3. La pareja puede tener sexo sin protección de los días 1 a 7 y desde el día 20 hasta que comience el sangrado de la próxima menstruación.
4. Ayudas para la memoria, como marcar los días en un calendario o utilizar CycleBeads (consultar la [figura 1: \*Cómo utilizar CycleBeads\*](#) en la próxima página) podrían resultar útiles.

##### *Método del ritmo del calendario*

Antes de fiarse del método del ritmo del calendario, la persona debe anotar el número de días de cada ciclo menstrual durante al menos 6 meses. El primer día del sangrado menstrual es el día 1.

1. La persona debe sustraer 18 de la duración del ciclo más corto que se haya anotado. Este se calcula que es el primer día del periodo fértil.
2. A continuación, se sustrae 11 de la duración del ciclo más largo que se haya anotado. Este se calcula que es el último día del periodo fértil.
3. Durante el periodo fértil, la pareja evita el sexo vaginal o utiliza otro método anticonceptivo, como preservativos, un diafragma con espermicida o el coito interrumpido.
4. La persona actualiza estos cálculos cada mes, utilizando siempre los últimos seis ciclos (consultar el [recuadro 11](#)).

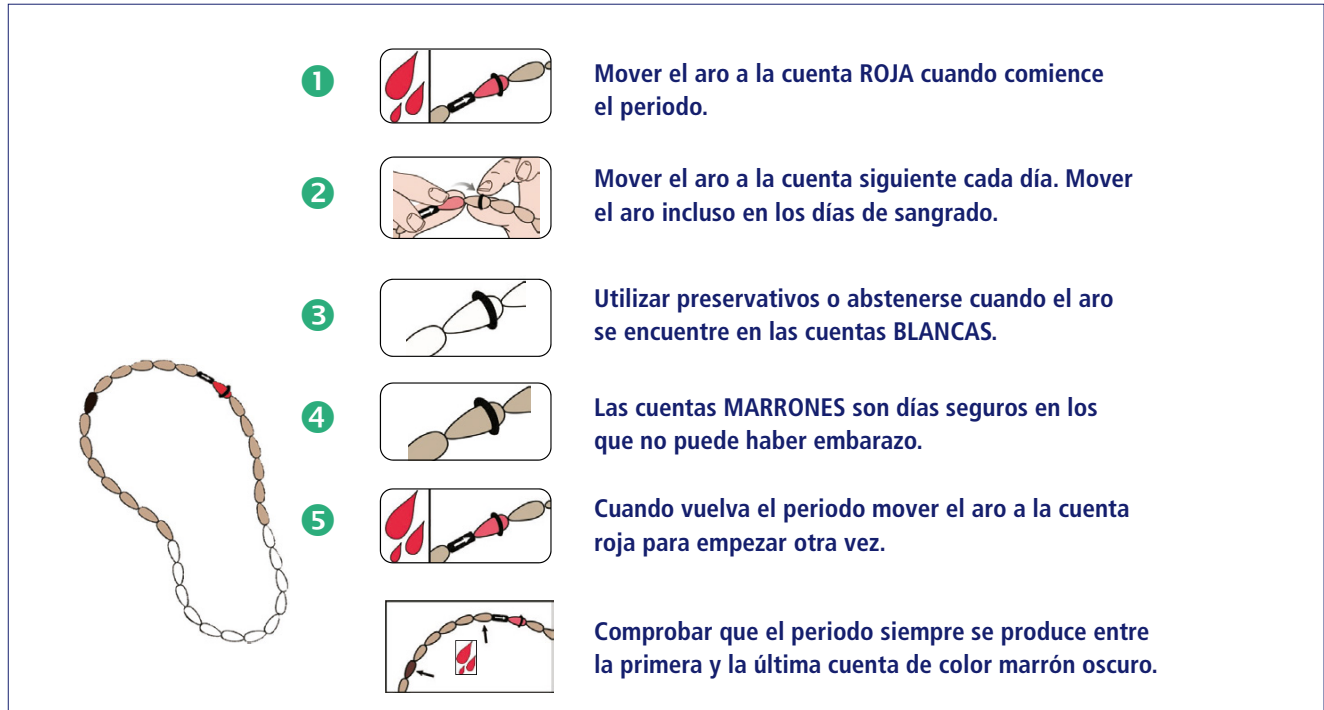
#### **RECUADRO 11: Ejemplo de cálculos para el método del ritmo del calendario.**

**Duración de los seis últimos ciclos menstruales de una persona:** 28, 26, 29, 27, 29, 28 días

**Primer día del periodo fértil =**  
ciclo más corto – 18 días = 26 – 18 = día 8

**Último día del periodo fértil =**  
ciclo más largo – 11 días = 29 – 11 = día 18

FIGURA 1: Cómo utilizar CycleBeads



Fuente: reproducido/traducido con permiso de la OMS [6].

### 7.2.2.2 Métodos basados en los síntomas

#### Método de los dos días

Si una persona tiene una infección vaginal u otra enfermedad que produzca cambios en el moco cervical, podría ser difícil utilizar el método de los dos días.

1. La persona debe comprobar si hay secreciones cervicales todas las tardes o noches, en los dedos, la ropa interior, el papel higiénico o según la sensación que se sienta en la zona de la vagina.
2. La pareja debe evitar el sexo vaginal o utilizar otro método anticonceptivo, como preservativos, un diafragma con espermicida o el coito interrumpido en cada día que haya secreciones y en cada día posterior a un día con secreciones.
3. La pareja puede mantener relaciones sexuales vaginales sin protección después de que la persona no haya tenido secreciones cervicales durante dos días seguidos.

#### Método del moco cervical (ovulación)

Si una persona tiene una infección vaginal u otra enfermedad que produzca cambios en el moco cervical, podría ser difícil utilizar el método del moco cervical (ovulación).

1. La persona debe comprobar si hay secreciones cervicales todas las tardes o noches, en los dedos, la ropa interior, el papel higiénico o según la sensación que se sienta en la zona de la vagina.
2. Durante los días que tenga un sangrado menstrual abundante, y sea difícil observar el moco cervical, la persona debe evitar mantener relaciones sexuales vaginales sin protección.
3. Tras el sangrado menstrual, la persona deberá tener varios días «secos» antes de que comiencen las secreciones cervicales. Durante ese tiempo, la pareja puede tener sexo vaginal sin protección. Se recomienda que la pareja mantenga relaciones sexuales por las noches, después de que la persona haya estado de pie durante varias horas y haya podido comprobar la presencia de secreciones cervicales. Para permitir que desaparezca el semen y para poder observar el moco cervical, la pareja no debe tener sexo vaginal durante dos días seguidos.

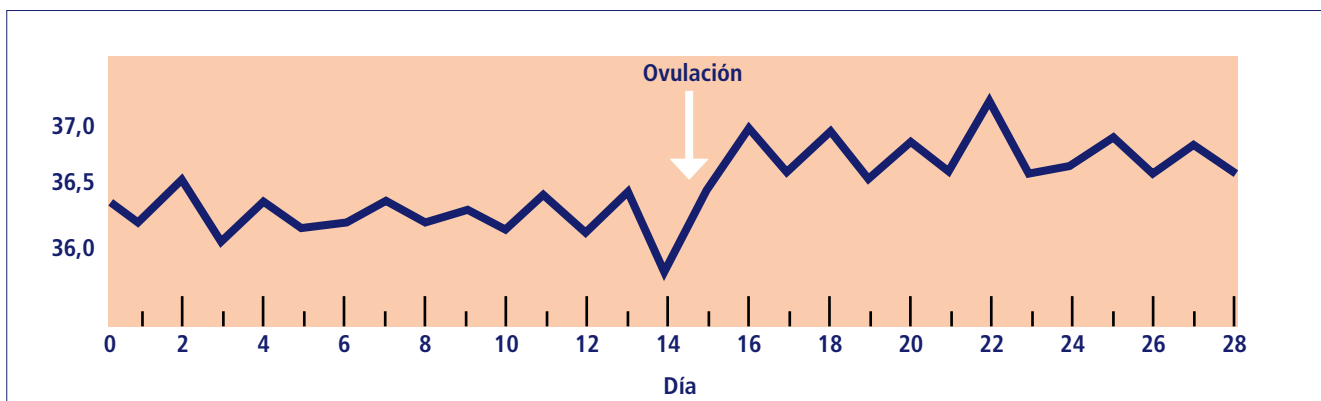
4. En cuanto la persona note secreciones cervicales, pueden considerarse fértiles y la pareja debe evitar mantener relaciones sexuales vaginales sin protección.
5. La persona debe continuar comprobando las secreciones cervicales todos los días. El moco cambiará de espeso, pegajoso, lechoso e inelástico a resbaladizo, fino, blanco, transparente y sumamente elástico. Podría parecerse a la clara de huevo. Este tipo de moco indica fertilidad, y el último día de secreciones elásticas, resbaladizas y finas se denomina el «día de moco máximo». La persona puede comprobar la elasticidad del moco abriendo el papel higiénico o los dedos en los que se haya recogido el moco. Si los hilos de moco se estiran fácilmente entre las capas del papel higiénico o los dedos sin romperse, el moco es muy elástico.
6. Tras el día de moco máximo, este repentinamente se volverá pegajoso o seco. La persona debe considerarse fértil durante 3 días después del día de moco máximo.
7. La pareja puede reiniciar el sexo vaginal sin protección en el cuarto día después del día de moco máximo, y continuar hasta que comience la menstruación.
8. Es posible que la persona desee hacer un seguimiento de su moco en una gráfica o calendario, ya que el día de moco máximo solamente puede identificarse de forma retrospectiva.

#### Método de la temperatura corporal basal

Si la persona presenta fiebre u otros cambios en la temperatura corporal, podría ser difícil utilizar el método de la temperatura corporal basal. Tras la ovulación, la temperatura corporal aumenta entre 0,2 y 0,5 °C (0,4 – 1,0 °F) y seguirá alta hasta la próxima menstruación. Al medir y registrar la temperatura, una persona puede determinar cuando está ovulando y evitar el sexo vaginal sin protección durante ese tiempo.

1. La persona se toma la temperatura todas las mañanas antes de salir de la cama, de comer o beber nada. Lo ideal es tomar la temperatura a la misma hora todos los días. La persona debe utilizar un termómetro para la ovulación que posee una escala ampliada entre 35 y 39 °C (96–100 °F), lo que permite visualizar el ligero aumento esperado de la temperatura. Si no se dispone de un termómetro de ovulación, se puede utilizar un termómetro clínico, que posee una escala más amplia. La persona debe registrar su temperatura en una gráfica especial.
2. La persona observa una elevación de la temperatura de 0,2 a 0,5 °C (0,4 – 1,0 °F), lo que indica que se ha producido la ovulación (consultar la *figura 2: Ejemplo de gráfica para la temperatura corporal basal*).
3. La pareja debe evitar tener sexo vaginal sin protección desde el día 1 del sangrado menstrual hasta 3 días después de que la temperatura de la persona se haya elevado por encima de su temperatura habitual.
4. La pareja puede tener sexo vaginal sin protección el cuarto día después de la subida de temperatura de la persona y hasta que comience su próxima menstruación.

**FIGURA 2: Ejemplo de gráfica para la temperatura corporal basal**



Fuente: reproducido/traducido de la OMS [3]: Family Planning: A Global Handbook for Providers. Ginebra: OMS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

### Métodos sintotérmico

Los usuarios identifican sus días fértiles y no fértiles combinando el método del moco cervical (ovulación) y el método de la temperatura corporal basal. La persona puede incorporar también otros síntomas de la ovulación, como sensibilidad en los pechos o calambres en la parte inferior del abdomen, relacionados con la ovulación para identificar los días fértiles. La pareja evita mantener relaciones sexuales vaginales sin protección entre el primer día de sangrado menstrual y, o bien el cuarto día después de las máximas secreciones cervicales, o bien el tercer día completo después de la subida de la temperatura corporal basal, lo que ocurra más tarde. A la persona le puede resultar útil registrar en una gráfica las secreciones cervicales y la temperatura corporal basal para hacer un seguimiento de estos síntomas.

### 7.2.3 Seguimiento

En cuanto la persona haya aprendido la técnica del método basado en la observación de la fertilidad que elija, no existe ningún programa estándar para su seguimiento. Se debe aconsejar a la persona que vuelva en cualquier momento para plantear preguntas, hablar sobre sus inquietudes o cambiar a un método distinto o si necesita productos adicionales como preservativos o PAE. Las personas con enfermedades específicas podrían beneficiarse de un seguimiento más frecuente. Consultar el [apartado 2.3: Consejería para personas usuarias que regresan](#) a fin de obtener más información sobre las visitas de seguimiento de las personas usuarias que utilizan anticonceptivos.

## 7.3 Método de retiro (coitus interruptus)

### 7.3.1 Consejería para las personas usuarias: Método de retiro o coito interrumpido (coitus interruptus)

#### ¿Qué es?

- Retirada del pene de la vagina justo antes de la eyaculación, que se produce fuera de la vagina.
- También se conoce como coito interrumpido (coitus interruptus) o retiro.

#### ¿Cómo funciona?

- Impide la fertilización.

#### ¿Cuál es su efectividad?

- El coito interrumpido es un método menos eficaz (consultar el [apéndice 2](#)).
- Tasa de fallos: del 4 por ciento (uso perfecto) al 20 por ciento (uso habitual).

**Beneficios no anticonceptivos:** Ninguno.

#### Ventajas:

- Siempre disponible en cualquier situación.
- No se necesita ningún suministro, ni visitas al centro de salud ni a la farmacia.

#### Desventajas:

- No protege frente a las ITS, VIH incluido.

**Efectos secundarios:** Ninguno.

**Riesgos:** Ninguno.

**Retorno de la fertilidad:** Sin retrasos.

#### Refutar mitos:

- Puede ser un método eficaz si se usa correctamente.

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

### 7.3.2 Uso seguro y eficaz del coito interrumpido

Todo el mundo puede utilizar el coito interrumpido y no hay ninguna medicación que impida su uso. No se necesita ningún examen físico ni pruebas de laboratorio antes de usar este método. Ofrezca preservativos y PAE por anticipado a todas las personas que usan el coito interrumpido. Cree un plan con cada persona para devolver los productos adicionales cuando sea necesario.

#### 7.3.2.1 Instrucciones para las personas usuarias

- Cuando una persona sienta que está a punto de eyacular, debe extraer el pene de la vagina de su pareja y eyacular lejos de sus órganos genitales.
- Si una persona acaba de eyacular, antes de volver a mantener relaciones sexuales debe orinar y limpiarse la punta del pene para eliminar cualquier resto de semen.
- Aprender a utilizar el método de coito interrumpido de forma eficaz puede llevar tiempo y es posible que la pareja desee utilizar otro método hasta que la persona tenga la confianza de poder retirarse a tiempo cada vez que mantienen relaciones sexuales.

## 8. Anticoncepción de emergencia

### 8.1 Consejería para las personas usuarias: Píldoras anticonceptivas y dispositivos intrauterinos para anticoncepción de emergencia\*

#### ¿Qué es?

- Se pueden utilizar anticonceptivos para evitar el embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección.
- Pueden utilizarse hasta 120 horas (5 días) después de tener sexo vaginal sin protección.
- Existen varias opciones disponibles:
  - Píldora anticonceptiva de emergencia con acetato de ulipristal (PAE-AUP): 30 mg como dosis única.
  - Píldora anticonceptiva de emergencia con levonorgestrel (PAE-LNG): 1,5 mg como dosis única.
  - Píldora anticonceptiva de emergencia de anticonceptivos orales combinados (PAE-AOC, método de Yuzpe): dos dosis de 100 µg de etinilestradiol + 0,5 mg de LNG que se toman con un intervalo de 12 horas.
  - El DIU de cobre o el DIU de LNG de 52 mg para anticoncepción de emergencia (DIU-AE).

#### ¿Cómo funciona?

- Espesa el moco cervical o daña los espermatozoides para impedir la fertilización.
- PAE: impiden o retrasan la ovulación.

#### ¿Cuál es su efectividad?

- Si 100 personas mantuviesen relaciones sexuales sin protección una vez durante la segunda o tercera semana de su ciclo menstrual, habría 8 embarazos.
  - Si esas 100 personas tomaran PAE-AUP: <1 tendría un embarazo
  - Si esas 100 personas tomaran PAE-LNG: 1 tendría un embarazo
  - Si esas 100 personas tomaran PAE-AOC: 2 tendrían un embarazo
  - Si esas 100 personas utilizaran DIU-AE: <1 tendría un embarazo
- Las PAE funcionan mejor si se toman lo antes posible después de las relaciones sexuales vaginales sin protección.
- Las PAE pueden ser menos eficaces para personas con un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>
- PAE-AUP y DIU-AE son más eficaces que otras PAE entre las 72 y 120 horas después de mantener relaciones sexuales sin protección.

#### Beneficios no anticonceptivos:

- PAE: Ninguno.
- DIU-AE: Consultar el [apartado 3.2: Anticonceptivos intrauterinos](#).

---

### Ventajas:

- Pueden ser utilizados con seguridad por todas las personas usuarias, incluidas la que no pueden utilizar anticonceptivos hormonales de forma continuada.
- Pueden utilizarse después de relaciones sexuales forzadas o bajo coacción.
- Las PAE pueden tenerse a mano para utilizarlas si fuera necesario.
- El DIU-AE ofrece prevención del embarazo continua y muy eficaz después de su colocación.

---

### Desventajas:

- Las PAE son menos eficaces que el uso de un método anticonceptivo regular.
- Las PAE no ofrecen protección tras un acto sexual que se produzca después de tomar las píldoras.

---

### Efectos secundarios:

- PAE:
  - Sangrado irregular.
  - Siguiendo menstruación antes o después de lo esperado.
  - Náuseas/vómitos.
  - Dolor abdominal.
  - Fatiga.
  - Cefaleas.
  - Mastodinia.
  - Mareos.
- DIU-AE: Consultar el [apartado 3.2: Anticonceptivos intrauterinos](#).

---

### Riesgos:

- PAE: Ninguno.
- DIU-AE: Consultar el [apartado 3.2: Anticonceptivos intrauterinos](#).

---

### Retorno de la fertilidad: Sin retrasos.

---

### Refutar mitos:

- No interrumpe un embarazo ya existente; no es abortivo.
- Puede ser utilizado por personas de cualquier edad.
- No causa defectos congénitos.
- PAE: Pueden utilizarse más de una vez en un mismo ciclo menstrual.

---

\* Los DIU son un método anticonceptivo muy eficaz y se debería hablar de ellos con cualquier persona que los necesite. En esta sección se incluye información limitada sobre el uso de los DIU como anticoncepción de emergencia con fines de consejería. Consultar el [apartado 3.2: Anticonceptivos intrauterinos](#) para ver información completa sobre este método.

---

Fuente: Adaptado de OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

## 8.1.2 Uso seguro y eficaz de las píldoras para anticoncepción de emergencia (PAE)

Cualquier persona puede utilizar las PAE de forma segura, incluidas aquellas personas que no pueden utilizar anticonceptivos hormonales de forma continuada. Aunque su uso es seguro, la eficacia de las PAE podría verse reducida para personas que tomen ciertos anticonvulsivos (fenitoína, fenobarbital, fosfenitoína, oxcarbazepina, topiramato), efavirenz, griseofulvina, rifampicina o rifabutina. La persona no debe amamantar

durante 24 horas después de utilizar PAE-AUP y debe extraer y tirar la leche durante ese periodo [36,37]. No se recomienda PAE-AUP para personas con asma grave controlado con corticoesteroides por vía oral.

La persona puede utilizar las PAE varias veces durante un mismo ciclo menstrual. Si ya se ha tomado PAE-AUP en el actual ciclo, no se debe tomar PAE-LNG durante los próximos 5 días. Si ya se ha tomado PAE-LNG, PAE-AUP podría ser menos eficaz si se utiliza durante los próximos 7 días.

La persona puede comenzar o seguir con un método anticonceptivo regular después de utilizar PAE si así lo desea (consultar el *recuadro 12*). Si una persona quiere utilizar un DIU, debería plantearse utilizarlo en lugar de las PAE como anticoncepción de emergencia. Tanto el DIU de cobre como el DIU-LNG de 52 mg pueden utilizarse como anticoncepción de emergencia, ambos son más eficaces que las PAE para impedir el embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección, y constituyen un método anticonceptivo constante y muy eficaz (consultar el *apartado 3.2: Anticonceptivos intrauterinos* para obtener más información).

No se necesita ningún examen físico ni pruebas de laboratorio antes de utilizar las PAE, aunque se puede ofrecer a la persona pruebas de detección de ITS y también podría resultar beneficiosa una profilaxis postexposición frente al VIH, según las circunstancias de las relaciones sexuales sin protección.

Ofrezca PAE por anticipado a las personas que las quieran. Ofrecer un suministro anticipado de PAE no afecta a los patrones de uso de los anticonceptivos, y es más probable que una persona utilice las PAE después de mantener relaciones sexuales sin protección si dispone de ellas. Dé suficientes preservativos a todas las personas usuarias que necesiten protección frente a ITS, VIH incluido. Cree un plan con cada persona para devolver los productos adicionales cuando sea necesario.

#### 8.1.2.1 Instrucciones para las personas usuarias

- Las PAE deben tomarse en cuanto sea posible.
- Las PAE no ofrecen protección para actos sexuales que se realizan más de 24 horas después de haberse tomado. Si esa persona vuelve a mantener relaciones sexuales sin protección, puede volver a tomar PAE.
- Facilite las instrucciones sobre el uso de un método anticonceptivo de forma regular si esa persona decide comenzar uno después de utilizar las PAE.
- La persona debe regresar para hacerse una prueba de embarazo, o se le debe aconsejar que se haga una, si la próxima menstruación se retrasa más de 7 días.

#### 8.1.3 Seguimiento

No es necesario realizar una visita de seguimiento sistemático después de tomar PAE, aunque la persona puede querer regresar para hacerse una prueba de embarazo, especialmente si su menstruación se retrasa más de 7 días. Las personas que comiencen a usar un nuevo método anticonceptivo cuando utilicen las PAE, también podrían beneficiarse de una visita de seguimiento, según el método elegido. Se debe animar a todas las personas usuarias a volver en cualquier momento para plantear preguntas, hablar sobre sus efectos secundarios u otras inquietudes, o para comenzar a usar un método anticonceptivo de forma regular.

### RECUADRO 12: Iniciar o reiniciar los anticonceptivos después de utilizar píldoras anticonceptivas de emergencia

	Después de PAE-LNG o PAE-AOC	Después de PAE-AUP
Todos los métodos hormonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comenzar inmediatamente después del uso de PAE.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas que utilizan AOC: continuar con el mismo paquete.</li> <li>• Personas que utilizan un parche: comenzar con un nuevo parche.</li> <li>• Personas que utilizan un anillo: seguir las instrucciones para la colocación retrasada de un anillo.</li> <li>• Los inyectables pueden administrarse el mismo día.</li> </ul> </li> <li>• Utilizar un método de respaldo durante 7 días.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comenzar el sexto día después del uso de PAE-AUP.</li> <li>• Utilizar un método de respaldo desde el momento del uso de PAE-AUP hasta que la persona haya utilizado el nuevo método durante 7 días (2 días para las PPS).</li> </ul>
Métodos basados en la observación de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos basados en el calendario: con el comienzo de la siguiente menstruación.</li> <li>• Métodos basados en los síntomas: cuando se reinicien las secreciones normales.</li> </ul>	

### 8.1.4 Efectos secundarios

- El sangrado vaginal después de tomar PAE es algo habitual y desaparecerá sin tratamiento. La fecha de la menstruación podría cambiar debido a esta medicación; esto no es un indicio ni de enfermedad ni de embarazo.
- Las náuseas son más habituales con las PAE-AOC, pero también pueden presentarse con las PAE-LNG y las PAE-AUP. No se recomienda el uso sistemático de medicamentos antieméticos; sin embargo, las personas que hayan experimentado anteriormente náuseas con las PAE pueden tomar entre 25 y 50 mg de clorhidrato de meclizina 1 hora antes de tomar las PAE.
- Si el vómito tiene lugar en un plazo de 2 horas después de haber tomado PAE-LNG o PAE-AOC, o en un plazo de 3 horas después de haber tomado PAE-AUP, la persona debe tomar otra dosis del medicamento. Se pueden tomar antieméticos con esta dosis repetida (ver anteriormente). Las PAE-LNG y PAE-AOC también pueden tomarse colocando las píldoras en la parte superior de la vagina. Si el vómito tiene lugar después de 2 o 3 horas de haber tomado los medicamentos, no es necesario repetir la dosis.

## 9. Innovaciones digitales para el acceso a los anticonceptivos

La OMS es consciente de que los servicios de salud sexual y reproductiva se ven rápidamente desestabilizados cuando los sistemas de salud se encuentran bajo presión, por eso ha pedido a los países que prioricen el acceso a los anticonceptivos entre el resto de servicios de salud sexual y reproductiva, como parte de su respuesta ante la COVID-19 [38]. La prestación de servicios digitales de salud es una estrategia perfecta para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva tanto a corto como a largo plazo. Se recomiendan muchas estrategias para ofrecer un acceso puntual a los anticonceptivos a la vez que se reducen al mínimo los riesgos relacionados con la COVID-19. La ejecución de tales estrategias más allá de la pandemia tiene el potencial de tener un efecto positivo sobre la salud sexual y reproductiva, incluso después de que pase la crisis actual [39,40]:

- Selección para determinar si se necesita una visita en persona.
- Uso de la telemedicina para consejería sobre métodos anticonceptivos, cómo empezar a usarlos y su mantenimiento.
- Todos los métodos reversibles pueden iniciarse sin una visita.
- Las visitas en persona son necesarias para ciertos anticonceptivos, por ejemplo:
  - Colocación o extracción de DIU o implantes.
  - Sospecha de expulsión del DIU.
  - Implante anticonceptivo no palpable.
  - Síntomas que podrían indicar embarazo ectópico.
  - Síntomas que podrían indicar un evento adverso relacionado con el método anticonceptivo, como trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.



## 10. Referencias

- [1] Organización Mundial de la Salud. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: Orientaciones y recomendaciones. Ginebra: OMS; 2014.
- [2] Federación Internacional de Planificación Familiar. Underserved and Overlooked: Prioritizing Contraceptive Equity for the Poorest and Most Marginalized Women and Girls. Londres: IPPF; 2017.
- [3] Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud (WHO/RHR) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Program (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (actualización de 2018). Baltimore y Ginebra: CCP y OMS; 2018. Disponible en: <https://fp handbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf>. Consultado el 20 de abril de 2022.
- [4] Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 5.ª edición. Ginebra: OMS; 2015.
- [5] Cason P, Aiken ARA. Engaging with Unintended Pregnancy Through Patient-Centered Reproductive Goals and Contraceptive Counseling. En: Hatcher RA, Nelson AL, Trussell J, Cwiak C, Cason P, Policar MS, Edelman A, Aiken ARA, Marrazzo J, Kowal D. Contraceptive Technology. 21.ª ed. Nueva York: Ayer Company Publishers, Inc.; 2018.
- [6] Organización Mundial de la Salud. Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44885>. Consultado el 20 de abril de 2022.
- [7] Gavin L, Moskosky S, Carter M, et al. Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the US Office of Population Affairs. *MMWR Recomm Rep* 2014;63(RR04):1–54.
- [8] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva. Nueva York: Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; 2016.
- [9] Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Ginebra: OMS; 2018.
- [10] Chandra-Mouli V, Parameshwar PS, Parry M, et al. A never-before opportunity to strengthen investment and action of adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reprod Health* 2017;14(1):85.
- [11] Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición. Ginebra: OMS; 2016.
- [12] Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra: OMS; 2011.
- [13] Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Resolución adoptada por la Asamblea General 13 de diciembre de 2006. Nueva York: ONU; 2006.
- [14] Ipas. Access for Everybody: Disability inclusion in abortion and contraceptive care. Chapel Hill: Ipas; 2018.
- [15] Ali M, Akin A, Bahamondes L, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Human Reprod.* 2016;31(11):2491–2498.
- [16] McNichols C, Swor E, Wan L, Peipert J. Prolonged use of the etonogestrel implant and the levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216(6):586.e1–586.e6.
- [17] Rowe P, Farley T, Peregoudov A, et al. Safety and efficacy in parous women of a 52-mg levonorgestrel medicated intrauterine device: A 7-year randomized controlled study with the TCu380A. *Contraception* 2016;93(6):498–506.
- [18] Spotnitz ME, Natarajan K, Ryan PB, Westhoff CL. Relative Risk of Cervical Neoplasms Among Copper and Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System Users. *Obstet Gynecol.* 2020;135(2):319–327.
- [19] Turok DK, Gero A, Simmons RG, et al. Levonorgestrel vs. copper intrauterine devices for emergency contraception. *New Engl J Med.* 2021;384:335–344.
- [20] Fay KE, Clement AC, Gero A, et al. Rates of pregnancy among levonorgestrel and copper intrauterine emergency contraceptive initiators: Implications for backup contraception recommendations. *Contraception* 2021;104(5):561–566.
- [21] BakenRa A, Gero A, Sanders J, Simmons R, Fay K, Turok D. Pregnancy risk by frequency and timing of unprotected intercourse before intrauterine device placement for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2021;138(1):79–84.
- [22] Boraas CM, Sanders JN, Schwarz EB, Thompson I, Turok DK. Risk of pregnancy with levonorgestrel-releasing intrauterine system placement 6–14 days after unprotected intercourse. *Obstet Gynecol* 2021;137(4):623–625.

- [23] Thompson I, Sanders JN, Schwarz EB, Boraas C, Turok DK. Copper intrauterine device placement 6–14 days after unprotected sex. *Contraception* 2019;100(3):219–221.
- [24] Jatlaoui TC, Simmons KB, Curtis KM. The safety of intrauterine contraception initiation among women with current asymptomatic cervical infections or at increased risk of sexually transmitted infections. *Contraception* 2016;94(6):701–712.
- [25] Mody SK, Farala JP, Jimenez B, Nishikawa M, Ngo LL. Paracervical block for intrauterine device placement among nulliparous women: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2018;132(3):575–582.
- [26] Akers AY, Steinway C, Sonalkar S, et al. Reducing pain during intrauterine device insertion: a randomized controlled trial in adolescents and young women. *Obstet Gynecol* 2017;130(4):795–802.
- [27] Facultad de salud sexual y reproductiva del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. FSRH Statement: Pain associated with insertion of intrauterine contraception – Junio de 2021. Londres: FSRH; 2021.
- [28] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Female Sterilization (Consent Advice No. 3). Londres: RCOG; 2016.
- [29] Facultad de salud sexual y reproductiva del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception. Londres: FSRH; 2019 (Modificado en 2020).
- [30] Jackson E, Curtis KM, Gaffield ME. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):691–703.
- [31] Roach REJ, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(8):CD011054.
- [32] de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(3):CD010813.
- [33] Organización Mundial de la Salud. Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Ginebra: OMS; 2019.
- [34] Facultad de salud sexual y reproductiva del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Progestogen-only injectable contraception. Londres: FSRH; 2014 (Modificado en 2020).
- [35] Organización Mundial de la Salud. WHO Recommendations on self-care interventions: Self-administration of injectable contraception. Ginebra: OMS; 2020.
- [36] Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(4):1–66.
- [37] Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, Simmons KB, Pagano HP, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1–103.
- [38] Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025 Ginebra: OMS; 2021.
- [39] Benson LS, Madden T, Tarleton J, Micks EA. Society of Family Planning interim clinical recommendations: Contraceptive provision when healthcare access is restricted due to pandemic response – Actualizado en 2021. Society of Family Planning 2021.
- [40] Chattu VK, Lopes CA, Javed S, Yaya S. Fulfilling the promise of digital health interventions (DHI) to promote women's sexual, reproductive and mental health in the aftermath of COVID-19. *Reproductive Health* 2021;18(1):112.

## 11. Apéndices

### Apéndice 1: Requisitos médicos para el uso de dispositivos intrauterinos, métodos hormonales y esterilización

Estos cuadros resumen ofrecen orientación actualizada sobre la seguridad de los distintos métodos anticonceptivos para su uso en el contexto de trastornos y características concretas. La mayor parte de la información que se presenta en los cuadros siguientes se ha extraído del documento *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (CME) de la OMS, publicado en 2015 [1]. En algunos casos, las recomendaciones que aquí se incluyen se basan en datos publicados desde la última actualización de los CME de la OMS y se han citado las fuentes de dichas recomendaciones.

Los métodos anticonceptivos se han clasificado en una de cuatro categorías numeradas para cada trastorno o característica con relevancia médica, lo que sirve de orientación para que el personal pueda asesorar sobre los métodos anticonceptivos, así como iniciar y continuar su uso seguro (consultar el *recuadro 1: Categorías de CME para métodos anticonceptivos*). El objetivo de estas recomendaciones es eliminar obstáculos innecesarios para que las personas puedan acceder y utilizar anticonceptivos.

#### RECUADRO 1: Categorías de CME para métodos anticonceptivos

##### Categorías para los dispositivos intrauterinos y los métodos hormonales

- 1 Un trastorno para el que no existe ninguna restricción en el uso del método anticonceptivo.
- 2 Un trastorno en el que las ventajas de usar el método superan los riesgos teóricos o demostrados.
- 3 Un trastorno en el que los riesgos teóricos o demostrados suelen superar las ventajas de usar el método.
- 4 Un trastorno que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método.

##### Categorías para la esterilización

- A Aceptable: La intervención puede realizarse con normalidad en un entorno habitual.
- P Precaución: La intervención puede realizarse con normalidad en un entorno habitual, pero con preparación y precauciones adicionales.
- R Retrasar: La intervención debería retrasarse hasta que el trastorno o rectifique.
- E Especial: La intervención debería realizarse en un entorno con un cirujano y personal experimentado, se necesita equipo para anestesia general y asistencia médica de apoyo.

Referencia

[1] Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2015.

Cuadro RESUMEN: CEM para dispositivos intrauterinos, métodos hormonales y esterilización femenina						
	DIU de cobre	DIU-LNG	AHC	AIP	Implante de progestágeno solo	Esterilización femenina
<b>Edad</b>	<20: 2 ≥20: 1	<20: 2 ≥20: 1	<40: 1 ≥40: 2	<18: 2 18–45: 1 >45: 2	Cualquier edad: 1	Edad joven: P
<b>Número de partos</b>						
Nulípara	2	2	1	1	1	A
Personas que parieron	1	1	1	1	1	A
<b>Lactancia (amamantamiento)</b>						
<6 semanas desde el parto	<4 semanas: 2* 4–6 semanas: 1	<4 semanas: 2* 4–6 semanas: 1	4	2*/3 <sup>+</sup>	2	<7 días: A 7–42 días: R
≥6 semanas a <6 meses	1	1	3	1	1	A
≥6 meses	1	1	2	1	1	A
<b>Puerperio, sin lactancia (amamantamiento)</b>						
<21 días desde el parto	2	2	4 <sup>1/3</sup>	1	1	<7 días: A 7–21 días: R
≥21 días a 6 semanas	<4 semanas: 2 4–6 semanas: 1	<4 semanas: 2* 4–6 semanas: 1	3 <sup>1/2</sup>	1	1	R
>6 semanas	1	1	1	1	1	A
<b>Sepsis postparto/ puerperal</b>	4	4	--	--	--	R <sup>2</sup>
<b>Después de un aborto</b>						
Primer trimestre	1	1	1	1	1	A
Segundo trimestre	2	2	1	1	1	A
Inmediatamente después de un aborto séptico	4	4	1	1	1	R <sup>3</sup>
<b>Antecedentes de embarazo ectópico</b>	1	1	1	1	Implante: 1 PPS: 2	A
<b>Antecedentes de cirugía pélvica</b>	1	1	1	1	1	--

1 La clasificación de número más alto es para aquellas personas con factores de riesgo de tromboembolia venosa (edad ≥35, antecedentes de tromboembolia venosa, trombofilia, inmovilidad, transfusión durante el parto, miocardiopatía del periparto, IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>, hemorragia puerperal, puerperio de cesárea, preeclampsia, tabaquismo).

2 Para personas que experimentan trastornos perinatales graves (preeclampsia grave, ruptura prolongada de las membranas (≥24 horas), hemorragia prenatal o puerperal, traumatismo grave del aparato genital): R. Para personas que experimentan ruptura o perforación uterinas: E.

3 Para personas que experimentan trastornos graves durante el periparto (hemorragia postaborto grave, traumatismo grave del aparato genital, hematometra aguda): R. Para personas que experimentan perforación uterina: E.

	DIU de cobre	DIU-LNG	AHC	AIP	Implante de progestágeno solo	Esterilización femenina
<b>Tabaquismo</b>						
Edad <35 años	1	1	2	1	1	A
Edad ≥35 años, <15 cigarrillos/d	1	1	3 (AIC: 2)	1	1	A
Edad ≥35 años, ≥15 cigarrillos/d	1	1	4 (AIC: 3)	1	1	A
<b>Obesidad (IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>)</b>	1	1	2	2 <sup>4</sup> /1	1	P
<b>Múltiples factores de riesgo cardiovascular<sup>5</sup></b>	1	2	3/4	3	2	E
<b>Hipertensión</b>						
Antecedentes de hipertensión; imposibilidad de tomar la tensión arterial	1	2	3	2	2	--
Hipertensión adecuadamente controlada	1	1	3	2	1	P
Sistólica 140–159 o diastólica 90–99 mm Hg	1	1	3	2	1	P
Sistólica ≥160 o diastólica ≥100 mm Hg	1	2	4	3	2	E
Vasculopatía	1	2	4	3	2	E
<b>Antecedentes de hipertensión durante el embarazo; tensión arterial normal en la actualidad</b>	1	1	2	1	1	A
<b>Trombosis venosa profunda (TVP)/ embolia pulmonar (EP)</b>						
Antecedentes de trombosis venosa profunda/ embolia pulmonar	1	2	4	2	2	A
Trombosis venosa profunda/ embolia pulmonar aguda	1+2*	2*	4	2*/3+	2*/3+	R
Trombosis venosa profunda/ embolia pulmonar y con tratamiento anticoagulante consolidado	1	2	4	2	2	E
Antecedentes familiares de trombosis venosa profunda/ embolia pulmonar	1	1	2	1	1	A

4 La clasificación de número más alto es para personas menores de 18 años.

5 Factores de riesgo cardiovascular: mayor edad, tabaquismo, diabetes, hipertensión, dislipidemia conocida.

	DIU de cobre	DIU-LNG	AHC	AIP	Implante de progestágeno solo	Esterilización femenina
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	1	2	4	2	2	R
Cirugía mayor sin inmovilización prolongada	1	1	2	1	1	A
Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	A
<b>Mutaciones trombogénicas conocidas<sup>6</sup></b>	1	2	4	2	2	A
<b>Venas varicosas</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Trombosis venosa superficial</b>	1	1	2	1	1	A
<b>Cardiopatía isquémica actual y antecedentes</b>	1	Comenzar: 2 Continuar: 3	4	3	Comenzar: 2 Continuar: 3	Actual: R Antecedentes: P
<b>Ictus</b>	1	2	4	3	Comenzar: 2 Continuar: 3	P
<b>Dislipidemia conocida</b>	1	2	2	2	2	A
<b>Valvulopatía, sin complicaciones</b>	1	1	2	1	1	P
<b>Valvulopatía, con complicaciones<sup>7</sup></b>	2	2	4	1	1	E
<b>Lupus eritematoso sistémico</b>						
Anticuerpos antifosfolípidos desconocidos/positivos	1	3	4	3	3	E
Trombocitopenia grave	Comenzar: 3 Continuar: 2	2	2	Comenzar: 3 Continuar: 2	2	E
Con tratamiento inmunodepresor	Comenzar: 2 Continuar: 1	2	2	2	2	E
Nada de lo anterior	1	2	2	2	2	P

6 Mutaciones trombogénicas: Mutaciones del factor V de Leiden o la protrombina; deficiencias de proteína C, proteína S o antitrombina.

7 Valvulopatía con complicaciones: con hipertensión pulmonar concomitante, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda.

	DIU de cobre	DIU-LNG	AHC	AIP	Implante de progestágeno solo	Esterilización femenina
<b>Cefaleas</b>						
No migrañosas (leves o graves)	1	1	Comenzar: 1 Continuar: 2	1	1	A
Migraña sin auras, migraña menstrual	1	Comenzar: 2 Continuar: 2	Comenzar: 2 Continuar: 3 >35 años: Comenzar: 3 Continuar: 4	2	2	A
Migraña con aura	1	Comenzar: 2 Continuar: 3	4	Comenzar: 2 Continuar: 3	Comenzar: 2 Continuar: 3	A
<b>Epilepsia</b>	1	1	1	1	1	P
Uso de fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina.	1	1	3 (AIC: 2) <sup>8</sup>	AMPD: 1 EN-NET: 2 <sup>8</sup>	Implante: 2 <sup>8</sup> PPS: 3 <sup>8</sup>	--
Uso de lamotrigina	1	1	3 <sup>8</sup>	1	1	--
<b>Trastornos depresivos</b>	1	1	1	1	1	P
Uso de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina	1*	1*	1*	1*	1*	--
<b>Sangrado vaginal irregular</b>	1	1	1	2	2	A
<b>Sangrado vaginal abundante o prolongado</b>	2	Comenzar: 1 Continuar: 2	1	2	2	A
<b>Sangrado vaginal sospechoso e idiopático</b>	Comenzar: 4 Continuar: 2	Comenzar: 4 Continuar: 2	2	3	Implante: 3 PPS: 2	R
<b>Endometriosis</b>	2	1	1	1	1	E
<b>Tumores y quistes ováricos benignos</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Dismenorrea grave</b>	2	1	1	1	1	A
<b>Enfermedad trofoblástica gestacional</b>	3/4 <sup>9</sup>	3/4 <sup>9</sup>	1	1	1	A/R <sup>9</sup>
<b>Ectropión cervical</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Neoplasia intraepitelial cervical</b>	1	2	2	2	Implante: 2 PPS: 1	A

<sup>8</sup> Aunque la interacción de ciertos anticonvulsivos con AHC, PPS, EN-NET e implantes no es perjudicial para la persona, es posible que reduzca la eficacia de estos métodos.

<sup>9</sup> Para personas con niveles de beta-HCG en disminución o no detectables: 3 (A); para personas con niveles elevados persistentes de beta-HCG/cáncer: 4 (R).

	DIU de cobre	DIU-LNG	AHC	AIP	Implante de progestágeno solo	Esterilización femenina
<b>Cáncer de cuello uterino (a la espera de tratamiento)</b>	Comenzar: 4 Continuar: 2	Comenzar: 4 Continuar: 2	2	2	Implante: 2 PPS:1	R
<b>Enfermedades mamarias</b>						
Masa sin diagnosticar	1	2	2	2	2	A
Enfermedad mamaria benigna	1	1	1	1	1	A
Antecedentes familiares de cáncer de mama	1	1	1	1	1	A
Cáncer de mama actual	1	4	4	4	4	P
Antecedentes de cáncer de mama, sin indicios de la enfermedad durante 5 años	1	3	3	3	3	A
<b>Cáncer de endometrio</b>	Comenzar: 4 Continuar: 2	Comenzar: 4 Continuar: 2	1	1	1	R
<b>Cáncer de ovario</b>	Comenzar: 3 Continuar: 2	Comenzar: 3 Continuar: 2	1	1	1	R
<b>Miomas uterinos sin deformación de la cavidad uterina</b>	1	1	1	1	1	P
<b>Miomas uterinos con deformación de la cavidad uterina</b>	4	4	1	1	1	P
<b>Enfermedad inflamatoria pélvica</b>						
Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica con posterior embarazo	1	1	1	1	1	A
Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica sin posterior embarazo	2	2	1	1	1	P
Enfermedad inflamatoria pélvica actual	Comenzar: 4 Continuar: 2	Comenzar: 4 Continuar: 2	1	1	1	R



	DIU de cobre	DIU-LNG	AHC	AIP	Implante de progestágeno solo	Esterilización femenina
<b>Infecciones de transmisión sexual</b>						
Infección actual de cervicitis purulenta, clamidia o gonorrea	Comenzar: 4 Continuar: 2	Comenzar: 4 Continuar: 2	1	1	1	R
Otras ITS (excepto VIH y hepatitis)	2	2	1	1	1	A
Vaginitis	2	2	1	1	1	A
Mayor riesgo de ITS	2*	2*	1	1	1	A
<b>Alto riesgo de VIH</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Enfermedad clínica por VIH leve o asintomática</b>	2	2	1	1	1	A
<b>Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada</b>	Comenzar: 3 Continuar: 2	Comenzar: 3 Continuar: 2	1	1	1	A
<b>Tratamiento antirretroviral</b>						
Inhibidores nucleosídicos de la retrotranscriptasa (INRT): abacavir (ABC), tenofovir (TDF), zidovudina (AZT), lamivudina (3TC), didanosina (DDI), emtricitabina (FTC), stavudina (D4T)	Comenzar: 2/3 Continuar: 2	Comenzar: 2/3 Continuar: 2	1	1	1	--
Inhibidores no nucleosídicos de la retrotranscriptasa (INNRT): efavirenz (EFV), nevirapina (NVP)	Comenzar: 2/3 Continuar: 2	Comenzar: 2/3 Continuar: 2	2 <sup>10</sup>	AMPD: 1 EN-NET: 2 <sup>10</sup>	2 <sup>10</sup>	--
INNRT: etravirina (ETR), rilpivirina (RPV)	Comenzar: 2/3 Continuar: 2	Comenzar: 2/3 Continuar: 2	1	1	1	--
Inhibidores de la proteasa (IP): atazanavir potenciado con ritonavir (ATV/r), lopinavir potenciado con ritonavir (LPV/r), darunavir potenciado con ritonavir (DRV/r), ritonavir (RTV)	Comenzar: 2/3 Continuar: 2	Comenzar: 2/3 Continuar: 2	2 <sup>10</sup>	AMPD: 1 EN-NET: 2 <sup>10</sup>	2 <sup>10</sup>	--
Inhibidor de la integrasa: raltegravir (RAL)	Comenzar: 2/3 Continuar: 2	Comenzar: 2/3 Continuar: 2	1	1	1	--

10 Los antirretrovirales tienen potencial para afectar a los niveles de hormonas esteroideas de las personas que utilizan anticonceptivos hormonales; esto podría reducir su eficacia.

	DIU de cobre	DIU-LNG	AHC	AIP	Implante de progestágeno solo	Esterilización femenina
<b>Esquistosomiasis</b>	1	1	1	1	1	A/P <sup>11</sup>
<b>Tuberculosis, no pélvica</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Tuberculosis, pélvica</b>	Comenzar: 4 Continuar: 3	Comenzar: 4 Continuar: 3	1	1	1	E
<b>Malaria</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Diabetes</b>						
Antecedentes de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	A
Sin vasculopatías, de tipo 1 y de tipo 2	1	2	2	2	2	P
Nefropatía/retinopatía/neuropatía	1	2	3/4	3	2	E
Vasculopatía o diabetes durante >20 años	1	2	3/4	3	2	E
<b>Enfermedades tiroideas (bocio, hiper o hipotiroidismo)</b>	1	1	1	1	1	A/E/P <sup>12</sup>
<b>Colecistopatías</b>						
Asintomáticas o tratadas con colecistectomía	1	2	2	2	2	A
Actual o con tratamiento farmacológico	1	2	3 (AIC: 2)	2	2	R/A <sup>13</sup>
Antecedentes de colelitiasis relacionada con el embarazo	1	1	2	1	1	A
Anterior colelitiasis relacionada con el uso de AOC	1	2	3 (AIC: 2)	2	2	A
<b>Hepatitis vírica</b>						
Aguda o exacerbación	1	1	Comenzar: 3/4 Continuar: 2	1	1	R
Portador o crónica	1	1	1	1	1	A
<b>Cirrosis leve</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Cirrosis grave</b>	1	3	4 (AIC: 3)	3	3	E

11 Esquistosomiasis sin complicaciones: A; con fibrosis hepática: P.

12 Bocio simple: A; hipertiroidismo: E; hipotiroidismo: P.

13 Colecistopatía actual: R; con tratamiento farmacológico: A.

	DIU de cobre	DIU-LNG	AHC	AIP	Implante de progestágeno solo	Esterilización femenina
<b>Tumores hepáticos</b>						
Hiperplasia nodular focal	1	2	2	2	2	A
Adenoma hepatocelular	1	3	4 (AIC: 3)	3	3	P
Hepatocarcinoma	1	3	4 (AIC: 3/4)	3	3	P
Talasemia	2	1	1	1	1	P
<b>Anemia falciforme</b>	2	1	2	1	1	P
<b>Anemia por carencia de hierro</b>	2	1	1	1	1	R/P <sup>14</sup>
<b>Tratamiento antimicrobiano</b>						
Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	--
Antifúngicos	1	1	1	1	1	--
Antiparasitarios	1	1	1	1	1	--
Rifampicina o rifabutina	1	1	3 (AIC: 2) <sup>15</sup>	AMPD: 1 EN-NET: 2 <sup>15</sup>	Implante: 2 <sup>15</sup> PPS: 3 <sup>15</sup>	--

\* Adaptado de Curtis KM, Tepper, NK, Jatlaoui et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016;65(3):1–103.

\* Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2015 (actualizado en 2018).

14 Hb <7 g/dl: R; 7 ≤ Hb < 10 g/dl: P.

15 Aunque la interacción de la rifampicina o la rifabutina con AHC, PPS, EN-NET e implantes no es perjudicial para la persona, es posible que reduzca la eficacia anticonceptiva de estos métodos.

Consideraciones ADICIONALES para la esterilización femenina y masculina		
	Esterilización femenina	Esterilización masculina
Edad joven	P	P
Trastornos depresivos	P	P
Alto riesgo de VIH	A	A
Enfermedad clínica por VIH leve o asintomática	A	A
Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada	E	E
Diabetes	Ver arriba	P
Anemia falciforme	P	A
Infección local	R	R <sup>16</sup>
Trastornos de la coagulación	E	E
Infección sistémica o gastroenteritis	R	R
Asma crónico, bronquitis, enfisema o infección pulmonar	E	--
Útero fijo debido a una operación o infección previa	E	--
Hernia umbilical o en la pared abdominal	E	--
Hernia diafragmática	P	--
Nefropatía	P	--
Antecedentes de operaciones pélvicas o abdominales	P	--
<b>Esterilización simultánea con una operación abdominal</b>		
Voluntaria	P	--
Emergencia sin consejería previa	R	--
Enfermedad infecciosa	R	--
<b>Esterilización simultánea con parto mediante cesárea</b>	A	
Lesión previa en el escroto	--	P
Varicocele o hidrocele grande	--	P
Filariasis, elefantiasis	--	R
Masa escrotal	--	R
Criptorquidia	--	E
Hernia inguinal	--	E

16 Incluye: infección de la piel del escroto, ITS activa, balanitis, epididimitis y orquitis.

Fuente: Reproducido/traducido con permiso de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS; 2015.

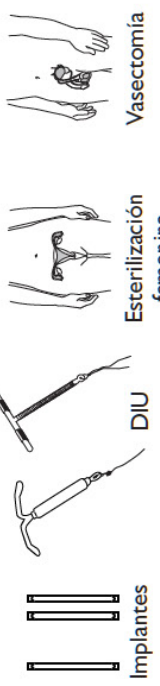


# Apéndice 2: Comparación de la eficacia habitual de los métodos anticonceptivos

## Comparación de la eficacia de los métodos de planificación familia

### Más efectivo

Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en un año



### Cómo aumentar la efectividad de su método

#### Implantes, DIU, esterilización femenina:

La usuaria no tiene nada que hacer o recordar nada después del procedimiento

#### Vasectomía:

Usar otro método los primeros 3 meses

#### Inyectables:

Ponerse las inyecciones a tiempo

#### El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) (para 6 meses):

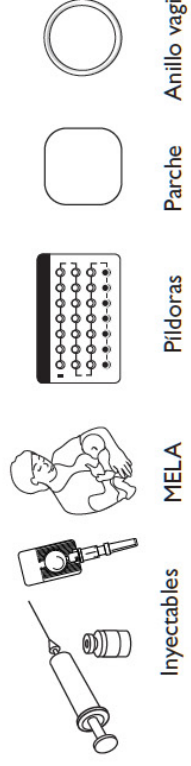
Amamantar con frecuencia, de día y de noche

#### Píldora:

Píldora: Tomar la píldora todos los días

#### Parche, anillo:

Mantenerlo en su lugar; cambiarlo a tiempo  
Ponerse las inyecciones a tiempo.



Preservativo masculino



Diafragma



Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

#### Preservativo masculino, diafragma:

Usar correctamente cada vez que tenga relaciones sexuales

#### Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

En los días fértiles abstenerse de tener relaciones sexuales o usar otro método. Métodos más nuevos (el método de los días fértiles y el método de los dos días) pueden ser más fáciles de usar.



Preservativo femenino



Retiro (coito interrumpido)



Espemicidas

#### Preservativo femenino, retiro (coito interrumpido), espemicidas:

Usar correctamente cada vez que tenga relaciones sexuales.

### Menos efectivo

Cerca de 20 embarazos por cada 100 mujeres en un año

Fuente: reproducido/traducido de la OMS [3]: Planificación familiar: un manual mundial para proveedores Ginebra: OMS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Apéndice 3: Cómo descartar el embarazo: cuándo se debe utilizar la lista de verificación del embarazo y cuándo una prueba de embarazo

### Descartar el embarazo

Se recomienda descartar el embarazo antes de comenzar a utilizar un anticonceptivo hormonal y antes de la inserción del DIU. Para ello, los prestadores de servicios de planificación familiar tienen a su disposición tres herramientas:

1. Revisar los antecedentes médicos, que a menudo se obtienen usando la lista de verificación del embarazo que se muestra en el interior de la contraportada.
2. Realizar una prueba de embarazo.
3. Esperar para que la usuaria comience a usar el método cuando tenga su próxima menstruación.

*¿Qué herramienta debe usarse primero? ¿Cuándo debe usarse?*

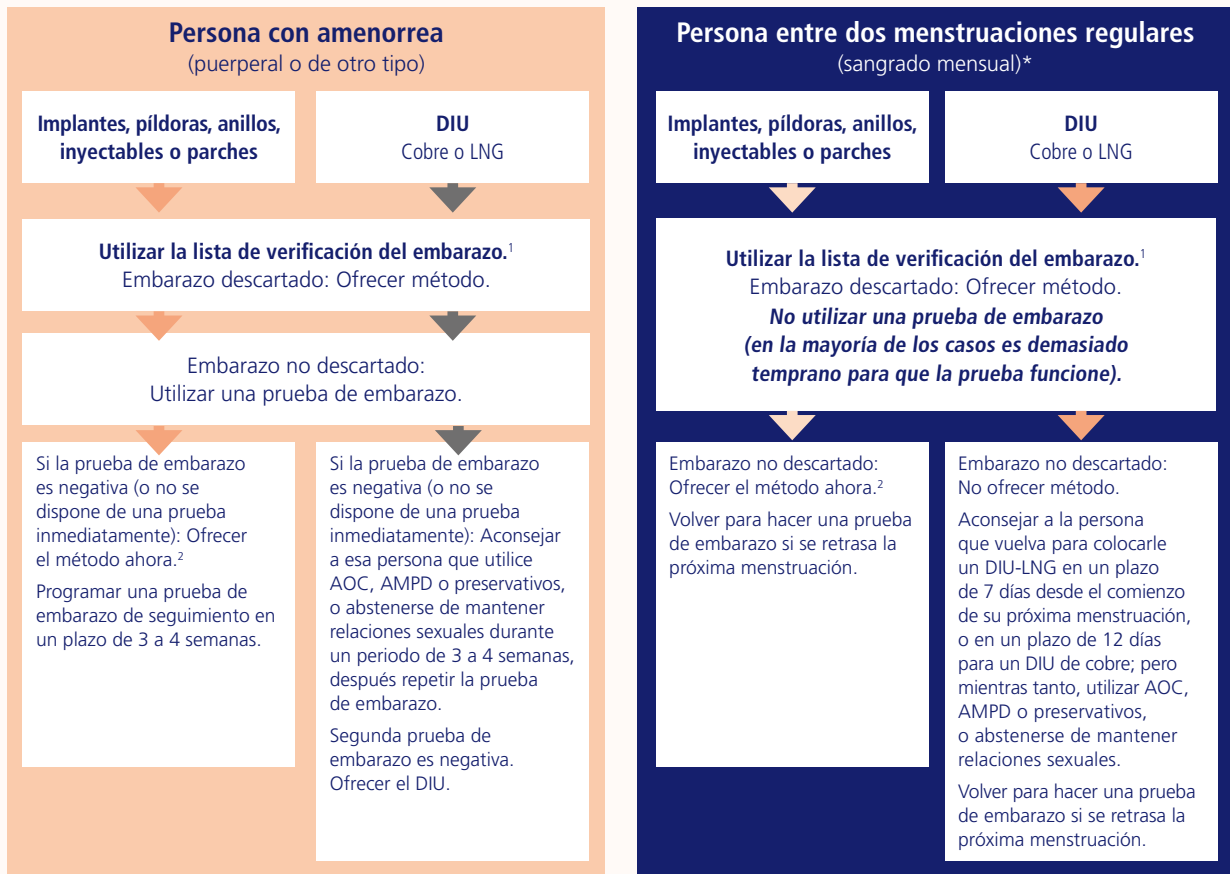
En la guía de ayuda que se encuentra en la próxima página, "Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo", encontrará una orientación basada en el método seleccionado por la usuaria de los servicios. En la guía de ayuda también se toma en consideración si la usuaria ha tenido la menstruación todos los meses o si no ha sangrado porque dio a luz recientemente o por alguna otra razón. Asimismo, se aborda la situación de las mujeres que han tenido su período mensual pero ahora han tenido alguna falta.

*Puntos importantes que deben señalarse*

- Salvo que la usuaria del servicio haya tenido una falta en su menstruación, el proceso para descartar que esté embarazada comienza con la lista de verificación del embarazo, la cual indicará de manera razonablemente segura si una mujer no está embarazada.
- Es poco probable que una prueba de embarazo arroje un resultado positivo antes del primer día de retraso de la menstruación; usar la prueba antes implica desperdiciar recursos de manera inútil.
- El único método anticonceptivo que se sabe que plantea un riesgo para la salud si se usa durante el embarazo es el DIU (ya sea el de cobre o el hormonal). Si no se puede descartar el embarazo usando la lista de verificación, el prestador de servicios debe utilizar otra herramienta antes de insertar un DIU.
- Todos los métodos hormonales, salvo el DIU-LNG, pueden usarse sin necesidad de esperar, incluso si no se sabe con certeza que la mujer no esté embarazada. En algunos casos se debe proceder al seguimiento (véase la guía de ayuda, en la próxima página).
- Retrasar el inicio del método anticonceptivo es la peor de las tres alternativas para evaluar si una mujer está embarazada, ya que puede quedarse embarazada antes de tener la siguiente menstruación. Siempre que sea posible, deben usarse primero las otras herramientas disponibles.
- Si se usan correctamente, tanto la lista de verificación como las pruebas de embarazo ofrecen un alto grado de exactitud para descartar el embarazo. Si se puede utilizar la lista de verificación, no hay razón para preferir la prueba de embarazo.

# Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo

Corresponder el estado menstrual de una persona y su método anticonceptivo elegido con una de las opciones que figuran más adelante y seguir las instrucciones



1 Consultar la [lista de verificación del embarazo](#).

2 Para los implantes, asesorar sobre la necesidad de extraerlos si se confirma el embarazo y se desea continuar con él.

**En los casos en los que no se pueda descartar el embarazo, ofrecer anticoncepción de emergencia si la persona ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días.**

**Aconsejar a todas las personas que vuelvan en cualquier momento si tienen motivo de sospecha de embarazo (por ejemplo, si tienen una falta menstrual).**

**\* Si una persona presenta una falta o retraso menstrual, utilizar una prueba de embarazo para descartar el embarazo.**

Si se utiliza una prueba de embarazo muy sensible (por ejemplo, 25 mIU/ml) y es negativa, ofrecerle el método que desee.

Si se utiliza una prueba menos sensible (por ejemplo, 50 mIU/ml) y es negativa durante el periodo de la falta menstrual, esperar al menos 10 días después de la fecha en la que se esperaba la menstruación para repetir la prueba. Mientras tanto, aconsejar a la persona que utilice preservativos o se abstenga de mantener relaciones sexuales. Si la prueba sigue siendo negativa, ofrecerle el método que desee.

Si no se especifica la sensibilidad de la prueba, se debe asumir una baja sensibilidad.

## Lista de verificación del embarazo

Hacer a la persona las preguntas 1–6. En cuanto respondan «sí» a cualquier pregunta, detenerse y seguir las instrucciones que se indican más abajo.

NO		SÍ
	<b>1.</b> ¿Empezó tu última menstruación en los últimos 7 días?*	
	<b>2.</b> ¿Te has abstenido de mantener relaciones sexuales desde tu última menstruación, parto, o aborto provocado o espontáneo?	
	<b>3.</b> ¿Has estado utilizando un método anticonceptivo fiable de forma constante y correcta desde tu última menstruación, parto, o aborto provocado o espontáneo?	
	<b>4.</b> ¿Has tenido un bebé en las últimas 4 semanas?	
	<b>5.</b> ¿Tuviste un bebé hace menos de 6 meses, estás amamantando exclusiva o casi exclusivamente, y no has tenido ninguna menstruación desde entonces?	
	<b>6.</b> ¿Has tenido un aborto espontáneo o provocado en los últimos 7 días?*	

\* Si la persona está pensando en utilizar un DIU de cobre, el periodo de 7 días se amplía a 12.

Si la persona respondió «NO» a *todas las preguntas*, no se puede descartar el embarazo usando la lista de verificación.

Descartar el embarazo por otros medios.

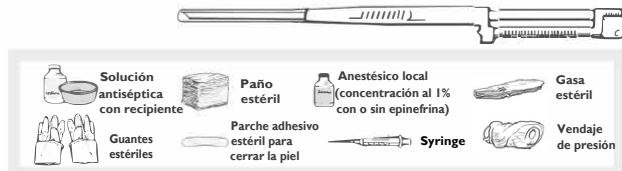
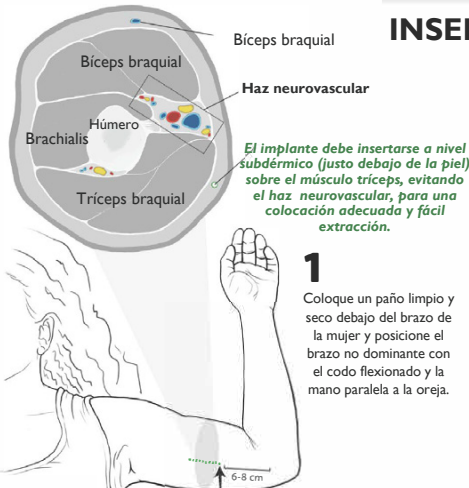
Si la persona respondió «**SÍ**» a *por lo menos una de las preguntas*, se puede tener una certeza razonable de que no hay embarazo.



## Apéndice 4: Colocación de implantes de una varilla

### Apoyo de trabajo 10-4: Inserción de implante de una varilla

#### INSERCIÓN DE IMPLANTE DE UNA VARILLA



Ilustraciones de  
Erica L. Chin

Marque la posición en el brazo para la inserción de la varilla, a unos 6-8 cm sobre el pliegue del codo.

**1**  
Coloque un paño limpio y seco debajo del brazo de la mujer y posicione el brazo no dominante con el codo flexionado y la mano paralela a la oreja.

**2**  
Prepare el área de inserción con solución antiséptica y paño estéril.

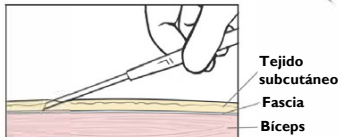
Inyecte 1-2 ml de lidocaína al 1% justo debajo de la piel, creando un levantamiento en el punto de inserción y avanzando 5 cm a lo largo de la vía de inserción.

**3**  
Implante en la cánula (aguja) Obturador  
Cubierta de la aguja Sello del aplicador Soporte del obturador

Usando la técnica de "no tocar", retire el aplicador desechable estéril del implante de una varilla de su paquete. Verifique visualmente la presencia del implante dentro de la aguja. Retire la cubierta de la aguja. No incline el aplicador hacia abajo ya que el implante puede caerse del aplicador.

**4**  
Estire la piel cerca del sitio de la inserción con el pulgar y el dedo índice.

Pinche la piel con el aplicador a un ángulo de 20° -30° e insértelo solo hasta el bisel de la aguja.



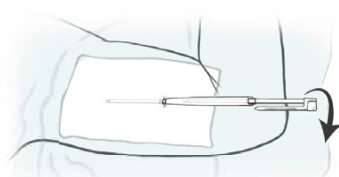
**5**  
Baje el aplicador hasta que esté paralelo con la superficie de la piel y avance suavemente, mientras levanta la piel para asegurar la colocación superficial.

Inserte la longitud completa de la aguja sin usar la fuerza.

**6**  
Rompa el sello del aplicador.



**7**  
Gire el obturador 90 grados.



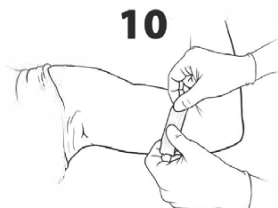
**8**  
Fije el obturador con su mano contra el brazo o la camilla.  
Con la otra mano lentamente extraiga la aguja del brazo; nunca empuje el obturador.

Revise la aguja para verificar que el implante no esté presente.

**9**  
Palpe para comprobar que el implante está colocado. Solicite a la mujer que palpe el implante para confirmar su presencia.



**10**  
Cierre el sitio de la incisión con un parche adhesivo estéril.



**11**  
Aplique un vendaje de presión para minimizar el sangrado y los hematomas.



**12**  
Complete el registro y la tarjeta de la cliente, indicando qué implante recibió y la duración de su efectividad. Informe que puede regresar en cualquier momento si tiene preguntas o para la extracción del implante.

Tarjeta de registro de la cliente  
Fecha de inserción  
01/2017



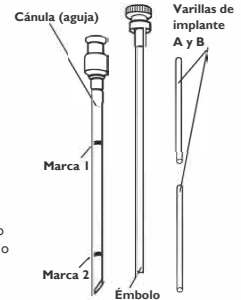
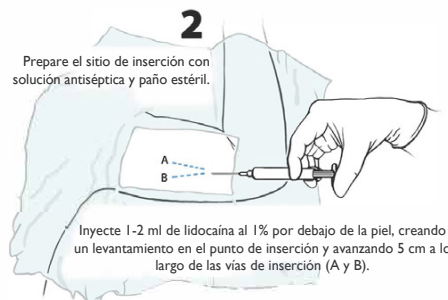
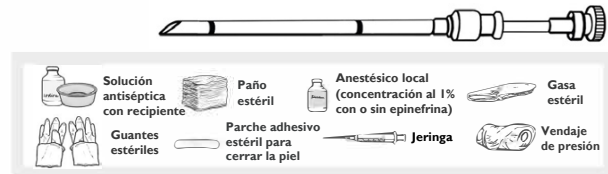
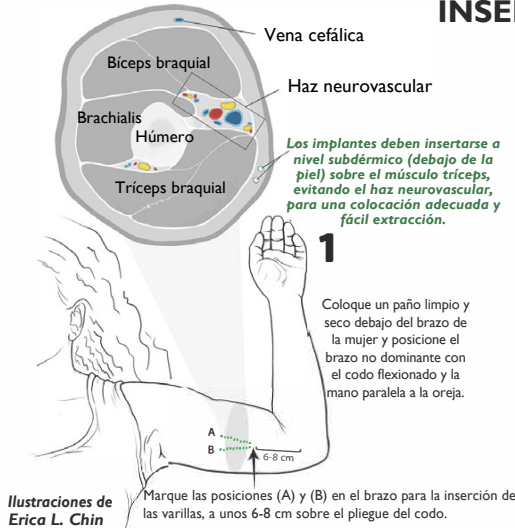
**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child  
Survival Program

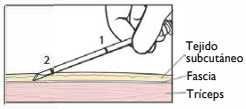
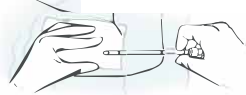
## Apéndice 5: Colocación de implantes de dos varillas

### Apoyo de trabajo 10-5: Inserción del implante de dos varillas

#### INSERCIÓN DEL IMPLANTE DE DOS VARILLAS

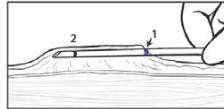
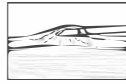


3 Estire la piel cerca del sitio de la inserción con el pulgar y el dedo índice.



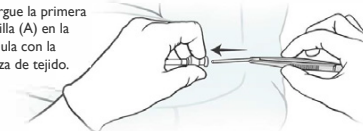
Pinche la piel con la cánula a un ángulo de 20° e insértela solo hasta el bisel de la aguja.

4 Baje el aplicador hasta que esté paralelo con la superficie de la piel y avance suavemente, mientras levanta la piel para asegurar la colocación superficial.



Avance la cánula y el émbolo hasta la marca (1) más cerca del centro de la cánula.

5 Retire el émbolo, mientras mantiene la cánula en su lugar.

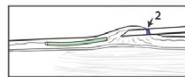


Cargue la primera varilla (A) en la cánula con la pinza de tejido.

6

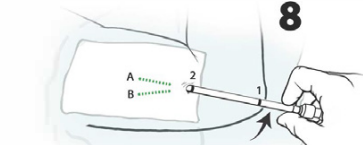


7 Sostenga el émbolo firmemente en su lugar con una mano y deslice la cánula fuera de la incisión hasta llegar al mango del émbolo.



Retire la cánula y el émbolo juntos hasta la marca (2) más cercana a la punta de la cánula (no retire la cánula de la incisión).

8



En la marca (2), redirija la cánula a unos 15° de distancia de la primera varilla insertada (A). Avance la cánula y el émbolo hacia la marca (1) e inserte la segunda varilla (B) usando la misma técnica (repita los pasos 5-7).

9



10



11



12



Complete el registro y la tarjeta de la cliente, indicando qué implante recibió y la duración de su efectividad. Informe que puede regresar en cualquier momento si tiene preguntas o para la extracción del implante.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child  
Survival Program

## Apéndice 6: Extracción habitual de implantes

### Extracción estándar del implante (Actualizado en marzo de 2020)

**Sitio A:** Ubicación de los sistemas con dos varillas o Implanon NXT antes de 2020 \*

**Sitio B:** Ubicación de Implanon NXT actualizada en 2020 \*

\* El implante debería estar insertado subcutáneo (justo debajo de la piel) en el sitio A o B.

**Apoyo de trabajo 10-7: Extracción estándar del implante**

- Solución antiséptica con recipiente
- Guantes estériles
- Gasa estéril
- Anestésico local (concentración al 1% con o sin epinefrina)
- Jeringa
- Bisturí
- Pinza mosquito curva
- Pinza mosquito recta
- Paño estéril
- Parche adhesivo estéril para cerrar la piel
- Vendaje de presión

- 1** Ubique el implante por palpación y presión. Determine la ubicación del extremo distal del implante por palpación y márkelo como el sitio de incisión.

Si no puede encontrar el implante, examina los dos sitios (A y B) y los dos brazos. Derive para un examen adicional si no lo ubica.
- 2** Prepare el sitio de la incisión con solución antiséptica y paño estéril.

Injecte 1-2 ml de lidocaína al 1% por debajo del implante, para no obstruirlo.
- 3** Realice una pequeña incisión (2 mm) en la punta y paralelo al implante.
- 4** Empuje el implante hacia la incisión hasta que la punta esté visible.
- 5** Sostenga el implante con una pinza mosquito curva y retírelo suavemente.
- 6** Si la punta del implante no es visible en la incisión, inserte la punta de una pinza en la incisión, sostenga el implante y retire el tejido fibroso con la parte posterior del bisturí o una gasa.

Disección con la parte no filosa del bisturí

Tejido fibroso que encapsula el implante
- 7** Una vez que se expone el implante, sostenga con un segundo par de pinzas mosquito y extraiga suavemente.
- 8** Verifique que se extrajo la varilla completa; muéstrele a la cliente.

0 1 2 3 4 cm (Implanon)

Si se trata de un sistema con dos varillas, repite los pasos 4-7 para extraer la segunda varilla.

0 1 2 3 4.3 cm (Jadelle)
- 9** Cierre el sitio de la incisión con un parche adhesivo estéril para piel.
- 10** Aplique un vendaje de presión para minimizar el sangrado y los hematomas.

Este documento es posible gracias al generoso aporte de los estadounidenses a través de la USAID en virtud de los términos del Acuerdo de cooperación AID-OAA-A-14-00028. El contenido es responsabilidad de MCSP y no refleja necesariamente los puntos de vista de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

## Apéndice 7: Pasos para colocar dispositivos intrauterinos y ayudas visuales específicas

1. Reunir todo el equipo:
  - Espéculo
  - Pinzas de anillo
  - Recipiente de metal
  - Pinzas de Pozzi
  - Sonda uterina
  - Tijeras
  - Gasa estéril
2. Realizar un examen bimanual y una visualización con espéculo del cuello uterino para valorar el tamaño y la posición del útero, y detectar cualquier anomalía cervicouterina.
3. Limpiar el cuello uterino con una solución antiséptica.
4. Colocar suavemente las pinzas de Pozzi en el cuello uterino.
5. Sujetando bien el cuello uterino y el útero con las pinzas de Pozzi, introducir suavemente la sonda uterina a través del orificio del cuello uterino hasta llegar a tocar el fondo del útero. Asegurarse de evitar tocar la punta de la sonda con el espéculo o la vagina (consultar el recuadro 1: *Técnica sin contacto*). Puede ser necesario tirar ligeramente de las pinzas de Pozzi para enderezar el conducto cervicouterino y permitir el paso de la sonda. Extraer la sonda y, usando las marcas, anotar la profundidad del útero. Normalmente la sonda estará húmeda o más oscura por la solución antiséptica aplicada en el lugar donde se encontraba dentro del útero. El útero suele medir entre 6 y 9 cm. La mayoría de los DIU no pueden colocarse si la profundidad uterina es inferior a 6 cm; el personal debe consultar las instrucciones del fabricante para obtener información sobre DIU concretos. Si la profundidad es superior a 10 cm, es posible que la sonda haya perforado el útero.
6. Cargar el DIU en el tubo de inserción siguiendo una técnica estéril. (Consultar *las ayudas visuales: Instrucciones para cargar el T 380A de cobre en un envase estéril; Instrucciones para cargar y colocar el DIU-LNG con una mano; e Instrucciones para cargar y colocar el DIU-LNG con dos manos*).
7. Colocar la sonda junto al DIU y configurar el indicador de profundidad según la medida de profundidad del útero.
8. Sujetando bien el cuello uterino y el útero con las pinzas de Pozzi, introducir suavemente el DIU en su tubo de inserción dentro del útero a través del orificio del cuello uterino. Consultar *las ayudas visuales: Instrucciones para colocar el dispositivo intrauterino T 380A de cobre cargado; Instrucciones para cargar y colocar el DIU-LNG con una mano; and Instrucciones para cargar y colocar el DIU-LNG con dos manos* para ver instrucciones sobre cómo soltar el DIU dentro del útero. El objetivo es colocar el DIU en el fondo del útero. Extraer el tubo de inserción en cuanto esté bien colocado.
9. Cortar los cordeles/hilos del DIU a aproximadamente 3 cm del orificio del cuello uterino. Los cordeles/hilos pueden cortarse más, incluso a ras del cuello uterino, si así lo solicita la persona.
10. Extraer el espéculo, informar a la persona de que el procedimiento ha finalizado con éxito y sin complicaciones.
11. Permitir a la persona que descanse en la mesa de exámenes hasta que esté lista para vestirse.

### RECUADRO 1: Técnica sin contacto

- No permitir que el DIU cargado o la sonda uterina toquen ninguna superficie no estéril, como las manos, el espéculo, la vagina o la parte superior de la mesa.
- Cargar el DIU en el tubo de inserción en un envase estéril; no tocar el DIU directamente.
- Pasar la sonda uterina y el DIU cargado a través del conducto cervicouterino solamente una vez.

## Ayuda visual: Instrucciones para cargar el dispositivo intrauterino T 380A de cobre en un envase estéril

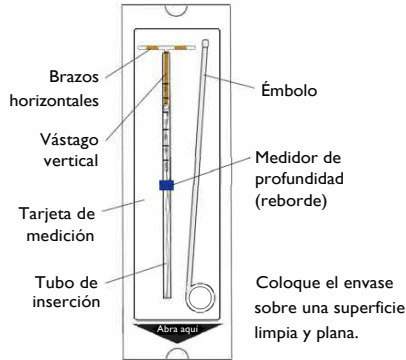
### Apoyo de trabajo 6-5: Instrucciones para cargar la TCu-380A dentro del envase estéril

## Dispositivo intrauterino con cobre (TCu)<sup>1</sup>

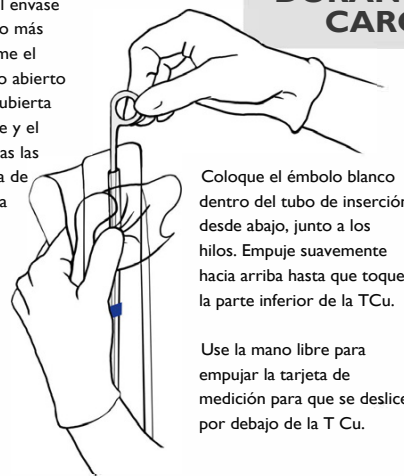
*\*No inicie este procedimiento de carga más allá de 10 minutos antes de la inserción en el útero. Los brazos de la TCu no se estirarán fácilmente si se dejan dentro del tubo de inserción por demasiado tiempo.*

**USE LA TÉCNICA DE NO TOCAR DURANTE LA CARGA**

- 1** Ajuste el contenido del paquete a través de la cubierta de plástico transparente. Confirme que el vástago vertical de la TCu esté completamente dentro del tubo de inserción.



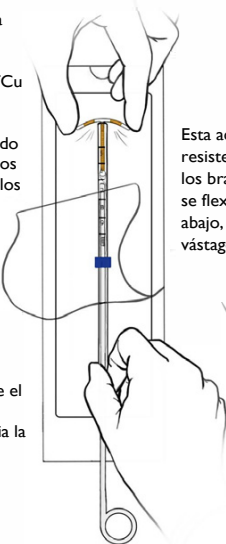
- 2** Abra un tercio del envase desde abajo (el extremo más alejado de la TCu). Tome el paquete con el extremo abierto hacia arriba. Doble la cubierta de plástico transparente y el respaldo blanco mientras las mantiene separadas una de la otra para mantener la esterilidad.



**3**

A través de la cubierta de plástico, establezca la TCu en su lugar colocando el pulgar y el dedo índice sobre los extremos de los brazos horizontales.

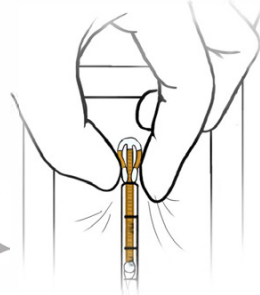
Con la otra mano, empuje el tubo de inserción hacia la T Cu.



**4**

Doble los brazos lo suficiente para tocar los lados del tubo de inserción, luego tire suavemente el tubo hacia afuera desde debajo de las puntas de los brazos.

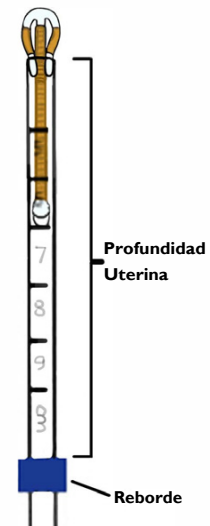
Empuje y rote el tubo sobre las puntas de los brazos solo lo suficiente para mantener los brazos dentro del tubo al lado del vástago vertical.



**5**

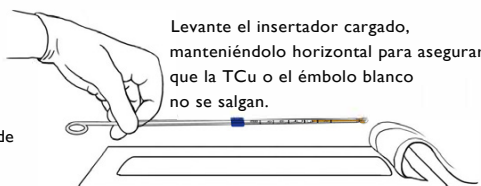
Ajuste el reborde azul a la profundidad del útero medida con el histerómetro. Asegure que el lado más largo del reborde esté paralelo a los brazos de la TCu.

La tarjeta estéril del envase también puede usarse para ajustar el reborde según la profundidad uterina medida anteriormente.



**6**

La TCu ya está lista para colocarse en el útero de la mujer. Despegue cuidadosamente la cubierta de plástico transparente del respaldo blanco.



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child  
Survival Program

<sup>1</sup> Fuente: Guías para los DIU en los Programas de Servicios de Planificación Familiar: Un Manual de referencia sobre resolución de problemas, 11º edición 3ª edición

## Ayuda visual: Instrucciones para colocar el dispositivo intrauterino T 380A de cobre cargado

### Paso 1:

- Agarrar las pinzas de Pozzi (que seguirán en su sitio en el cuello uterino después de haber sondado el útero) y tirar firmemente para alinear la cavidad uterina y el conducto cervicouterino con el conducto vaginal. Colocar suavemente el tubo de inserción cargado a través del conducto cervicouterino. Mantener el indicador azul de profundidad en posición horizontal.
- Hacer avanzar el DIU cargado hasta que el indicador azul de profundidad toque el cuello uterino o se sienta la resistencia del fondo uterino. Mantener el indicador azul de profundidad en posición horizontal.

### Paso 2:

- Sujetar las pinzas de Pozzi y la varilla blanca en su sitio con una mano. Con la otra, extraer (tirar hacia usted) el tubo de inserción hasta que toque el agarre del pulgar sobre la varilla blanca. Esto liberará los brazos en T del Cu 380A en la parte superior dentro del fondo uterino.

### Paso 3:

- En cuanto se hayan liberado los brazos, volver a empujar con mucha suavidad y cuidado el tubo de inserción hacia arriba, hacia la parte superior del útero, hasta que sienta una ligera resistencia. Este paso garantiza que los brazos de la T estén lo más arriba posible dentro del útero.
- Seguir sujetando el tubo de inserción mientras se extrae la varilla blanca.

### Paso 4:

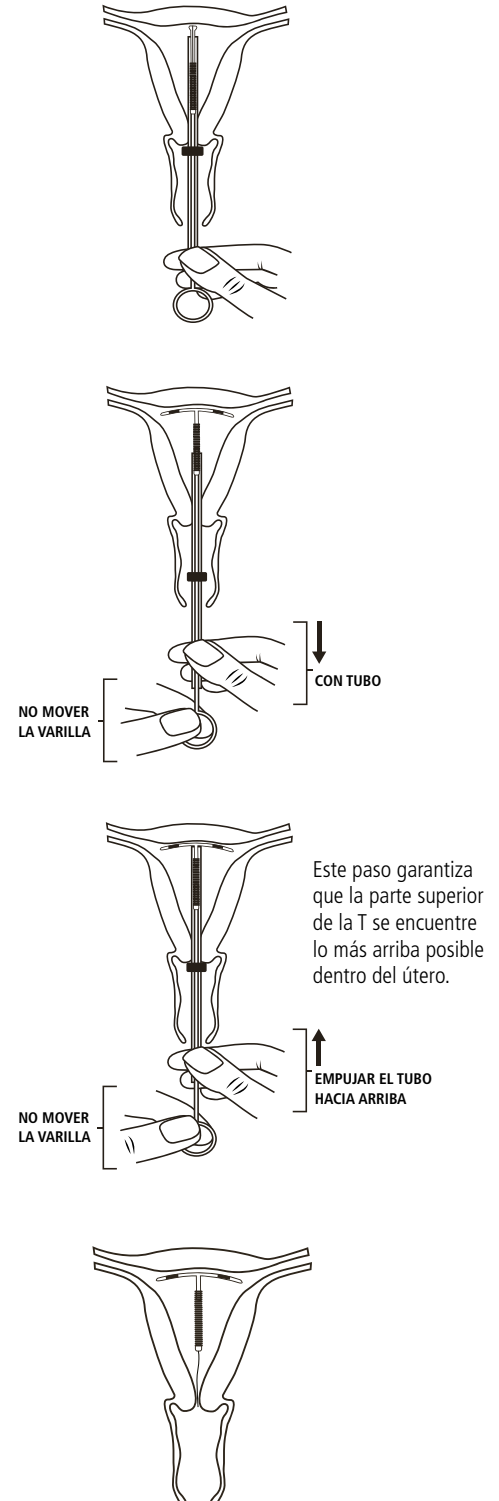
- Extraer suave y lentamente el tubo de inserción del conducto cervicouterino. Se deben ver los cordeles/hilos saliendo del útero. Cortar los cordeles/hilos de tal manera que solo sobresalgan 3 o 4 centímetros en la vagina.
- Sacar las pinzas de Pozzi. Si el cuello uterino está sangrando en el lugar de colocación de las pinzas de Pozzi, poner un hisopo encima y ejercer presión con un fórceps limpio hasta que se detenga la hemorragia.

### Paso 5:

- Extraer suavemente el espéculo y poner todos los instrumentos utilizados en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlos.

### Paso 6:

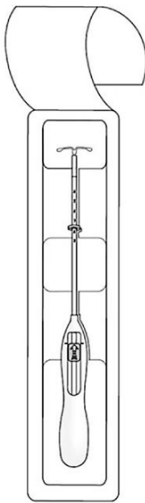
- Ayudar a la persona a levantarse de la camilla muy lentamente. Observarla en caso de que se maree o se desmaye. Enseñarle cómo y cuándo debe verificar cómo están los cordeles/hilos. Pedirle que compruebe en ese momento los cordeles/hilos. Preguntarle si tiene alguna pregunta y responderlas con palabras sencillas que pueda comprender. Decirle que vuelve en un plazo de tres a seis semanas. Si sabe leer, darle instrucciones por escrito o decirle cuáles son las señales de alarma de problemas y cómo obtener ayuda si la necesita.



## Ayuda visual: Instrucciones para cargar y colocar con una mano el dispositivo intrauterino con levonorgestrel

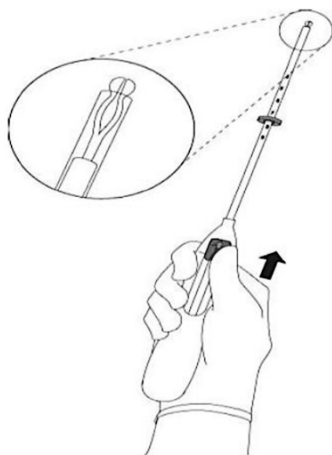
### PASO 1: Abrir el envase estéril.

- Abrir el envase estéril del DIU-LNG.
- Tomar el asa del tubo de inserción estéril y sacarlo del envase estéril.



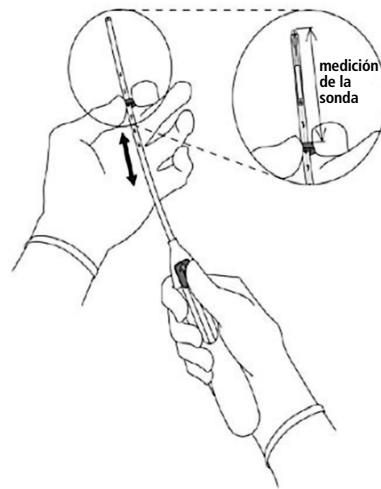
### PASO 2: Mover el deslizador hasta la posición tope delantera.

- Mover el deslizador hasta la posición tope delantera para cargar el DIU-LNG.
- Las puntas de los brazos del DIU-LNG se unirán hasta formar una cúpula redondeada que sobresalga ligeramente por encima del tubo de inserción.
- Mantener presión hacia adelante con los dedos pulgar o índice sobre el deslizador para evitar que los cordeles/hilos se suelten antes de tiempo.



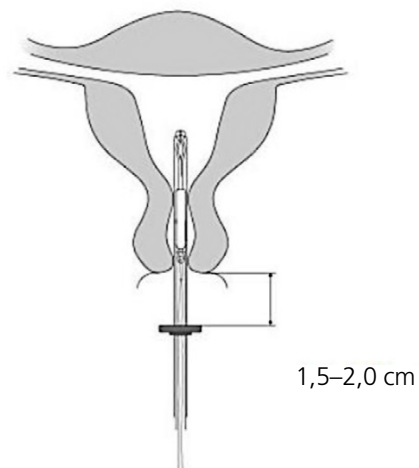
### PASO 3: Colocar la pestaña a la longitud del útero.

Mientras se mantiene la presión hacia delante en el deslizador, colocar el borde superior de la pestaña a la longitud de la cavidad uterina (en centímetros) medida con la sonda.



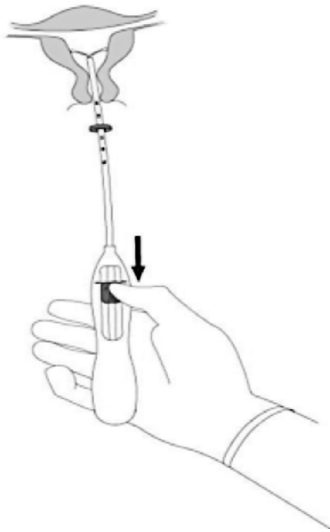
### PASO 4: Cómo introducir el tubo de inserción.

- Aplicar una suave tracción sobre las pinzas de Pozzi para enderezar el alineamiento del conducto cervicouterino y la cavidad uterina.
- Mientras se mantiene el deslizador en el final de su recorrido, introducir el tubo de inserción cargado a través del canal cervicouterino hasta que el borde superior de la pestaña se encuentre a 1,5 o 2 cm del orificio del cuello uterino.



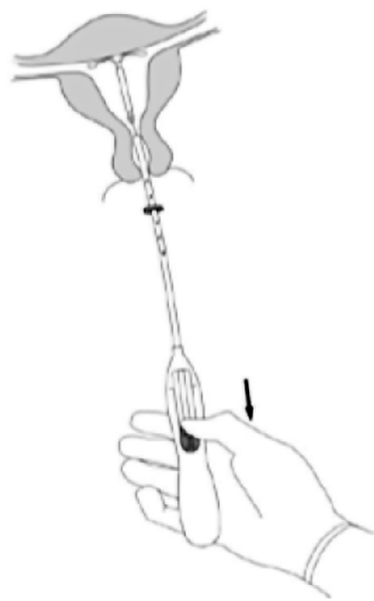
**PASO 5: Soltar los brazos del DIU-LNG.**

- Mientras sujeta firmemente el tubo de inserción en su sitio, mover el deslizador hacia abajo hasta la marca para soltar los brazos del DIU-LNG.
- Esperar 10 segundos hasta que los brazos horizontales se abran completamente.



**PASO 7: Soltar el DIU-LNG y extraer el tubo de inserción.**

- Sujetando el tubo de inserción firmemente en su sitio, soltar el DIU-LNG moviendo el deslizador hasta el tope inferior.
- Seguir sujetando el deslizador hacia abajo mientras se extrae suavemente el tubo de inserción del útero.



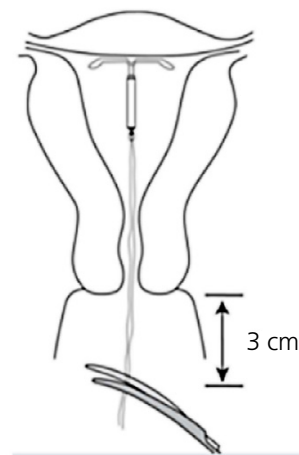
**PASO 6: Colocar el DIU en posición fúndica.**

- Introducir el tubo de inserción suavemente hacia el fondo del útero hasta que la pestaña toque el cuello uterino.
- El DIU-LGN está ahora en la posición fúndica.



**PASO 8: Cortar los cordeles/hilos.**

Utilizar unas tijeras afiladas con las puntas romas para cortar los cordeles/hilos del DIU-LNG perpendicularmente a su longitud, dejando unos 3 cm fuera del cuello uterino mientras los extremos de los cordeles/hilos están todavía dentro del tubo de inserción.



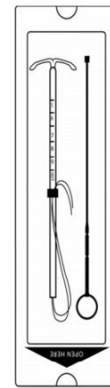


## Ayuda visual: Instrucciones para cargar y colocar con dos manos el dispositivo intrauterino con levonorgestrel.

### Cómo cargar con dos manos el DIU-LNG con el tubo de inserción

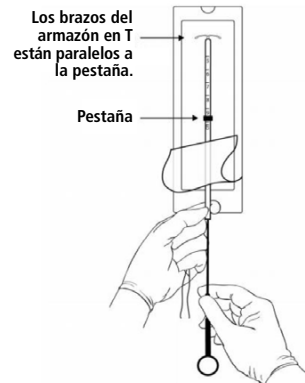
#### PASO 1: Abrir el envase.

- Colocar el envase del DIU-LNG sobre una superficie limpia y plana.
- Abrir desde la parte inferior tirando de la tapa de plástico transparente desde el extremo más alejado del DIU-LNG hasta que esté un tercio abierto.



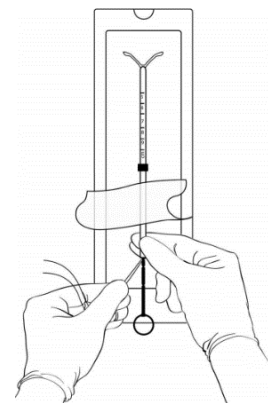
#### PASO 2: Soltar los cordeles/hilos de la pestaña e introducir la varilla.

- Tomar los cordeles/hilos con la mano dominante y soltarlos de la varilla.
- Mientras se sujeta el tubo de inserción y los cordeles/hilos, sacar la varilla e introducirla en el tubo de inserción hasta que su punta se encuentre en la marca de los 5 cm.



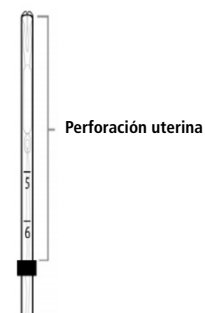
#### PASO 3: Cargar el DIU-LNG en el tubo de inserción.

- Sujetar el tubo de inserción y la varilla firmemente con los dedos pulgar e índice de la mano dominante.
- Con la otra mano, sujetar los cordeles/hilos y tirar lentamente del DIU hacia abajo e introducirlo gradualmente en el tubo de inserción hasta que los rebordes de los brazos laterales formen una cúpula semiesférica en la parte superior del tubo y la punta de la varilla esté tocando la parte inferior del DIU-LNG. La cúpula semiesférica facilita el paso seguro a través del orificio del cuello uterino.



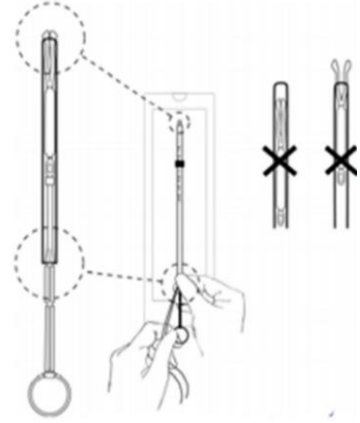
#### PASO 4: Ajustar la pestaña a la profundidad uterina.

- Ajustar el extremo superior de la pestaña hasta que se corresponda con la longitud uterina, según se midió con la sonda uterina.



### PASO 5: Comprobar la colocación final del DIU.

- El DIU-LNG debe colocarse dentro del tubo de tal manera que los rebordes de los brazos laterales formen una cúpula semiesférica.
- La parte superior de la varilla está tocando la parte inferior del DIU.
- Los cordeles/hilos están colgando a través del extremo del tubo de inserción.
- La pestaña está marcando la profundidad del útero.
- El extremo proximal del tubo de inserción estará aproximadamente en la parte superior de la primera hendidura de la varilla.



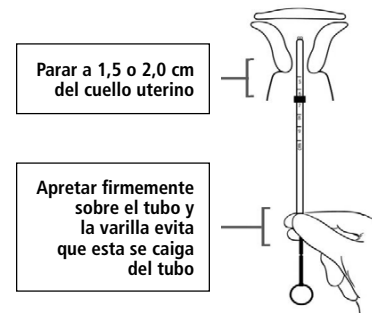
### PASO 6: Extraer el tubo de inserción del envase.

- Extraer el tubo de inserción cargado con el DIU del envase mientras se sujeta la parte inferior del tubo firmemente entre los dedos y el pulgar.
- Si no se utilizan guantes estériles, no tocar la pestaña ni ninguna otra parte del tubo de inserción por encima de la pestaña durante este paso y el procedimiento de inserción del DIU.

## Colocación del DIU-LNG con el tubo de inserción de dos manos

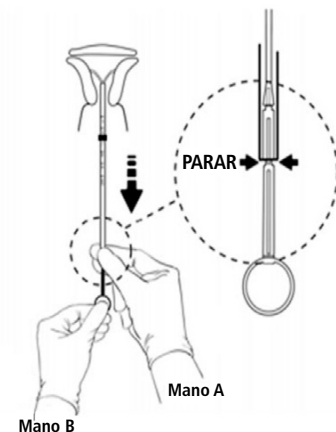
### PASO 1: Introducir el DIU-LNG cargado dentro del útero.

- Aplicar una suave tracción sobre las pinzas de Pozzi para enderezar el alineamiento del conducto cervicouterino y la cavidad uterina.
- Deslizar el tubo de inserción del DIU-LNG cargado a través del canal cervicouterino hasta que el borde superior de la pestaña se encuentre aproximadamente a 1,5 o 2,0 cm desde el cuello uterino.
- NO introducir la pestaña hacia el cuello uterino en este paso.



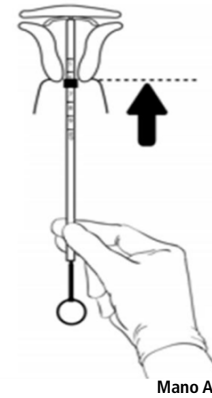
### PASO 2: Soltar los brazos del DIU-LNG dentro del útero.

- Soltar las pinzas de Pozzi.
- Sujetar el tubo de inserción con los dedos de una mano (mano A) y la varilla con los dedos de la otra (mano B).
- Relajar la firmeza de la sujeción del tubo, Y TIRAR DEL TUBO DE INSERCIÓN HACIA ATRÁS con la mano A hasta el borde de la segunda muesca (inferior) de la varilla.
- Esperar de 10 a 15 segundos para que los brazos de DIU se abran completamente.



**PASO 3: Hacer avanzar el DIU-LNG hasta el fondo.**

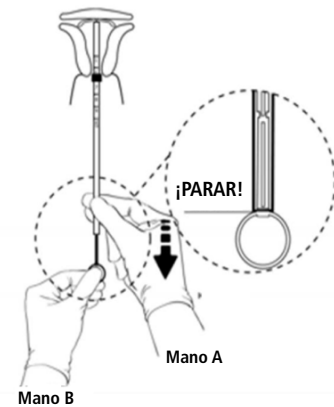
- Aplicar una suave tracción con las pinzas de Pozzi.
- Mientras la mano A sigue sujetando el extremo proximal del tubo, hacerlo avanzar (con la varilla todavía dentro) hasta el fondo uterino.
- Cuando el DIU-LNG se encuentre en el fondo, se sentirá una ligera resistencia.
- La pestaña debe estar tocando el cuello uterino cuando el DIU-LNG llegue al fondo del útero.



**PASO 4: Soltar el DIU-LNG y retirar el tubo de inserción.**

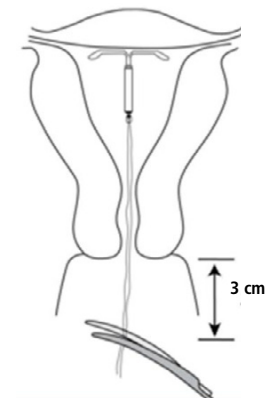
- Seguir sujetando la varilla con la mano B mientras se tira del tubo de inserción hacia atrás con la mano A hasta el anillo de la varilla.
- Mientras se sujeta el tubo de inserción con la mano A, extraer completamente la varilla del tubo de inserción.
- Sacar el tubo de inserción hasta que el tubo esté a 3 o 4 cm del orificio del cuello uterino, pero los extremos de los cordeles/hilos sigan dentro del tubo.

**Extraer la varilla primero y después el tubo evita que se saque el DIU-LNG del útero.**



**PASO 5: Cortar los cordeles/hilos.**

- Utilizar unas tijeras afiladas con las puntas romas para cortar los cordeles/hilos del DIU-LNG perpendicularmente a su longitud, dejando unos 3 cm fuera del cuello uterino mientras los extremos de los cordeles/hilos están todavía dentro del tubo de inserción (cortar los cordeles/hilos en un ángulo podría dejar bordes afilados).
- No aplicar tensión ni tirar de los cordeles/hilos mientras se cortan para evitar mover el DIU-LNG.



## Apéndice 8: Qué debe hacer la persona si se olvida de tomar una píldora anticonceptiva

### Si omite alguna píldora

**Tome una píldora en cuanto lo recuerde, y luego continúe tomándola una vez al día.**

**Además...**



Si omite 3 o más píldoras seguidas, o si tarda 3 días o si comienza un nuevo envase con 3 o más días de retraso:

use preservativos o evite tener relaciones sexuales en los próximos 7 días



Si omite 3 o más píldoras seguidas en la semana 3:

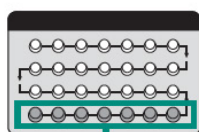
use preservativos o evite tener relaciones sexuales en los 7 próximos días.

Además, no tome las píldoras no hormonales (o sáltese la semana en la que no corresponde tomar píldoras) y comience a tomar las píldoras del envase siguiente.



Si omite alguna píldora no hormonal (las 7 últimas píldoras solo en los paquetes de 28 píldoras):

descarte las píldoras omitidas y continúe tomando una píldora cada día.



Píldoras no hormonales



# Capítulo 5: Atención del aborto

## índice

<b>1. Introducción</b>	<b>167</b>
1.1 Definición	167
1.2 Cuestiones legales	168
1.3 Principios rectores	169
1.4 Requisitos para el personal de servicios de aborto	170
<b>2. Atención antes del aborto</b>	<b>170</b>
2.1 Cómo tomar los antecedentes médicos y realizar los exámenes físicos	170
2.2 Otras pruebas complementarias	172
2.3 Información, consejería y consentimiento informado	172
2.4 Analgésicos	173
<b>3. Métodos de aborto</b>	<b>175</b>
3.1 Opciones recomendadas para los abortos médicos y quirúrgicos	175
3.2 Aborto médico [1]	178
3.3 Aborto quirúrgico	180
<b>4. Asistencia posterior al aborto</b>	<b>182</b>
4.1 Protocolo después de la intervención	182
4.2 Seguimiento	182
4.3 Abordaje de las complicaciones	183



# índice (continuación)

<b>5. Anticoncepción después del aborto</b>	<b>186</b>
<b>6. Método de reducción de daños</b>	<b>186</b>
<b>7. Referencias</b>	<b>187</b>
7.1 Recursos	187
<b>Apéndices</b>	<b>189</b>
Apéndice 1: Cómo administrar un bloqueo paracervical	189
Apéndice 2: Cómo realizar una aspiración al vacío	190
Apéndice 3: Cómo realizar una dilatación y evacuación	191



## 1. Introducción

Garantizar un buen estado de salud y avanzar hacia el pleno ejercicio de los derechos humanos exige que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad, que incluyan una completa atención del aborto, con información, manejo del proceso del aborto y asistencia posterior. La falta de acceso a una atención del aborto segura, puntual, asequible y respetuosa supone no solo riesgos físicos, sino también mentales y sociales, que afectan al bienestar de las personas que buscan un aborto.

El objetivo de este capítulo es ofrecer recomendaciones con base empírica sobre todo el proceso del aborto, incluido el periodo anterior al mismo, el proceso propiamente dicho y la atención posterior a un aborto.

### 1.1 Definición

Un aborto puede ser espontáneo o provocado. El aborto puede provocarse quirúrgicamente (p. ej. mediante aspiración al vacío, o dilatación y evacuación) o farmacológicamente (p. ej. usando un antiprogestágeno con prostaglandinas o solamente prostaglandinas).

Un aborto provocado es una intervención habitual en todo el mundo y una de las operaciones más seguras cuando la realizan personas profesionales calificadas usando el equipamiento adecuado y medicamentos abortivos de calidad probada, con la técnica correcta y siguiendo todas las normas sanitarias. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto médico puede ser también autogestionado por la persona de forma segura y eficaz, sin la supervisión de personal de servicios de salud [1].

En el mundo, se calcula que cada año se llevan a cabo 25 millones de abortos no seguros, casi todos ellos en países de rentas medias y bajas. Entre un 4,7 y un 13,2 por ciento de las muertes maternas puede atribuirse a un aborto no seguro [2].

#### Acrónimos

<b>AEEU</b>	aspiración eléctrica endouterina al vacío
<b>AINE</b>	fármacos antiinflamatorios no esteroideos
<b>AMEU</b>	aspiración manual endouterina al vacío
<b>DIU</b>	dispositivo intrauterino
<b>DyE</b>	dilatación y evacuación
<b>IPPF</b>	Federación Internacional de Planificación Familiar
<b>ITS</b>	infección de transmisión sexual
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud

Una atención integral del aborto puede ofrecerse a través de varias vías, incluida tanto la atención en una clínica como la atención prestada a través de modelos de atención fuera de clínica. Entre las vías de atención fuera de clínica figuran, por ejemplo, mediante intervenciones de salud digital, prestación de servicios de aborto médico a domicilio, o autogestionado con apoyo. En un número cada vez mayor de países ya no se limita la prestación de asistencia para el aborto únicamente a los centros registrados, lo que permite al personal de salud, las clínicas y las organizaciones innovar y utilizar nuevos modelos de asistencia para llegar a más personas usuarias, en particular a aquellas a las que puede resultar difícil acceder a asistencia en las clínicas debido a su ubicación o a otros obstáculos. La adaptación de los modelos de prestación de servicios de salud ya existentes y la introducción de nuevas vías de asistencia permiten abordar la atención del aborto desde una perspectiva más centrada en la persona y, de ese modo, permitir a mujeres, niñas y personas que pueden quedarse embarazadas\* interrumpir su embarazo del modo más adecuado según su situación y preferencias personales (consultar el [capítulo 1: Principios rectores y enfoques](#) para obtener más información sobre la inclusión).

\* Estas directrices incluyen a todas las mujeres y niñas, y a todas las personas que pueden quedarse embarazadas, incluidas persona intersexuales, hombres y niños transgénero, y personas con diversas identidades de género con posible capacidad reproductora para tener embarazos y abortos. Para los fines de las presentes directrices, las referencias a «mujeres y niñas» aluden a todas las personas con capacidad para quedarse embarazadas.



### La atención integral del aborto incluye:

- La planificación de una atención que sea sostenible, accesible, descentralizada y cercana a la persona, asequible y aceptable, y que aborde las necesidades de la gente joven y otros grupos; esto debe incluir la ejecución de diferentes vías para recibir atención que incluyan atención en clínicas, telemedicina, en el hogar y apoyo para el autocuidado.
- Atención estructurada alrededor de cada persona individual y que se ofrezca según los derechos humanos y los principios de igualdad de género; además, la labor de prestación de servicios de salud debe ser transformativa de género y no crear estigmas.
- Una consejería y un apoyo empáticos, que aborde las necesidades físicas y psicológicas, incluido el acceso a otros servicios de salud sexual y reproductiva, como detección (p. ej. infecciones de transmisión sexual [ITS], violencia basada en el género), consejería sobre anticonceptivos y suministros para comenzar a usarlos inmediatamente después de un aborto, si así se solicita.
- Proveedores de abortos competentes que utilicen tecnologías seguras como la aspiración al vacío o tratamientos médicos que garanticen el éxito del aborto y el tratamiento de las complicaciones, incluida la referencia a otros servicios de salud, si fuera apropiado.
- Atención de seguimiento, si fuera necesario o si se desea, incluidos anticonceptivos (si no se facilitan en el momento de la atención del aborto) y tratamiento de las complicaciones según las actuales recomendaciones con base empírica.

## 1.2 Cuestiones legales

La gran mayoría de las mujeres vive en países donde el aborto está disponible legalmente para al menos una causa. A partir de 2019:

- Un 5 por ciento de las mujeres (90 millones) vive en países que prohíbe el aborto en cualquier circunstancia.
- Un 36 por ciento de las mujeres (596 millones) vive en países en los que el aborto solamente está indicado para salvar la vida de una mujer o conservar la salud.
- Un 59 por ciento de las mujeres (976 millones) vive en países en los que el aborto se permite por motivos sociales o económicos generales o mediante solicitud. [3]

En los países en los que los abortos se permiten a petición de la persona embarazada, casi todos imponen unos límites en la edad gestacional.

En los países donde el aborto se permite legalmente solo para indicaciones concretas, estas pueden incluir las siguientes:

- Salvar la vida de la persona embarazada (en algunos países, esta es la única indicación para un aborto legal).
- Preservar la salud de la persona embarazada (principalmente salud física o mental).
- Embarazo a causa de una violación o incesto.
- Anomalía fetal.
- Motivos económicos o sociales.

En algunos países o contextos, el aborto es legal, pero se limita el acceso a la atención del aborto, lo que significa que se deben seguir unos complejos procesos administrativos o unas directrices clínicas obligatorias por ley que exceden los requisitos clínicos antes de poder realizar un aborto, incluso si se satisfacen los supuestos básicos recogidos por la ley. Estos tipos de restricciones pueden disminuir o retrasar el acceso a la atención del aborto. Pueden incluir un periodo de espera obligatorio, el requisito de hacer una ecografía, el derecho de la persona proveedora a negarse a realizar un aborto, y la autorización obligatoria de terceros (p. ej. pareja, padre/madre o representante judicial). Además, las limitaciones en la prestación de servicios de salud pueden restringir el acceso al aborto legal, como la necesidad de atención hospitalaria, limitación del tipo de proveedores que pueden ofrecer atención del aborto y necesidad de infraestructuras o equipamiento especializados.

Estos requisitos suelen estar desfasados, no tienen ninguna base empírica y no contribuyen a la seguridad del aborto sino que, en su lugar, lo estigmatizan aún más. Como los abortos son más seguros cuanto antes se realizan durante el embarazo, todos los requisitos innecesarios que retrasan la atención pueden aumentar las complicaciones [4,5]. Además de eso, también pueden contribuir a retrasar e impedir el acceso a la atención legal, debido a los límites de edad gestacional.

Las directrices de la OMS recomiendan la completa despenalización del aborto, que esté disponible a petición de una persona sin la autorización de nadie más, y que el acceso y la continuidad de una atención integral del





aborto se proteja frente a los obstáculos que plantea la objeción de conciencia. Las directrices de la OMS también recomiendan oponerse a las leyes y otros reglamentos que limitan el aborto según una serie de supuestos y los que lo prohíben por límites de edad gestacional; asimismo recomiendan no imponer periodos obligatorios de espera y se oponen a los reglamentos que regulan quién puede proporcionar y gestionar abortos que sean incompatibles con las directrices de la OMS [1].

### 1.3 Principios rectores

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) se ha comprometido a seguir un enfoque basado en los derechos y centrado en la persona para garantizar acceso completo a una atención del aborto segura como parte de un paquete de servicios integrados de salud sexual y reproductiva a fin de reducir la mortalidad y morbilidad maternas completamente prevenibles asociadas a los abortos no seguros. Por lo tanto, IPPF defiende lo siguiente:

- El derecho de todas las personas a decidir el número de hijas/hijos/hijos que desean tener y el intervalo entre los embarazos.
- El derecho a que una persona embarazada determine el desenlace de su embarazo, incluido el acceso a un aborto seguro y la asistencia posterior.

IPPF apoya la prestación de una atención integral del aborto según la interpretación más liberal de las leyes y políticas nacionales. Por consiguiente:

- El personal de servicios de salud debe poner todo su empeño en hacer uso pleno de la legislación del país en el que trabajen a través de un enfoque liberal, basado en los derechos y centrado en las personas, y ponerlo en práctica. El personal de servicios de salud debe reducir o eliminar todas las barreras innecesarias que no tengan base empírica para mejorar el acceso y garantizar la seguridad y calidad general de la atención que reciben las personas usuarias.
- Las personas usuarias tienen derecho a una información precisa y con base empírica sobre su salud y tratamiento para fundamentar su toma de decisiones de salud. En algunos entornos, la información precisa puede constituir un enfoque de atención de «reducción de daños».
- En todos los países, la prestación de asistencia posterior al aborto (incluido tratamiento para abortos incompletos) es legal y, por tanto, el personal de servicios de salud debe, como mínimo, prestar este tipo de atención.

Acerca del acceso a la atención del aborto:

- Las personas gestantes deben tener acceso a información completa y precisa, así como a consejería sobre todas las posibles opciones para su embarazo y ayuda para hacer las elecciones que mejor se adapten a sus circunstancias.
- Cuando una persona ha decidido tener un aborto, este debe ofrecerse lo antes posible y sin retrasos (esto es así porque cuanto antes se tenga acceso a la asistencia, más opciones farmacológicas y quirúrgicas se pueden ofrecer, disminuye el riesgo de estar fuera de las restricciones sobre edad gestacional y la intervención es más segura).
- Se debe explicar a la persona las vías disponibles para la atención del aborto, así como la seguridad y calidad de los métodos, con oportunidades adecuadas para plantear preguntas, charlar y dar las explicaciones necesarias.
- La atención del aborto se ofrece a través de un enfoque centrado en la persona, respetando la elección de método y la vía de atención del aborto elegidas por ella y se debe hacer todo lo posible para proporcionar o facilitar dicha atención del aborto.
- El personal de servicios de salud debe tener claras las vías de referencia a los lugares donde se puede proporcionar atención del aborto, en caso de que no esté disponible localmente, así como los procedimientos para abordar las complicaciones.

Donde existan directrices nacionales, se debe hacer todo lo posible por incorporar los datos y las mejores prácticas con base empírica para aumentar el acceso y garantizar la seguridad, a la vez que se simplifican en la medida de lo posible los servicios de salud prestados. IPPF apoya el traspaso de tareas, con el objetivo de desmedicalizar el aborto y optimizar el uso de los recursos humanos disponibles para garantizar que la persona reciba una atención del aborto puntual y de alta calidad.



## 1.4 Requisitos para el personal de servicios de aborto

Todas las personas en puestos de dirección/gerencia de las instalaciones y todo el personal de servicios de salud deben conocer lo siguiente:

- leyes, políticas, reglamentos y directrices locales y nacionales para la atención del aborto, incluidos qué métodos de aborto seguros están disponibles (lo que también depende de las aptitudes del personal, los equipamientos/instalaciones disponibles y la capacitación), así como las vías de atención permitidas (p. ej. en la clínica, telemedicina, autogestionado en casa);
- políticas, procesos, estándares y mejores prácticas organizativas y profesionales para la prestación de servicios de salud, documentación, elaboración de informes, auditorías y seguimiento de las referencias;
- política organizativa;
- cuándo y cómo detectar, referir y hacer un seguimiento con personas usuarias que exigen una atención del aborto especializado o de más alto nivel, por ejemplo, intervenciones operativas, complicaciones graves.

### 1.4.1 Requisitos de personal

En un centro de salud que ofrece atención del aborto, se debe capacitar y evaluar a un número adecuado de personal con una combinación de aptitudes apropiadas y que sea competente en lo siguiente:

- consejería
- capacidad de determinar la elegibilidad de un método anticonceptivo y de aborto (edad gestacional y condiciones clínicas)
- análisis clínicos y de laboratorio, cuando fuera necesario
- capacidad de realizar o saber cuándo referir para hacer una ecografía, si fuera necesario
- procedimientos de aborto quirúrgico o médico
- analgésicos
- control de infecciones y procesamiento del instrumental
- asistencia posterior al aborto
- identificación y manejo de las emergencias médicas
- atención de seguimiento para las personas usuarias

## 2. Atención antes del aborto

### 2.1 Cómo tomar los antecedentes médicos y realizar los exámenes físicos

La primera tarea para el personal de servicios de salud es establecer una buena relación con sus pacientes para averiguar qué tipo de atención están buscando y para realizar una evaluación clínica (consultar el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#) y el [capítulo 3: Consejería](#)).

Además de la toma de antecedentes médicos y los exámenes físicos habituales recomendados para todos los tipos de servicios de salud, durante la evaluación clínica se deben seguir los pasos siguientes:

1. Evaluación correcta de la edad gestacional: esto sirve para fundamentar el método de abordaje y la preparación para el aborto (consultar el [recuadro 1](#) y la [tabla 2](#)):
  - Confirmar el embarazo si la persona no está segura (utilizar el procedimiento descrito en el [capítulo 9: Salud materna, apéndice 2](#)).
  - Determinar la edad gestacional: esto normalmente se puede hacer basándose solamente en el primer día de la última menstruación o en combinación con el

#### RECUADRO 1: Por qué es importante valorar correctamente la edad gestacional antes de un aborto

- El riesgo de complicaciones por un aborto aumenta con la edad gestacional.
- El personal necesita competencias y equipamiento adicionales para edades gestacionales más avanzadas.
- Los esquemas posológicos para el aborto médico deben ajustarse según la edad gestacional para reducir las posibilidades de que el procedimiento fracase (debido a dosis insuficientes) o la hiperestimulación uterina (debido a altas dosis de misoprostol) (consultar la [tabla 3](#) para ver los esquemas posológicos).
- El aborto quirúrgico con más de 12 ó 14 semanas de gestación exige preparación del cuello uterino antes de la intervención. Sin embargo, la preparación del cuello uterino puede realizarse también para abortos quirúrgicos de menos de 12 semanas en personas con características concretas (p. ej. jóvenes y sin descendencia, con intervenciones cervicouterinas previas, con riesgo general más alto de sufrir complicaciones por el aborto) o cuando lo realiza personal con menos experiencia.



uso de una herramienta de validación. Si no se sabe con certeza cuando fue la última menstruación, se puede utilizar un examen físico (examen abdominal/ bimanual). El uso sistemático de ecografías no es necesario ni recomendado para ofrecer asistencia con un aborto provocado [1]. No obstante, en ciertas situaciones clínicas, es posible que sean necesarias pruebas complementarias adicionales como ecografía o gonadotropina coriónica humana (GCH) beta en sangre para determinar la localización del embarazo o la edad gestacional (consultar el [apartado 2.2](#)).

2. Identificación de cualquier problema médico concomitante que podría plantear la necesidad de atención adicional o la recomendación de un tipo de procedimiento sobre otro:

- Tomar los antecedentes médicos y obstétricos, antecedentes de todas las enfermedades ginecológicas y antecedentes de todas las intervenciones quirúrgicas. En concreto, registrar lo siguiente:
  - Un anterior parto por cesárea no es una contraindicación para un aborto provocado. Anteriores partos por cesárea o las cicatrices uterinas clásicas exigen una atención adicional en las siguientes circunstancias: (a) durante evacuaciones quirúrgicas, especialmente con una edad gestacional más avanzada debido al riesgo de perforación; y (b) durante los procedimientos médicos, debido a un mayor riesgo de ruptura uterina. Varios partos anteriores por cesárea pueden aumentar los riesgos en los abortos tanto quirúrgicos como médicos debido al riesgo de implantación en la cicatriz uterina, lo que ocasionaría un riesgo de hemorragia.
  - Los miomas pueden aumentar el tamaño uterino durante el examen y afectar a la valoración fiable de la edad gestacional. También hay una pequeña posibilidad de que los miomas submucosos puedan deformar la cavidad uterina dificultando las intervenciones quirúrgicas.
  - En presencia de malformaciones uterinas o deformaciones graves de la cavidad uterina, se podría preferir un aborto médico en lugar de una evacuación quirúrgica o se puede necesitar orientación mediante ecografía para llevar a cabo una intervención quirúrgica.
  - Si hay antecedentes de intervenciones en el cuello uterino, la dilatación cervicouterina podría resultar más difícil y se necesitaría preparación adicional (consultar información sobre la preparación del cuello uterino en el [recuadro 1](#) en la página anterior).
  - Antecedentes o presencia de enfermedades que aumentan el riesgo de una implantación

ectópica, incluidos anteriores embarazos ectópicos, antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica o intervenciones abdominales, embarazo con dispositivo intrauterino (DIU) implantado, o síntomas como sangrado vaginal/oligometrorragia o dolor pélvico unilateral.

- Anotar cualquier otra enfermedad concomitante como diabetes, hipertensión, asma, cardiopatía, trastorno de la coagulación, porfiria o antecedentes de alergia a algún medicamento.
3. Otros puntos que deben abordarse durante la evaluación clínica:
- *Riesgo actual de ITS, incluido VIH:* Ofrecer información sobre los beneficios de las pruebas diagnósticas. Si la persona da su consentimiento para realizar los análisis y existe una ITS activa o un resultado positivo en la prueba de VIH, ofrecer tratamiento con información sobre los beneficios, pero no se debe retrasar la prestación de un aborto. Si la persona presenta una ITS activa, tratar primero la ITS antes de realizar una intervención quirúrgica puede evitar una infección ascendente (consultar el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#) y el [capítulo 7: VIH](#)) pero no se puede retrasar la intervención si el acceso al aborto es difícil y el tratamiento puede comenzarse el mismo día de la intervención.
  - *Uso actual de anticonceptivos, si procede:* Es posible que la persona haya estado utilizando un método correctamente, pero este haya fallado. Esta es una oportunidad para hablar de otras opciones anticonceptivas. Si hay implantado un DIU, este debe extraerse antes de practicar un aborto médico.
  - *Violencia sexual y basada en el género y mutilación genital femenina:* Todos los contactos con una persona proveedora de servicios en una clínica de salud sexual y reproductiva son oportunidades para identificar a personas afectadas por la violencia sexual basada en el género. Por eso el personal debe conocer los signos de la violencia sexual basada en el género. Para personas con mutilación genital femenina de tipo III, se debe sugerir desinfibulación. Esto puede realizarse al mismo tiempo que un aborto quirúrgico, si ese es el procedimiento elegido (consultar el [capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género](#)).
  - *Medicamentos y alergias:*
    - Se deben descartar alergias a la mifepristona o el misoprostol. Si se confirma alguna alergia, se debe pensar en una intervención quirúrgica o un tratamiento farmacológico o preparación cervicouterina alternativos, si fuera necesario.



- Los medicamentos para tratar la epilepsia y la tuberculosis, los antirretrovirales o los corticoesteroides pueden reducir la eficacia de la mifepristona si se toman con regularidad.

## 2.2 Otras pruebas complementarias

Para ofrecer un aborto seguro durante el primer trimestre, no se necesita ninguna otra prueba complementaria sistemática, pero se pueden ofrecer los siguientes análisis adicionales:

- Se debe determinar el factor Rh, si fuera posible, y recetar anti-D a personas con sangre tipo Rh negativo que vaya a someterse a evacuación quirúrgica o aborto médico con más de 12 semanas. Sin embargo, si no se dispone de estos recursos (pruebas Rh y anti-D), no se debe suspender la intervención.
- Se pueden hacer análisis de sangre para comprobar los niveles de hemoglobina si existe sospecha clínica de anemia. Si el nivel de hemoglobina de la persona se encuentra por debajo de 8 g/dl, se debe considerar la posibilidad de tratar o referir a un centro de mayor complejidad.
- No se recomiendan ecografías ni son necesarias de forma sistemática, a menos que haya alguna inquietud o se necesite confirmar la edad gestacional, como en las situaciones que a continuación se indican. Asegúrese de que el procedimiento no se retrase indebidamente a causa de esto.
  - La persona no se acuerda de la fecha de su última menstruación o tiene periodos irregulares, por ejemplo, debido al uso de anticonceptivos de progestágeno solo o a lactancia, y la edad gestacional no puede determinarse mediante examen físico.
  - Existe discrepancia entre la edad gestacional que se haya determinado según la fecha de la última menstruación y la que indique el tamaño uterino mediante examen bimanual.
  - Existe sospecha de embarazo ectópico basada en factores de riesgo o un útero pequeño para la edad gestacional.
  - Otros trastornos (p. ej. miomas).

## 2.3 Información, consejería y consentimiento informado

### 2.3.1 Información y consejería

Al igual que ocurre con cualquier intervención o asistencia sanitaria, se debe obtener consentimiento informado (consultar el [capítulo 3: Consejería](#)).

### Anticoncepción después del aborto

El personal de servicios de salud debe hablar con la persona sobre la anticoncepción posterior al aborto. La persona debe saber que la fertilidad puede regresar hasta 8 días después de un aborto temprano; la ovulación se produce en el plazo de 1 mes desde un aborto durante el primer trimestre en un 90 por ciento de las personas (consultar el [apartado 5: Anticoncepción después del aborto](#)). Si la persona elige un método anticonceptivo, se debe facilitar dicho anticonceptivo o una receta, colocación o cita para la colocación, si fuera necesario. Sin embargo, la aceptación de anticonceptivos después de un aborto nunca debe ser un requisito para proporcionar atención del aborto.

La consejería nunca debe imponerse; sin embargo, las personas que estén pensando la opción de un aborto deben tener acceso a consejería exhaustiva, sin imposición, que dé apoyo y responda a las necesidades, a las circunstancias y al contexto cultural de cada persona. Las personas usuarias siempre deben tener acceso a información correcta e imparcial.

El personal de servicios de salud debe tomarse el tiempo necesario para hablar con la persona sobre las opciones disponibles y no esperar una decisión inmediata (consultar el [apartado 2.3.1.1](#)). Si fuera necesario, explicar claramente a la persona que puede regresar en cualquier otro momento. Sin embargo, la mayoría de las personas habrá decidido firmemente no llevar el embarazo a término antes de acudir al personal de servicios de salud para pedir ayuda y debe recibir asistencia sin necesidad de otra visita. La información clave del [apartado 2.3.1.1](#) debe facilitarse a una clínica independientemente de donde tenga lugar el aborto (p. ej. en una clínica o mediante telemedicina).

#### 2.3.1.1 Información clave que debe facilitarse para obtener consentimiento informado

Para todos los procedimientos de aborto:

- Ofrecer a la persona información sobre todas las opciones disponibles para el embarazo actual y documentar claramente la decisión independiente de cada persona.
- Informar a las personas que sea apta para procedimientos médicos o quirúrgicos sobre las características de cada método de tratamiento (consultar la [tabla 2](#)).
- Explicar lo que la persona puede esperar antes, durante y después del procedimiento, y garantizar que todas las personas sepan cuándo podrían sentir molestias, cuánto podrían durar estas y qué medicamentos tendrán a su disposición para tratarlas.



*Para el aborto médico:*

- Explicar la posibilidad de sangrado abundante con coágulos, paso de productos de la concepción y dolor que, para algunas personas, podría ser considerablemente más intenso que los calambres menstruales normales; explicar que hay analgésicos disponibles (consultar el *apartado 2.4*).
- Explicar que el aborto médico es un proceso que suele durar entre 2 y 3 días y que el sangrado puede continuar más tiempo durante 2–3 semanas.

*Para el aborto quirúrgico:*

- Explicar que se necesitará un examen/instrumentación internos con un espéculo para introducir dilatadores cervicouterinos (si fuera necesario), además de una cánula de aspiración.
- Explicar a la persona que podría sentir molestias al dilatar el cuello uterino, calambres abdominales dolorosos durante y después de la intervención, y que habrá analgésicos disponibles.
- Explicar que, para la aspiración al vacío, la intervención suele durar 5 minutos. Las intervenciones de DyE pueden durar más (hasta 20 o 30 minutos).
- Se debe explicar los efectos secundarios de todos los analgésicos y se debe ofrecer a todas las personas las opciones apropiadas para el abordaje de los efectos secundarios.

*Sobre los riesgos y las complicaciones [6]:*

- Informar a la persona de que las complicaciones graves después de los abortos médicos y quirúrgicos seguros no son habituales (<1 por ciento).
- El riesgo de las siguientes complicaciones es más bajo para los abortos durante el primer trimestre que para los abortos durante el segundo o tercer trimestre: hemorragia grave, ruptura uterina, traumatismo cervicouterino y perforación uterina.
- Para un aborto médico a una edad gestacional más avanzada, las personas con cicatrices uterinas tienen un riesgo bajo de dehiscencia de las cicatrices.
- Para el aborto quirúrgico, existe un bajo riesgo de las siguientes complicaciones que pueden necesitar traslado a otras instalaciones y operaciones adicionales, incluida la laparotomía: hemorragia, perforación uterina, infección, daños a la vejiga y los intestinos (<1 por ciento).

- La persona debe conocer los signos de las siguientes complicaciones poco habituales para que pueda buscar inmediatamente asistencia adecuada:
  - Aborto incompleto: Esto podría necesitar dosis adicionales de misoprostol o una intervención quirúrgica para finalizar el aborto.
  - Infección: Esto es más habitual con el aborto quirúrgico que con el médico y puede necesitar tratamiento con antibióticos o el traslado a un hospital para recibir tratamiento adicional en caso de ser grave.
  - Continuación del embarazo: Los síntomas de continuación del embarazo después de una aspiración manual endouterina al vacío (AMEU) o aborto médico también podrían indicar una localización ectópica del embarazo. Esto necesitará pruebas de confirmación y la correspondiente atención (consultar el *apartado 4.3.1* y el *capítulo 9: Salud materna*).

## 2.4 Analgésicos

Los dos principales focos de dolor durante un aborto son la dilatación del cuello uterino y las contracciones del útero. Es importante que el personal de servicios de salud sepa cuándo cabe esperar dolor durante la intervención para prevenirlo idealmente y planificar la anestesia/ los analgésicos en el momento correcto. Se debe ofrecer analgésicos a todas las personas que se sometan a un aborto médico o quirúrgico, y el plan de analgésicos personalizado debe realizarse antes de iniciar el aborto. En el *apartado 2.4.1* se ofrecen unos puntos clave para el personal de servicios de salud sobre analgésicos y en la *tabla 1* (página siguiente) se puede consultar un resumen de las opciones analgésicas.

### 2.4.1 Puntos clave para el personal de servicios de salud [7]

- Es necesario contar con métodos no farmacológicos para reducir el dolor y la ansiedad de los procedimientos abortivos. Entre ellos figuran preparar a la persona durante la consejería antes del procedimiento y explicar lo que cabe esperar, además de tranquilizar y apoyar verbalmente durante todo el proceso.
- Reducir las molestias de la persona también puede reducir el tiempo que se tarda en realizar el procedimiento.
- En la mayoría de los casos es suficiente con analgésicos como antiinflamatorios no esteroideos (AINE), anestesia local o sedación consciente acompañados de mensajes verbales tranquilizadores.



- Los AINE profilácticos, a suficientes dosis, son los analgésicos de primera línea preferidos, que pueden reducir la necesidad de analgésicos narcóticos durante los abortos quirúrgicos. También se deben ofrecer si se utiliza misoprostol como tratamiento previo.
- Para asegurar que los medicamentos por vía oral (AINE y analgésicos) sean lo más eficaces posible en el momento de la intervención, administrarlos 30 o 45 minutos antes de su inicio.
- La necesidad de analgésicos aumenta con la edad gestacional; la analgesia narcótica (con o sin ansiolíticos) puede ser necesaria para DyE.
- La anestesia local, como el bloqueo paracervical con lidocaína, aliviará las molestias de la intervención quirúrgica y debe administrarse sistemáticamente si se dispone de ella (*apéndice 1*).
- El paracetamol (por vía oral o rectal) no es eficaz para reducir el dolor durante el aborto médico o quirúrgico, pero puede utilizarse para tratar la fiebre o junto con los AINE o, en caso de alergia, como sustitución de los AINE.
- No se recomienda utilizar anestesia general para intervenciones de aborto normales, incluida DyE de rutina, ya que se ha asociado con unas tasas más altas de complicaciones que los analgésicos y la anestesia local.

**TABLA 1: Resumen de las opciones analgésicas**

	Aborto quirúrgico	Aborto médico
<b>Métodos no farmacológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación respetuosa y sin prejuicios.</li> <li>• Palabras tranquilizadoras y de apoyo.</li> <li>• Explicar detalladamente lo que cabe esperar.</li> <li>• La presencia de una persona de apoyo que puede permanecer con la persona usuaria durante el proceso (si así lo desea).</li> <li>• Bolsa de agua caliente o compresa caliente.</li> <li>• Avisar por adelantado de cada paso del procedimiento (si así lo desea la persona).</li> <li>• Una técnica operativa suave y delicada.</li> <li>• Fomentar el uso de una respiración profunda y controlada.</li> <li>• Escuchar música.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación respetuosa y sin prejuicios.</li> <li>• Palabras tranquilizadoras y de apoyo.</li> <li>• Explicar detalladamente lo que cabe esperar.</li> <li>• La presencia de una persona de apoyo que puede permanecer con la persona usuaria durante el proceso (si así lo desea).</li> <li>• Bolsa de agua caliente o compresa caliente.</li> <li>• El movimiento ayuda a reducir el dolor (al igual que durante el trabajo de parto).</li> <li>• Fomentar el uso de una respiración profunda y controlada.</li> <li>• Escuchar música.</li> </ul>
<b>Métodos farmacológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgésicos (AINE, p. ej. 400–800 mg de ibuprofeno).</li> <li>• Ansiolíticos/sedantes (p. ej. 5–10 mg de diazepam).</li> <li>• Anestesia local (bloqueo paracervical usando lidocaína, normalmente 20 ml al 1 por ciento o 10 ml al 2 por ciento).</li> <li>• Sedación consciente (una combinación de un sedante para relajar y anestesia para bloquear el dolor) si se dispone de ellos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgésicos (AINE, p. ej. 400–800 mg de ibuprofeno).</li> <li>• También se pueden administrar medicamentos complementarios para tratar los efectos secundarios del misoprostol (p. ej. loperamida para la diarrea).</li> </ul> <p>&gt;12 semanas de gestación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer al menos una de las siguientes opciones adicionales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opioides por vía oral (p. ej. tramadol).</li> <li>• Opioides por vía intramuscular o intravenosa.</li> <li>• Anestesia epidural (para edades gestacionales más avanzadas).</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: OMS [1], Ipas [6].



## 3. Métodos de aborto

### 3.1 Opciones recomendadas para los abortos médicos y quirúrgicos

El aborto puede llevarse a cabo con medicamentos, usando un tratamiento combinado de mifepristona más misoprostol o misoprostol solo, o quirúrgicamente, usando aspiración al vacío para edades gestacionales inferiores a las 14 semanas o usando DyE a las 14 o más semanas de gestación.

Los métodos siguientes se recomiendan para abortos de hasta 12 semanas de gestación:

- Métodos quirúrgicos: AMEU o aspiración eléctrica endouterina al vacío (AEEU).
- Métodos médicos:
  - Aborto médico combinado (mifepristona por vía oral seguida de misoprostol).
  - Misoprostol solo en varias dosis, cuando no se disponga de mifepristona.

La dilatación y curetaje (DyC) es un método obsoleto de aborto quirúrgico que debe reemplazarse por aspiración al vacío o métodos médicos [1,8].

Los métodos siguientes se recomiendan para abortos a las 12 o más semanas de gestación:

- Métodos médicos:
  - Aborto médico combinado (mifepristona por vía oral seguida de varias dosis de misoprostol).
  - Misoprostol solo en varias dosis, cuando no se disponga de mifepristona.
- Método quirúrgico: AMEU o AEEU hasta las 14 semanas de gestación y DyE con aspiración al vacío y fórceps después de las 14 semanas de gestación.

El personal de servicios de salud debe asegurarse de mantenerse al día sobre las prácticas actuales con base empírica y cómo ofrecerlas en un entorno seguro, digno y respetuoso. Esto ayuda a garantizar que la persona se sienta capacitada para tomar las mejores decisiones sobre qué tipo de procedimiento de aborto prefieren, incluido cuando eligen la autoatención en el aborto.

En los apartados siguientes y en las *tablas 2, 3, y 4* se pueden consultar más información sobre los procedimientos médicos y quirúrgicos.



TABLA 2: Características de los procedimientos médicos y quirúrgicos del aborto por intervalos de edad gestacional

Aborto médico	Aborto quirúrgico
<b>Gestación &lt;12 semanas</b>	<b>Gestación &lt;14 semanas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mifepristona + misoprostol (aborto médico combinado) o misoprostol solo.</li><li>• Evita la cirugía.</li><li>• Puede realizarse en un centro de salud o puede autogestionarse en casa u otro lugar (con acceso a información precisa, medicamentos de calidad y acceso a personal de servicios de salud si fuera necesario).</li><li>• La interrupción del embarazo lleva tiempo (de horas a días) y su duración puede ser impredecible.</li><li>• Reproduce el proceso de un aborto espontáneo.</li><li>• La persona experimenta sangrado y calambres, así como posiblemente varios otros efectos secundarios (náuseas, vómitos, fiebre ligera, escalofríos y diarrea).</li><li>• Las opciones anticonceptivas que pueden iniciarse en el momento del aborto médico se limitan a los métodos hormonales.</li><li>• Puede preferirse en las situaciones siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>• La persona desea evitar una intervención quirúrgica.</li><li>• La persona desea autogestionar la medicación (hasta 12 semanas).</li><li>• La instrumentación pélvica no es posible o no se desea.</li><li>• La persona está gravemente obesa.</li><li>• La persona tiene deformaciones uterinas o miomas.</li></ul></li><li>• <b>Las complicaciones</b> son poco habituales (&lt;5 por ciento), pero podrían incluir: infección, hemorragia excesiva, continuación del embarazo y necesidad de una intervención quirúrgica si el aborto fracasa o está incompleto.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aspiración al vacío (manual o eléctrica).</li><li>• Exige instrumentación del útero.</li><li>• Tiene lugar en un centro de salud.</li><li>• Intervención rápida, la duración del aborto está controlada por el centro de salud y el personal de servicios de salud.</li><li>• Resulta fácil verificar que el aborto está completo mediante el análisis de los productos de la concepción aspirados.</li><li>• Todos los métodos anticonceptivos, incluida la oclusión tubárica (esterilización femenina) o la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) pueden realizarse al mismo tiempo que la intervención.</li><li>• Puede preferirse en las situaciones siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>• Contraindicaciones del aborto médico.</li><li>• Limitaciones temporales para el aborto.</li></ul></li><li>• <b>Las complicaciones</b> son poco habituales (&lt;1 por ciento), pero podrían incluir: infección; hemorragia excesiva; traumatismo cervicouterino; perforación del útero, la vejiga o los intestinos; continuación del embarazo y necesidad de una intervención quirúrgica adicional si el aborto fracasa.</li></ul>





Aborto médico	Aborto quirúrgico
<b>Gestación <math>\geq 12</math> semanas</b>	<b>Gestación <math>\geq 14</math> semanas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mifepristona + misoprostol (tratamiento combinado) o misoprostol solo.</li><li>• Evita la cirugía.</li><li>• Tiene lugar en un centro de salud; la persona permanece en el centro hasta que finaliza la expulsión del embarazo (normalmente asistencia ambulatoria).</li><li>• La interrupción del embarazo lleva tiempo (de horas a días) y su duración puede ser impredecible.</li><li>• Reproduce el proceso de un aborto espontáneo.</li><li>• La persona experimenta sangrado y calambres, así como posiblemente varios otros efectos secundarios (náuseas, vómitos, fiebre ligera, escalofríos y diarrea).</li><li>• Resulta fácil verificar que el aborto está completo mediante el análisis de los productos de la concepción expulsados.</li><li>• Se pueden iniciar inmediatamente todos los anticonceptivos hormonales; la colocación de un DIU o la oclusión tubárica (esterilización femenina) pueden realizarse inmediatamente después de la expulsión.</li><li>• Puede preferirse o ser necesario en las situaciones siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>• La persona desea evitar una intervención quirúrgica.</li><li>• La persona está gravemente obesa.</li><li>• La persona tiene deformaciones uterinas o miomas, o antecedentes de cirugía en el cuello uterino.</li><li>• Si la intervención quirúrgica no tiene éxito.</li></ul></li><li>• <b>Las complicaciones</b> son poco habituales pero podrían incluir: infección, hemorragia excesiva, ruptura uterina, aborto incompleto o continuación del embarazo (más habitual en gestaciones más tempranas). La retención de la placenta puede producirse en al menos un 10 por ciento de los casos, lo que exige una intervención con retirada manual o un procedimiento de aspiración.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dilatación y evacuación (DyE).</li><li>• Exige instrumentación uterina, y necesita preparación del cuello uterino antes de la intervención.</li><li>• Tiene lugar en un centro de salud.</li><li>• Una intervención relativamente más corta que el aborto médico, en cuanto la preparación del cuello uterino sea la adecuada; la duración del aborto está controlada por el centro de salud y el personal de servicios de salud.</li><li>• Resulta fácil verificar que el aborto está completo mediante el análisis de los productos de la concepción evacuados.</li><li>• Todos los métodos anticonceptivos, incluida la oclusión tubárica (esterilización femenina) o la colocación de un DIU, pueden realizarse al mismo tiempo que la intervención.</li><li>• Puede preferirse o ser necesario en las situaciones siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>• La persona tiene alergia a la mifepristona o el misoprostol.</li><li>• Limitaciones temporales para el aborto.</li><li>• Si el aborto médico es prolongado o no tiene éxito.</li></ul></li><li>• <b>Las complicaciones</b> son poco habituales pero podrían incluir: infección; hemorragia excesiva; perforación del útero, la vejiga y los intestinos, traumatismo cervicouterino, aborto incompleto o continuación del embarazo.</li></ul>

Fuente: OMS [1], RCOG [9].



## 3.2 Aborto médico [1]

El tratamiento médico del aborto provocado en todas las edades de gestación es más eficaz cuando se utiliza una combinación de mifepristona y misoprostol (*recuadro 2*). Este tratamiento también reduce el intervalo de inducción al aborto y reduce los efectos secundarios en comparación con el tratamiento con misoprostol solo. Por lo tanto, para los abortos provocados (y para los casos de muerte fetal o embrionaria intrauterina), el tratamiento combinado siempre debe ser la primera opción si se dispone de mifepristona, mientras que el tratamiento con misoprostol solo es la opción alternativa. Para el tratamiento de un aborto incompleto, el tratamiento con misoprostol solo es el único tratamiento recomendado. El misoprostol puede administrarse a través de varias vías (vaginal, sublingual o bucal), mientras que la mifepristona siempre se administra por vía oral. Consultar la [tabla 3](#) para ver más información sobre esquemas posológicos, dosis y vías de administración para varias indicaciones.

### 3.2.1 Autogestión del aborto médico

IPPF entiende la autogestión del aborto como el derecho de las personas a realizar una parte o la totalidad de su proceso de aborto, con o sin el apoyo del personal de servicios de salud. Las recomendaciones de la OMS indican que las personas que tengan acceso a información precisa, medicamentos de calidad garantizada y a personal de servicios de salud calificado pueden autogestionar su proceso de aborto médico hasta las 12 semanas de gestación, incluida la autoevaluación de su elegibilidad, la autoadministración de los medicamentos abortivos fuera del centro de salud, y la autoevaluación del éxito del proceso del aborto usando pruebas de embarazo (a las 2 o 4 semanas después del aborto), así como listas de comprobación.<sup>†</sup> La autogestión del aborto médico suele ser la alternativa preferida para algunas personas porque es más asequible, reduce la necesidad de transporte, mejora la privacidad, disminuye el estigma, es cómoda y ofrece un acceso más fácil para las personas con movilidad limitada.

La autogestión del aborto pone a la persona firmemente en el centro del proceso del aborto; no obstante, hay varias partes interesadas que también pueden desempeñar un papel al permitir y facilitar este enfoque. La autogestión del aborto médico es más eficaz cuando las personas tienen acceso a información precisa, comprimidos de aborto médico de calidad y a proveedores o facilitadores calificados y empáticos, si fuera necesario o deseado en cualquier momento durante el proceso.

<sup>†</sup> Existen datos limitados entre las 10 y 11 semanas y no hay datos comparativos sobre el uso en el hogar del misoprostol como parte de un tratamiento combinado tras 11 semanas de gestación [6].

### RECUADRO 2: Información clave sobre la mifepristona y el misoprostol y su eficacia en los esquemas de administración para abortos médicos

- La mifepristona funciona bloqueando los efectos de la progesterona e inhibiendo así el apoyo hormonal y vascular al embarazo, lo que induce dilatación cervicouterina y contracciones del útero. También aumenta la sensibilidad del miometrio a las prostaglandinas.
- El misoprostol es un análogo de la prostaglandina que ocasiona contracciones uterinas y ablandamiento del cuello uterino (dilatación cervicouterina) para permitir el paso del embarazo.
- Se recomienda un tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol para el aborto médico; cuando no se disponga de mifepristona, se puede seguir un tratamiento con misoprostol solo.
- Un tratamiento combinado de mifepristona y misoprostol es eficaz y seguro, con tasas de éxito superiores al 95 por ciento, tasas de continuación del embarazo inferiores al 2 por ciento, y tasas de complicaciones inferiores al 1 por ciento hasta las 10 semanas de gestación. Entre las semanas 10 y 13, la tasa de éxito de la mifepristona combinada con el misoprostol es de más del 95 por ciento, con una tasa de continuación del embarazo de aproximadamente el 2 por ciento y una tasa de complicaciones del 3 por ciento.
- El tratamiento con misoprostol solo tiene unas tasas de éxito más bajas de alrededor del 80 al 85 por ciento, con tasas de continuación del embarazo del 3 al 10 por ciento y tasas de complicaciones del 1 al 4 por ciento hasta las 13 semanas de gestación.

Fuente: Ipas [6].

El personal de servicios de salud debe reconocer el aborto autogestionado como un enfoque válido y estar listo para desempeñar un papel que facilite la ayuda interviniendo en tres componentes de apoyo para la autoatención en el aborto:

1. **Entrega de información correcta y accesible** sobre el aborto y, en particular, sobre el aborto médico, incluido qué cabe esperar, las dosis, los efectos secundarios y los signos de complicaciones. La información se puede proporcionar a través de diversas estrategias, como líneas de atención telefónica, mediante pares,



sitios web o con la referencia a otras fuentes confiables de información y ayuda.

**2. El acceso a comprimidos de aborto médico de calidad.**

Se puede ayudar a las personas que elijan autogestionar su aborto para que accedan a comprimidos de aborto médico de calidad, por ejemplo, mediante la entrega de recetas digitales, asociaciones con farmacéuticos, o mediante la venta de comprimidos por correo o despachados por personal sanitario de la comunidad.

- 3. La prestación de asistencia durante el proceso de autogestión.** El personal de servicios de salud debe estar preparado para atender las necesidades de cada persona en cualquier etapa del proceso de aborto. Esto incluye, por ejemplo, prestar consejería sobre el aborto cuando se solicite y crear redes de referencia en caso de dudas o para el tratamiento de las complicaciones, para la asistencia posterior al aborto o para otros servicios relevantes que sean necesarios.

**3.2.2 Información adicional para la atención de pacientes de abortos médicos**

El uso sistemático de profilaxis antibiótica **NO** es necesario para el aborto médico a cualquier edad gestacional si no se realiza instrumentación del cuello uterino o del útero, ni se hace una retirada manual de la placenta en los abortos médicos durante el segundo trimestre.

Tanto para los abortos médicos como los quirúrgicos de menos de 12 semanas, la OMS recomienda no administrar inmunoglobulina anti-D para evitar isoimmunización Rh en personas Rh negativas [1]. Más allá de las 12 semanas, si estuviera disponible, se debe administrar inmunoglobulina anti-D mediante inyección en el músculo deltoides a todas las personas Rh negativas durante el aborto quirúrgico o en un plazo de 72 horas después de un aborto médico; sin embargo, no se debe rechazar ni retrasar la atención del aborto si esto no fuera posible (consultar el [apartado 3.3](#) para ver información sobre el aborto quirúrgico).

Independientemente de la edad gestacional o el esquema posológico utilizado (combinado o misoprostol solo), se debe tener en cuenta la repetición de las dosis de misoprostol. La mayoría de los abortos médicos hasta las 10 semanas tendrán éxito con solamente una dosis de misoprostol, mientras que los abortos entre 10 y 13 semanas normalmente necesitarán de dos dosis; más allá de las 13 semanas es posible que se necesiten de 3 a 5 dosis. Las directrices de atención del aborto de la OMS no fijan un número máximo de dosis de misoprostol pero advierten al personal de servicios de salud que debe tener precaución y aplicar razonamiento clínico a la hora de tomar esta decisión [1]. Según las recomendaciones de la OMS: «El personal de servicios de salud debe tener precaución y aplicar razonamiento clínico a la hora de decidir el número máximo de dosis de misoprostol para las personas embarazadas con previa incisión uterina. La ruptura uterina es una complicación poco habitual; el razonamiento clínico y la preparación del sistema de salud para el abordaje de emergencia de una ruptura uterina debe tenerse muy en cuenta con edades gestacionales avanzadas» [1].

Asegúrese de que la persona tenga acceso a analgésicos, toallas higiénicas y baños privados mientras espera la expulsión del embarazo después de un aborto médico, tanto en el centro de salud como en su casa.



**TABLA 3: Tratamiento médico del aborto: Esquemas posológicos recomendados por la OMS**

Recomendaciones	Esquema posológico combinado (recomendado)		Misoprostol solo (alternativa)
	Mifepristona	Misoprostol	Misoprostol <sup>1</sup>
	<b>Mifepristona &gt;&gt; 1–2 días &gt;&gt; Misoprostol</b>		
<b>Aborto provocado &lt; 12 semanas</b>	200 mg por vía oral una vez	800 µg por vía SL, B o V <sup>2</sup>	800 µg por vía SL, B o V cada 3 horas <sup>3</sup>
<b>Aborto provocado ≥ 12 semanas</b>	200 mg por vía oral una vez	400 µg por vía SL, B o V cada 3 horas <sup>4,5</sup>	400 µg por vía SL, B o V cada 3 horas <sup>4,5</sup>
<b>Muerte fetal intrauterina ≥ 14–28 semanas</b>	200 mg por vía oral una vez	400 µg por vía SL o V cada 4–6 horas <sup>4,5</sup>	400 µg por vía SL (preferida) o V cada 4–6 horas <sup>4,5</sup>

**Abreviaturas:** B, bucal (entre la encía y la parte interior de la mejilla); V, vaginal; SL, sublingual.

Fuente: OMS [1], Ipas [6].

- <sup>1</sup> Si el tamaño uterino es de 22 semanas y la persona tiene antecedentes de parto por cesárea o 13–22 semanas con más de un parto anterior por cesárea, hay que pensar en reducir la dosis de misoprostol con o sin aumentar el intervalo posológico.
- <sup>2</sup> Si la hemorragia no comienza en un plazo de 24 horas, o si no está claro si el aborto se ha producido o no, se pueden administrar cuatro comprimidos más de misoprostol, que se tomarán de la misma manera que la dosis inicial (es decir, por vía bucal, sublingual o vaginal). Es habitual que se necesiten dos dosis de misoprostol para embarazos de entre 10 y 13 semanas de gestación. Si la hemorragia no ha comenzado en un plazo de 24 horas desde la segunda dosis de misoprostol, pensar y evaluar la posibilidad de un embarazo ectópico (consultar el [capítulo 9: Salud materna, apartado 4.3.1](#)) o aborto fallido.
- <sup>3</sup> Aunque es posible que algunas personas necesiten dosis adicionales de misoprostol para finalizar el aborto, si la hemorragia no comienza en un plazo de 24 horas desde la tercera dosis de misoprostol, o si no está claro si el aborto se ha producido o no, se debe pensar y evaluar la posibilidad de un embarazo ectópico (consultar el [capítulo 9: Salud materna, apartado 4.3](#)) o aborto fallido.
- <sup>4</sup> Consulte la información sobre varias dosis de misoprostol indicada anteriormente.
- <sup>5</sup> Si la persona está estable, el personal debe esperar al menos 4 horas después de la expulsión fetal para el paso de la placenta.

## 3.3 Aborto quirúrgico

### 3.3.1 Profilaxis antibiótica

Para reducir el riesgo de infección después de la intervención, se recomienda iniciar profilaxis antibiótica preoperatoria o perioperatoriamente, tanto si la persona ha solicitado una prueba de detección de ITS como si no. Los centros que ofrezcan abortos quirúrgicos deben asegurarse de contar con un suministro adecuado de antibióticos. Sin embargo, si no se dispone de antibióticos, el aborto igual puede realizarse.

### 3.3.2 Preparación del cuello uterino

Una adecuada preparación del cuello uterino disminuye la morbilidad asociada al aborto quirúrgico después de las 13 semanas, incluido el riesgo de lesión cervicouterina, perforación uterina y aborto incompleto. Por tanto, se recomienda la preparación del cuello uterino antes de un aborto quirúrgico para todos los embarazos de más de 12 semanas y puede plantearse como opción en ciertas circunstancias para edades gestacionales más tempranas (consultar el [recuadro 1](#)). Para la preparación del cuello uterino se pueden utilizar fármacos y dilatadores osmóticos ([tabla 4](#) en la página siguiente).



**TABLA 4: Preparación del cuello uterino para un aborto quirúrgico**

Hasta las 14 semanas de gestación	Más de 14 semanas de gestación
<p><b>Misoprostol</b> 400 µg administrados por vía vaginal o bucal entre 2 o 3 horas antes de la intervención. Misoprostol 400 µg administrados por vía sublingual 12 horas antes de la intervención.</p> <p><b>Mifepristona</b> 200 mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes de la intervención.</p> <p>NOTA: La administración de misoprostol por vía vaginal proporciona una dilatación igualmente eficaz con menos efectos secundarios sistémicos que la administración por vía sublingual, pero tarda 3 horas en ser efectiva.</p>	<p><b>Misoprostol</b> 400 µg administrados por vía vaginal 3 horas antes de la intervención. Misoprostol 400 µg administrados por vía sublingual de 1 a 3 horas antes de la intervención.</p> <p><b>Mifepristona</b> 200 mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes de la intervención.</p> <p><b>Dilatador osmótico</b> (p. ej. laminaria) colocado en el canal cervicouterino de 6 a 24 horas antes de la intervención; si el embarazo tiene &lt;18 semanas de gestación, un dilatador osmótico será eficaz si se coloca entre 3 y 4 horas antes de la intervención.</p> <p>Para el aborto quirúrgico a ≥19 semanas: Se recomienda tratamiento previo con un dilatador osmótico más medicamentos (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambos).</p> <p>NOTA: El uso de misoprostol ocasiona menos dilatación que los dilatadores osmóticos, pero tiene la ventaja de ser un procedimiento de 1 día para la mayoría de las personas.</p>

Fuente: OMS [1], Ipas [6], RCOG [9].

Cuando llegue el tiempo de preparar el cuello uterino se deben administrar analgésicos, como ibuprofeno o narcóticos, así como ansiolíticos por vía oral, según sea necesario, y repetir su administración antes de la intervención para maximizar su eficacia. El bloqueo paracervical también puede utilizarse cuando se colocan dilatadores osmóticos. Para obtener más información sobre analgesia, consultar el [apartado 2.4](#).

### 3.3.3 Aborto quirúrgico hasta las 14 semanas de gestación: aspiración al vacío

La aspiración al vacío es el único método quirúrgico recomendado para abortos de hasta 14 semanas de gestación, con una tasa de éxito superior al 98 por ciento [6].

Se puede utilizar AMEU o AEEU. La AMEU no exige suministro eléctrico y es más silenciosa para la persona. La AEEU puede ser más práctica para centros con alto volumen de casos.

La AMEU utiliza un aspirador manual para generar vacío. El aspirador se acopla a cánulas de entre 4 y 16 mm de diámetro y puede utilizarse en varios entornos, incluidos aquellos sin electricidad.

La AEEU utiliza una bomba eléctrica para generar un vacío y puede acomodar cánulas de entre 6 y 16 mm de diámetro, según la edad gestacional, con tubos de mayor diámetro o un adaptador necesario para las cánulas mayores de 12 mm.

Para las gestaciones de entre 12 y 14 semanas, la AMEU puede utilizarse si el personal dispone del nivel apropiado de competencia y el equipamiento correcto, incluido el tamaño de cánula adecuado.

**NO** se recomienda un curetaje uterino agresivo, incluido un curetaje sistemático de «comprobación» para la evacuación uterina ni para comprobar el éxito del aborto quirúrgico mediante AMEU/AEEU a cualquier edad gestacional, ya que no se ha demostrado que reduzca las tasas de aborto incompleto y puede aumentar la posibilidad de complicaciones.

Los pasos de una aspiración al vacío para edades gestacionales de hasta 14 semanas se resumen en el [apéndice 2](#).



### 3.3.4 Aborto quirúrgico a 14 o más semanas de gestación: dilatación y evacuación (DyE)

La DyE conlleva la preparación del cuello uterino (consultar el [apartado 3.3.2](#)) y el uso de aspiración y fórceps romo, según sea necesario, para eliminar las partes fetales. Los pasos para realizar una DyE se resumen en el [apéndice 3](#).

DyE es el único método quirúrgico recomendado para embarazos de más de 14 semanas de gestación y suele ser seguro y eficaz; sin embargo, se debe disponer de personal capacitado y calificado, además de equipamientos específicos. DyE suele poder realizarse de forma ambulatoria, pero se asocia con más dolor para la persona que la evacuación quirúrgica hasta las 14 semanas de gestación. En el [apartado 2.4](#) se ofrece información sobre analgesia.

DyE es el único método quirúrgico recomendado para embarazos de más de 14 semanas de gestación; sin embargo, existe cierta flexibilidad entre el uso de la aspiración al vacío y las intervenciones de DyE entre las 12 y las 16 semanas de gestación.

### 3.3.5 Confirmación de una intervención completa

Un aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional no se considera completo sin examinar los productos de la concepción.

- Si después de la evacuación no se aprecia saco gestacional o vellosidades coriónicas, se debe pensar en la posibilidad de un embarazo ectópico (consultar el [capítulo 9: Salud materna, apartado 4.3.1](#)).
- Si se observan tejidos fetales, pero no se cumplen los criterios para la edad gestacional estimada, se debe realizar una reaspiración o seguimiento para descartar una intervención incompleta.

## 4. Asistencia posterior al aborto

### 4.1 Protocolo después de la intervención

Todos los centros de salud que ofrezcan abortos quirúrgicos a las 14 o más semanas, o abortos médicos más allá de las 12 semanas deben disponer de un protocolo de alta médica que incluya lo siguiente:

- Registro obligatorio de los signos vitales (pulso, tensión arterial, volumen de hemorragia vaginal) tomado por personal evaluado como competente para hacerlo.
- Supervisión de la persona en el centro de salud, el alta debe ser dada por personal competente solamente cuando haya estabilidad clínica, normalmente entre 20 minutos y 1 hora después de la intervención.
- Supervisión de la fiebre de la persona. El personal de servicios de salud debe saber que el misoprostol también puede ocasionar un aumento de la temperatura corporal y síntomas febriles, como pueden ser los escalofríos. Si la fiebre dura más de unas pocas horas desde la última dosis de misoprostol, se debe sospechar otra causa.
- Valoración periódica del dolor y ofrecer analgesia después de la intervención durante el tiempo que se necesite.

### 4.2 Seguimiento

Tras un aborto quirúrgico sin complicaciones, no se necesita ningún seguimiento de rutina. Sin embargo, se debe informar a las personas que hayan tenido un aborto de que pueden ponerse en contacto con personal de servicios de salud si tienen alguna pregunta o inquietud después de abandonar el centro de salud. La información sobre cómo ponerse en contacto con el centro de salud, cuáles son los signos de alarma a los que hay que prestar atención ([recuadro 3](#) en la página siguiente), y qué atención tienen a su disposición después del aborto debe proporcionarse por escrito y verbalmente si fuera posible.

Se debe informar a la persona sobre los signos y síntomas normales después de un aborto. Cabe esperar sangrado vaginal y calambres uterinos similares a los cólicos menstruales hasta 2 semanas después de un aborto quirúrgico y hasta 4 semanas después de un aborto médico, dentro de los límites normales. Se debe dar a la persona analgésicos para tratar los síntomas en su casa.



### RECUADRO 3: Signos de alarma de complicaciones en el periodo inmediatamente posterior a un aborto: ¡buscar asistencia médica!

- Complicaciones hemorrágicas (incluido el aborto incompleto): hemorragia abundante o prolongada (saturar más de dos toallas higiénicas grandes por hora durante dos horas seguidas).
- Complicaciones infecciosas: cualquier fiebre después de un aborto quirúrgico o fiebre que dura más de 24 horas después de la administración de misoprostol; dolor abdominal intenso que no se alivia con analgésicos.
- Embarazo ectópico: signos y síntomas continuos de embarazo después de un aborto o ausencia de hemorragia después de un aborto médico; dolor abdominal intenso que no se alivia con analgésicos.
- Complicaciones traumáticas (es decir, perforación uterina con o sin lesión intestinal): dolor abdominal intenso después de un aborto quirúrgico que no se alivia con analgésicos.
- Complicaciones sin especificar: sentirse mal en general con malestar durante más de 24 horas después de la administración del misoprostol.

Si la persona no inició un método anticonceptivo después del aborto en el mismo día de la intervención, el personal de servicios de salud debe hablarle sobre este tema en el momento de la visita de seguimiento y proporcionarle un método anticonceptivo, si así lo desea. El personal de salud debe asegurarse de que la persona es consciente de que la fertilidad puede regresar hasta 8 días después de un aborto (consultar el [apartado 5: Anticoncepción después del aborto](#)).

#### 4.2.1 Seguimiento de rutina

No se necesita ningún seguimiento rutinario en el caso de personas que hayan tenido un aborto quirúrgico o médico sin complicaciones.

Para las que utilicen cualquiera de los tratamientos abortivos con fármacos (mifepristona más misoprostol, o misoprostol solo) en casa antes de las 12 semanas de gestación, no se necesita una visita de seguimiento en persona para valorar el éxito del aborto si los signos/síntomas clínicos del embarazo desaparecen o no presentan ningún signo de alarma. No obstante, se puede ofrecer a la persona la opción de un seguimiento telefónico a los 7–14 días para responder cualquier pregunta, reiterar las instrucciones y confirmar la ausencia de complicaciones.

Todas las visitas de seguimiento constituyen una buena oportunidad para hablar sobre métodos anticonceptivos y ofrecer suministros adecuados cuando se soliciten. La persona también puede necesitar acceso a otros servicios de salud sexual y reproductiva, como atención para ITS o VIH, ayuda psicológica o consejería y apoyo en casos de violencia sexual y basada en el género.

#### 4.2.2 Seguimiento de urgencia

Si hay sospecha de embarazo ectópico después de la intervención (consultar el [recuadro 3](#) para ver las señales de alarma), evalúe a la persona mediante examen pélvico, ecografía o prueba de la gonadotropina coriónica humana (GCH) a fin de determinar el tamaño uterino, el dolor anexial o la presencia de masa anexial. Consultar el [capítulo 9: Salud materna, apartado 4.3.1](#) para ver información adicional sobre el diagnóstico y el tratamiento de los embarazos ectópicos.

Si se sospecha de perforación uterina o daño visceral, es necesario realizar inmediatamente una investigación y ofrecer tratamiento. Consultar el [apartado 4.3: Abordaje de las complicaciones](#).

### 4.3 Abordaje de las complicaciones

Cuando la persona presenta signos o síntomas de complicaciones después de un aborto, se debe realizar sistemáticamente una anamnesis y un examen (consultar el [apartado 2.1](#) y el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#)), que deberían ser tan exhaustivos y eficientes como sea posible, según la urgencia y el estado de cada persona.

#### 4.3.1 Aborto incompleto (sin o con infección)

Se debe sospechar de aborto incompleto si la persona presenta lo siguiente:

- Sangrado abundante.
- Dolor.
- Síntomas de infección (ver más adelante).

Cuando se sospeche de aborto incompleto, el personal de servicios de salud necesita conocer el tamaño uterino, cuánta sangre se ha perdido y si hay infección.

Si la persona muestra signos de choque, hemorragia abundante o infección, se debe realizar una aspiración/evacuación uterina o referir urgentemente. Si la persona está clínicamente estable y no presenta signos de infección, el útero se puede evacuar quirúrgicamente usando aspiración o por vía farmacológica usando misoprostol (consultar la [tabla 5](#) y la [tabla 3](#)).



TABLA 5: Resumen del abordaje de un aborto incompleto (con o sin infección)

Evaluación clínica	Tamaño uterino	Acción	Nota
Sin sospecha de infección	Tamaño uterino $\leq$ 14 semanas.	<b>Opción 1:</b> Evacuación uterina usando aspiración por vacío; se debe administrar profilaxis antibiótica antes de la evacuación quirúrgica: 200 mg de doxiciclina o 500 mg de azitromicina 2 horas antes de la intervención. <b>Opción 2:</b> Una dosis de 800 $\mu$ g de misoprostol por vía vaginal (si no hay hemorragia vaginal importante), 600 $\mu$ g por vía oral o 400 $\mu$ g por vía sublingual.	No se debe retrasar la intervención por no disponer de antibióticos.
	Tamaño uterino $>$ 14 semanas.	<b>Opción 1:</b> Evacuación uterina usando aspiración al vacío y fórceps romo si fuera necesario; profilaxis antibiótica según lo anteriormente indicado. <b>Opción 2:</b> Si la persona está estable, se puede utilizar misoprostol: 14–28 semanas: 400 $\mu$ g de misoprostol por vía bucal, sublingual o, en ausencia de hemorragia vaginal, vía vaginal cada 3 horas hasta la expulsión. Más de 28 semanas: 25 $\mu$ g por vía vaginal cada 6 horas o 25 $\mu$ g por vía oral cada 2 horas.	Si el tamaño uterino es de 22 semanas y la persona tiene antecedentes de parto por cesárea o 14–22 semanas con más de un parto anterior por cesárea, pensar en reducir la dosis de misoprostol con o sin aumentar el intervalo posológico.
Presenta infección	Independientemente del tamaño uterino, realizar una evacuación en cuanto sea posible.	Iniciar tratamiento con antibióticos de amplio espectro inmediatamente, por vía intravenosa si la infección es grave. Trasladar urgentemente a una unidad que disponga de las instalaciones necesarias para realizar una evacuación quirúrgica si no puede hacerse en el centro al que acuda la persona.	Si no se dispone de las aptitudes necesarias para realizar una evacuación uterina quirúrgica, se puede utilizar misoprostol mientras se organiza el traslado: <ul style="list-style-type: none"><li>• 14–28 semanas: 400 <math>\mu</math>g de misoprostol por vía bucal, sublingual o, en ausencia de hemorragia vaginal, vía vaginal cada 3 horas hasta la expulsión.</li><li>• Más de 28 semanas: 25 <math>\mu</math>g por vía vaginal cada 6 horas o 25 <math>\mu</math>g por vía oral cada 2 horas.</li></ul>

Fuente: Ipas [6], RCOG [9].





**Se debe sospechar complicaciones de un aborto no seguro si existen indicios de lo siguiente:**

- Desgarro o lesión en la vagina o el cuello uterino.
- Presencia de cuerpos extraños en la vagina o el cuello uterino.
- Infección sistémica y hemorragia vaginal en una persona con embarazo previo.

### 4.3.2 Infección

Se debe sospechar infección si:

- La temperatura de la persona es  $\geq 37,5$  °C o  $< 35,5$  °C.
- Presencia de dolor a la palpación, dolor de descompresión y defensa en el abdomen de forma generalizada o localizada.
- Presencia de mal olor o pus en el orificio del cuello uterino o el flujo vaginal.
- El útero presenta dolor a la palpación o durante el examen bimanual.

La infección debe tratarse inmediatamente con tratamientos antibióticos de eficacia probada: se debe realizar una evaluación para determinar si se necesita evacuación uterina debido a la retención de productos de la concepción (consultar la [tabla 5](#)).

### 4.3.3 Complicaciones graves

Aunque el aborto incompleto y las infecciones sean las complicaciones más habituales después de un aborto, el personal de servicios de salud debe ser capaz de realizar referencias o reconocer y tratar las complicaciones poco habituales (<1 por ciento), pero potencialmente mortales que se describen en los siguientes apartados. Cabe señalar que estas complicaciones son más habituales cuando se utilizan métodos de aborto no seguros.

#### 4.3.3.1 Síndrome séptico

Entre las manifestaciones clínicas que podrían indicar la presencia de síndrome séptico y la necesidad de tomar medidas urgentes figuran las siguientes:

- Hipotensión.
- Taquicardia.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Dolor intenso.

Si hay estas manifestaciones, inicie dos líneas intravenosas para administrar líquidos (solución salina normal y lactato de sodio compuesto) y comience un tratamiento con antibióticos de amplio espectro.

Si se sospecha que hay retención de los productos de la concepción, se debe pensar en realizar una evacuación uterina.

Si la situación no se estabiliza o la persona necesitara cuidados intensivos, se debe organizar su traslado.

#### 4.3.3.2 Perforación uterina

Casi todas las perforaciones pasan desapercibidas y se resuelven espontáneamente sin necesidad de intervención. No obstante, se debe sospechar perforación uterina durante un aborto quirúrgico si la cánula avanza más allá de los límites esperados del útero (según un examen bimanual o ecográfico), o si se extrae grasa o intestino del útero.

Si estuviera disponible, el método preferido para investigar más es la laparoscopia. Si no se dispone de laparoscopia, o se sospecha de daño a órganos o vasos sanguíneos, se debe realizar una laparotomía exploradora. El personal de servicios de salud debe plantearse un traslado rápido y reanimación si en el centro de salud no se puede realizar una intervención quirúrgica.

#### 4.3.3.3 Daño intestinal

Un retraso en el diagnóstico de una perforación intestinal puede ocasionar peritonitis y la muerte. El personal de servicios de salud de cualquier nivel debe ser capaz de supervisar los signos vitales y el estado de una persona después de una intervención.

Los signos y síntomas clínicos de alarma que podrían indicar perforación intestinal durante el periodo posoperatorio son:

- Dolor abdominal o en el hombro (un signo de la presencia de líquido o sangre en el abdomen que está causando irritación en el diafragma).
- Incapacidad de tolerar líquidos por vía oral, náuseas o vómitos.
- Abdomen distendido con disminución de los borborrigmos y dolor de descompresión.
- Fiebre y malestar.
- Elevación de la frecuencia del pulso con descenso de la tensión arterial.



Las lesiones intestinales suelen presentarse más a menudo entre 12 y 36 horas después de un aborto quirúrgico conocido (o sospecha de aborto no seguro), aunque podría no manifestarse hasta 5–7 días más tarde. Los centros y el personal deben conocer los protocolos de traslado cuando se sospeche de perforación intestinal. Si se sospecha alguna lesión intestinal, la persona debe mantenerse en dieta absoluta. La sospecha clínica puede confirmarse mediante radiografía (aire libre intraabdominal), en cuyo caso una laparotomía está indicada para el tratamiento.

## 5. Anticoncepción después del aborto

En general, casi todos los métodos anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente después de un aborto quirúrgico o médico.

Si no se inicia inmediatamente, el método puede comenzarse cuando exista la certidumbre razonable de que no haya embarazo. La necesidad de anticonceptivos adicionales y su duración depende de cuándo se inicie el método y el mecanismo de acción del anticonceptivo elegido (consultar el [capítulo 4: Anticoncepción](#)).

Al igual que ocurre con el inicio de cualquier método anticonceptivo, se debe verificar la pertinencia médica de cada persona para el método elegido (consultar el [capítulo 4: Anticoncepción](#) y el [apéndice 1](#) de ese capítulo para consultar los cuadros resumen de los criterios médicos de elegibilidad).

A la persona que decida no iniciar inmediatamente un método anticonceptivo se le debe ofrecer un contacto de seguimiento para hablar más sobre este tema y suministrar periódicamente preservativos y píldoras anticonceptivas de emergencia.

El inicio inmediato de un método anticonceptivo después de un aborto quirúrgico se refiere al mismo día de la intervención. El inicio inmediato después de un aborto médico se refiere al día en el que se toma el primer comprimido de un tratamiento para aborto médico (mifepristona para el tratamiento combinado o la primera dosis de misoprostol para el tratamiento con misoprostol solo). Al iniciarse inmediatamente un método anticonceptivo, ya no se necesita protección adicional ni abstinencia.

## 6. Método de reducción de daños

En circunstancias en las que el aborto sea legal, el personal debe contar con la capacitación y el equipamiento necesarios para ofrecer una atención del aborto segura y accesible. Sin embargo, en aquellos lugares en los que el aborto esté muy restringido legalmente, se debe adoptar un método de reducción de daños con el objetivo de mejorar la atención prestada a la persona con embarazos no deseados.

El método de reducción de daños para evitar abortos no seguros se basa en tres principios: **neutralidad**, **humanidad** y **pragmatismo**. Se basa en los principios éticos de la relación entre el proveedor y la persona, y ofrece un enfoque inclusivo para todas las personas con capacidad de quedar embarazadas, independientemente de su estado socioeconómico o nivel educativo, a la vez que se mantiene su confidencialidad.

Estos principios pueden utilizarse en todos los países, incluso aquellos donde el aborto está restringido o es ilegal para ofrecer información y asistencia conforme a la ley.

Un modelo de reducción de daños ofrece atención relacionada con el aborto hasta el máximo permitido por la ley. Es decir, si la persona que necesita un aborto cumple los requisitos para tener un aborto legal, se le ofrece, o se refiere al centro relevante (siempre que la persona lo acepte y sea su opción preferida). Si la persona no cumple los requisitos para tener un aborto legal, se le ofrece información y consejería para reducir al mínimo los posibles daños que pueda ocasionarse a sí misma, en caso de que decida no seguir adelante con el embarazo.

El método de reducción de daños reconoce que en cada aborto hay tres etapas según las cuales se ofrece la atención:

1. La etapa previa al aborto («antes»): se ofrece consejería y consulta antes del aborto, que incluye consejería sobre las opciones de embarazo e información sobre los métodos de aborto disponibles más seguros (es decir, el uso de misoprostol).



2. La etapa del aborto («durante»): las personas agestionan su aborto fuera de la clínica.
  - a. Las tareas que pueden realizarse para ayudar a una persona durante esta etapa, especialmente para evitar las intervenciones menos seguras, dependen de las leyes locales y de una evaluación jurídica.
3. La etapa posterior al aborto («después»): se ofrece asistencia posterior al aborto por teléfono o a distancia, o en persona en consultas de seguimiento. Se abordan las complicaciones, si las hay, y se ofrecen servicios de salud para evitar embarazos no deseados en el futuro y resolver otras inquietudes sobre salud sexual y reproductiva.

## 7. Referencias

- [1] Organización Mundial de la Salud. Abortion Care Guideline. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240039483>. Consultado el 1 de abril de 2022.
- [2] Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33.
- [3] Center for Reproductive Rights [sitio web]. The World's Abortion Laws. Disponible en: <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>. Consultado el 17 de junio de 2020.
- [4] Reynolds-Wright JJ, Johnstone A, McCabe K, Evans E, Cameron S. Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021;47(4):246–251.
- [5] Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):729–37.
- [6] Ipas. Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Castleman L y Kapp N (editores). Chapel Hill, NC: Ipas; 2020. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva/>. Consultado el 17 de junio de 2020.
- [7] Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman AB. Pain control in first-trimester surgical abortion: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception* 2010;81(5):372–388.
- [8] International Federation of Gynecology and Obstetrics. Consensus statement on uterine evacuation. Julio de 2011. Disponible en: <https://www.figo.org/news/figo-consensus-statement-uterine-evacuation#:~:text=Recommendation%20Evacuate%20the%20uterus%20with,dilatation%20and%20curettage%20or%20D%26C>. Consultado el 21 de abril de 2022.
- [9] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in abortion care. Londres: RCOG; 2022. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>. Consultado el 23 de junio de 2022.

## 7.1 Recursos

- Erdman J. Access to Information on Safe Abortion: A Harm Reduction and Human Rights Approach. *Harvard Journal of Law & Gender*, 2011;34:413–462. Disponible en: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1884387](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1884387). Consultado el 17 de junio de 2020.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Contraception after Pregnancy. Londres: RCOG; 2017. Disponible en: <https://www.fsrh.org/news/new-fsrh-guideline--contraception-after-pregnancy/>. Consultado el 24 de noviembre de 2017.
- Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reprod Health Matters*. 2008;16(31 Suppl):162–72.
- Guttmacher Institute [sitio web]. Unintended pregnancy and abortion worldwide. Fact sheet. Marzo de 2022. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>. Consultado el 7 de abril de 2022.
- Hyman A, Blanchard K, Coeytaux F, Grossman D, Teixeira A. Misoprostol in women's hands: a harm reduction strategy for unsafe abortion. *Contraception*. 2013;87(2):128–130.
- Ipas. Safe abortion care (SAC) toolkit. Chapel Hill, NC: Ipas; 2010.
- Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: from a university hospital to the entire country. *Int J Gynecol Obstet*. 2016;134 (Suppl 1):S7–S11.
- Morris J, Winikoff B, Dabash R, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynecol Obstet*. 2017;138(3):363–366.
- Meirik O, My Huong NT, Piaggio G, et al. Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentre randomised trial. *Lancet*. 2012;379(9828):1817–1824.



Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Londres: RCOG; 2011. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/>. Consultado el 13 de septiembre de 2017.

Sedgh G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016;388(10041):258–67.

Naciones Unidas. Programa de acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Edición 20 Aniversario. Nueva York: ONU; 2014. Disponible en: <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>. Consultado el 18 de octubre de 2019.

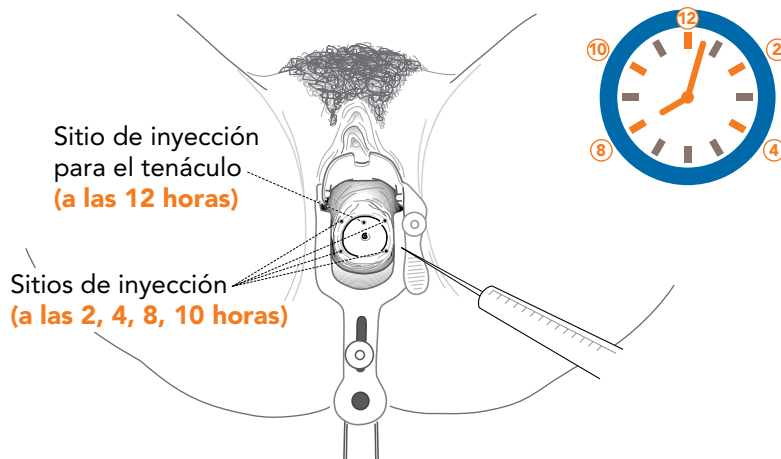
USAID Postabortion Care Working Group. Postabortion Care Global Resources: A Guide for Program Design, Implementation, and Evaluation. Washington, DC: USAID; 2007. Disponible en: <http://www.postabortioncare.org/content/download-pac-global-resources-guide>. Consultado el 22 de junio de 2020.

Wen J, Cai QY, Deng F, Li YP. Manual versus electric vacuum aspiration for first-trimester abortion: a systematic review. *BJOG*. 2008;115(1):5–13.



## Apéndices

### Apéndice 1: Cómo administrar un bloqueo paracervical



- 1 Prepare la jeringa con lidocaína utilizando 20 ml de solución de lidocaína al 1% y una aguja con una longitud de 3 cm (1 pulgada).
- 2 Coloque el espéculo y realice la preparación antiséptica cervical.
- 3 Inyecte 2 ml de lidocaína superficialmente en el labio anterior del cérvix, en el sitio donde se colocará el tenáculo (a las 12 horas).
- 4 Sujete el cérvix con el tenáculo a las 12 horas.
- 5 Inyecte la lidocaína restante en cantidades iguales en la unión cérvicovaginal a las 2, 4, 8 y 10 horas.
- 6 Inicie el procedimiento sin demora.

#### CONSEJOS PARA LA PRÁCTICA

- No exceda la dosis máxima de lidocaína de 4.5 mg/kg o 200 mg en total.
- Si no se dispone de lidocaína al 1%, ésta se puede sustituir por 10 ml de lidocaína al 2%. Se puede emplear la técnica de bloqueo paracervical de dos puntos (inyectando a las 4 y 8 horas).
- La inyección profunda de lidocaína (3 cm o 1 pulgada) ofrece alivio del dolor más eficaz que la inyección superficial.
- Aspire antes de inyectar para evitar una inyección intravascular.
- Entre los posibles efectos secundarios vistos con la inyección intravascular se encuentran: hormigueo peribuca, tinnitus (zumbido en los oídos), sabor metálico, mareos o pulso irregular/lento.
- Profesionales de la salud de nivel intermedio que han sido capacitados en la colocación del bloqueo paracervical demuestran tasas similares de seguridad y eficacia que médicos/as.
- Rara vez ocurren eventos adversos serios relacionados con el bloqueo paracervical

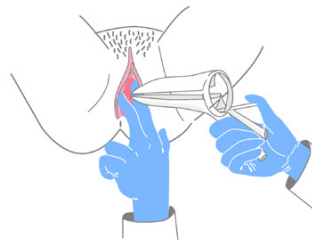


## Apéndice 2: Cómo realizar una aspiración al vacío

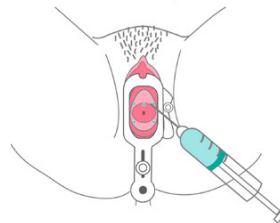
### El aborto por aspiración al vacío paso a paso



- 1** La intervención comenzará con un **examen pélvico o con espéculo**.

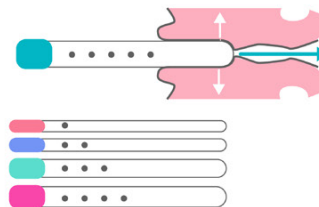


- 2** Se inyecta **anestesia local** al lado del cuello uterino.



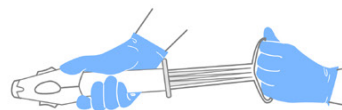
- 3** El profesional clínico **dilata el cuello uterino** con unos instrumentos llamados dilatadores cervicouterinos.

*Estos dilatadores aumentan gradualmente de tamaño según el número de semanas de embarazo.*



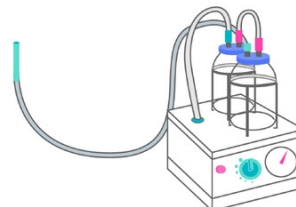
- 4** En cuanto se logra la dilatación deseada, el profesional clínico realiza la **aspiración** y retira el embarazo.

A) con un dispositivo de aspiración manual y silencioso para una **aspiración manual al vacío (AMEU)**.



**0**

B) con un aparato eléctrico para la **aspiración eléctrica al vacío (AEEU)**.



- 5** Después de interrumpir el embarazo, el personal puede optar por hacer una ecografía, y luego la persona puede **descansar**.



## Apéndice 3: Cómo realizar una dilatación y evacuación

### Intervención paso a paso

- Realizar una comprobación del equipamiento y la seguridad.
- Pedir a la persona que vacíe la vejiga antes de entrar a la sala de intervenciones.
- Administrar analgésicos o ansiolíticos por vía intravenosa. Todos los medicamentos por vía oral deben administrarse antes de la intervención para realizar la DyE en el momento de su máximo efecto.
- Realizar un examen bimanual para comprobar el tamaño y la posición uterina, además de la suficiencia de la dilatación del cuello uterino. Retirar los dilatares osmóticos y comprobar que están todos los que se habían colocado anteriormente. Si el cuello uterino no está adecuadamente preparado, administrar una dosis adicional de misoprostol o colocar otro juego de dilatares.
- Colocar el espéculo.
- Limpiar el cuello uterino con una solución antiséptica, como povidona yodada (Betadine).
- Realizar un bloque paracervical y colocar las pinzas de Pozzi.
- Aplicar tracción sobre las pinzas de Pozzi para bajar el cuello uterino a la vagina.
  - Para gestaciones más avanzadas, si se desea se pueden utilizar pinzas vulsellum/con esponja/de anillo/Foerster.
- Volver a comprobar la suficiencia de la dilatación tratando de pasar el dilatador de mayor diámetro sin usar fuerza.
- Dilatar mecánicamente el cuello uterino, según sea necesario, para lograr la cantidad deseada/necesaria.
  - Los dilatares deben llegar al orificio interno, sin ir más arriba ni entrar en el útero. Tocar el fondo uterino con el dilatador es doloroso para la persona y aumenta el riesgo de perforación.
- Realizar la aspiración uterina con la cánula más grande disponible (12–16 mm) y aspirar el líquido amniótico (ver la Figura 1). Se puede utilizar aspiración manual o eléctrica.
  - Realizar la succión como se hace durante un aborto mediante aspiración en el primer trimestre, girando la cánula durante la succión. Si se utiliza AMEU, vaciar el aspirador cuando esté lleno y repetir según sea necesario. Cuando no se pueda succionar nada más, extraer la cánula del útero.
  - Para gestaciones de hasta 15 semanas, puede ser posible finalizar el aborto usando solamente la aspiración.
- Mantener una suave tracción sobre las pinzas de Pozzi para enderezar el canal cervicouterino, pasar las pinzas cerradas a través del cuello uterino en dirección vertical (la mordaza de las pinzas Bierer o Sopher debe abrirse orientadas de arriba a abajo, no horizontalmente) (ver la figura 2).

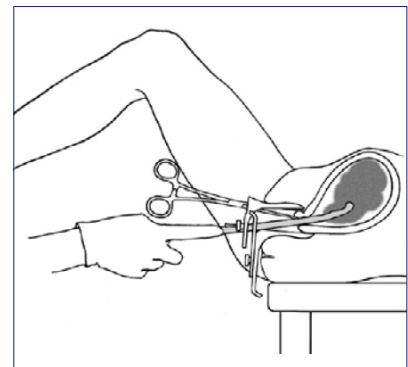


Figura 1. Aspirar el líquido amniótico.

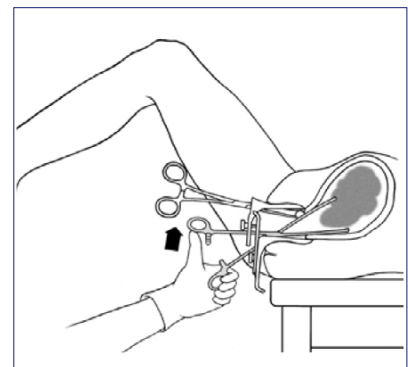


Figura 2. Abrir las pinzas.



- En cuanto las pinzas pasen por el orificio interno, abrirlas hasta la posición más amplia posible. Mientras se abren las pinzas, bajar la mano y las pinzas en dirección al suelo hasta formar un ángulo con las mordazas de las pinzas dentro del segmento uterino anterior inferior (ver la figura 3).
  - Un útero grávido en el segundo trimestre suele estar en posición anterior, hacia la pared abdominal anterior.
- Para evacuar el tejido, cerrar las pinzas alrededor del tejido fetal y girarlo 90 grados para ayudar con la desarticulación antes de la extracción.
  - Tener cuidado de no enganchar el miometrio con las pinzas.
  - Mantener las pinzas dentro del segmento uterino inferior a medio. Normalmente no se necesita usar las pinzas cerca del fondo uterino, ya que eso aumenta el riesgo de perforación (ver la figura 4).
- Repetir hasta que se completa la eliminación fetal y se extrae toda o casi toda la placenta.
  - Tratar de extraer tejido con cada pasada de las pinzas.
    - Si pasan de 5 a 7 minutos y no se puede localizar ni mover el feto/las partes fetales, plantearse en uso de una ecografía para visualizar y dirigir el movimiento de las pinzas.
    - Si el tejido se ha movido hacia arriba, hacia el fondo desde el segmento inferior del útero, utilizar la succión para bajar el segmento y ponerlo al alcance de las pinzas o plantearse extraer el espéculo y las pinzas de Pozzi para masajear el útero. Si está lo suficientemente dilatado como para permitir el paso de parte de la mano de la persona proveedora, el embarazo puede reposicionarse internamente. En el caso improbable de que estas maniobras no pongan el tejido al alcance de las pinzas, administrar 400 mcg de misoprostol (vía bucal) o una dosis alta de oxitocina (200 unidades en 500 ml de solución salina normal o lactato de Ringer y administrar a 50 ml/hora por vía IV). La intervención de DyE debe volver a intentarse en un periodo de 30 minutos a 3 horas. La persona debe mantenerse bajo observación.
- Cuando se extraiga todo el tejido fetal, realizar aspiración mediante succión para asegurarse de que no quede nada de tejido.
- Examinar el tejido fetal para garantizar que la evacuación es completa:
  - Identificar partes fetales (tórax, columna vertebral, bóveda craneal, las 4 extremidades y la placenta, para todas las intervenciones a partir de las 14 semanas).
  - Si no está claro que la evacuación haya sido completa, se puede utilizar una ecografía o examen digital de la cavidad uterina para confirmarlo.

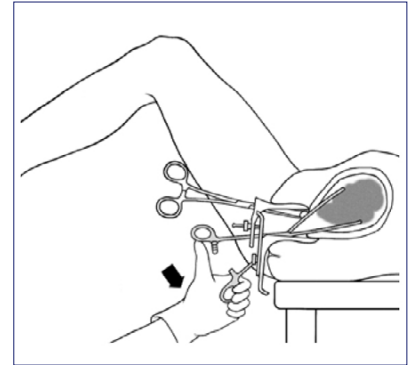


Figura 3. Tirar del mango de las pinzas hacia abajo de tal manera que las mordazas se encuentren en el segmento uterino anterior inferior.

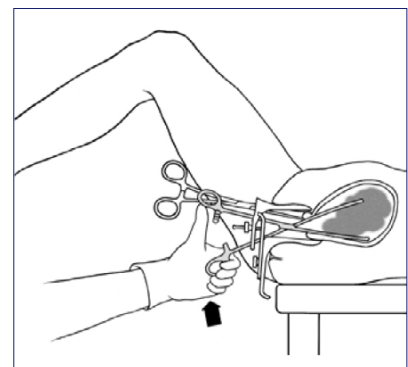


Figura 4. Evacuar desde la sección más baja de la cavidad uterina.

Fuente: Reproducido con permiso de Ipas. Edelman A, Kapp N. Dilatación y Evacuación (DyE) Guía de referencia: Aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación ('segundo trimestre'). Chapel Hill, NC: Ipas; 2018. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/guia-de-referencia-sobre-el-aborto-con-medicamentos-aborto-inducido-y-atencion-postaborto-a-las-13-semanas-o-mas-de-gestacion-segundo-trimestre/>



# Capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual

## índice

<b>1. Introducción</b>	<b>195</b>
1.1 Términos clave, magnitud y resumen general de las ITS	195
1.2 Posición de IPPF sobre el manejo de las ITS	197
1.3 Competencias clave para personal de servicios de salud	197
<b>2. Prestación de servicios de salud integrales para las ITS</b>	<b>198</b>
2.1 Prevención de las ITS	199
2.2 Consejería para personas usuarias que acuden a un centro de servicios de salud para ITS	201
2.3 Evaluación de la persona	202
2.4 Proporcionar tratamiento para las ITS	205
2.5 Cómo notificar a la pareja	206
2.6 Referencia	207
<b>3. Pruebas diagnósticas</b>	<b>208</b>
<b>4. ITS habituales, manifestaciones clínicas y diagnóstico</b>	<b>210</b>
4.1 ITS bacterianas curables	210
4.2 ITS por protozoos curables	216
4.3 Infecciones endógenas del aparato reproductor (transmisión no sexual)	217
4.4 Infecciones virales persistentes (por VIH, consultar el capítulo 7)	218
4.5 Infecciones emergentes con posibilidad de transmisión por vía sexual	222



<b>5. Manejo sintomático</b>	<b>223</b>
5.1 Síndrome de secreción uretral	224
5.2 Síndrome de enfermedad con úlceras genitales	224
5.3 Síndrome de leucorrea	225
5.4 Dolor en la parte inferior del abdomen	227
5.5 Secreción anorrectal	228
5.6 Otros síndromes habituales	228
<b>6. Referencias</b>	<b>230</b>
6.1 Recursos	231
<b>7. Apéndices</b>	<b>232</b>
Apéndice 1: Lista de consejería de la OMS para el manejo de las ITS	232
Apéndice 2: Opciones de tratamiento recomendadas	233
Apéndice 3: Diagramas de manejo sintomático	243

# 1. Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) tienen un efecto enorme sobre la salud reproductiva. Aunque a través del contacto sexual se pueden contagiar muchas bacterias, virus y parásitos distintos, ocho de ellos son la causa de la mayor incidencia de enfermedades. En la actualidad, cuatro pueden curarse: sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis; mientras que las otras son infecciones virales que siguen sin tener cura: hepatitis B, virus del herpes simple (VHS o herpes), VIH y el virus de los papilomas humanos (VPH).

Las ITS afectan a la salud sexual y reproductiva a través del estigma, la infertilidad, el cáncer y las complicaciones durante el embarazo, y pueden aumentar el riesgo de que una persona adquiera VIH. El objetivo de este capítulo es presentar información detallada sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones que se transmiten principalmente a través de los contactos sexuales, incluidos el sexo vaginal, anal y oral, atenuando así las graves repercusiones de las infecciones y las enfermedades.

## 1.1 Términos clave, magnitud y resumen general de las ITS

Los términos «infecciones de transmisión sexual» y «enfermedades de transmisión sexual» (ETS) suelen usarse indistintamente, aunque se refieren a dos cosas distintas. Las infecciones pueden o no ocasionar enfermedades, o complicaciones y secuelas de una enfermedad. El uso de ITS en lugar de ETS hace hincapié en el hecho de que las infecciones pueden existir y contagiarse sin (o antes) de causar manifestaciones clínicas. Las ITS suelen ser asintomáticas (p. ej. clamidia, gonorrea, VPH) y algunas no afectan directamente a los genitales ni al aparato reproductor (p. ej. VIH, hepatitis B, hepatitis C).

Las «infecciones del aparato reproductor» (IAR) es un término general para todas las infecciones del aparato reproductor. No todas las ITS afectan al aparato reproductor ni todas las IAR son de transmisión sexual. Las ITS se refieren al *modo* de transmisión, mientras que las IAR se refieren al *lugar* donde se presentan las infecciones.

Las IAR incluyen:

- ITS que afectan al aparato reproductor (p. ej. gonorrea, clamidia, sífilis, virus del herpes simple genital, tricomoniasis, chancroide, VPH).
- Las IAR endógenas están causadas por una proliferación de microorganismos que normalmente se encuentran en el aparato reproductor de las mujeres sanas y que no son de transmisión sexual (p. ej. la vaginosis bacteriana

### Acrónimos

<b>CVV</b>	candidiasis vulvovaginal
<b>DIU</b>	dispositivo intrauterino
<b>EUG</b>	enfermedad con úlceras genitales
<b>HBeAG</b>	antígeno e de la hepatitis B
<b>HBsAG</b>	antígeno de superficie de la hepatitis B
<b>IAR</b>	infección del aparato reproductor
<b>IPPF</b>	Federación Internacional de Planificación Familiar
<b>ITS</b>	infección de transmisión sexual
<b>IVU</b>	infección de las vías urinarias
<b>LGV</b>	linfogranuloma venéreo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PAAN</b>	prueba de amplificación del ácido nucleico
<b>PCR</b>	reacción en cadena de la polimerasa
<b>PDR</b>	prueba de diagnóstico rápido
<b>POCT</b>	pruebas de diagnóstico inmediato
<b>PrEP</b>	profilaxis preexposición
<b>PRR</b>	prueba rápida de reagina en plasma
<b>PRS</b>	prueba rápida de sífilis
<b>VB</b>	vaginosis bacteriana
<b>VHB</b>	virus de la hepatitis B
<b>VHC</b>	virus de la hepatitis C
<b>VHS</b>	virus del herpes simple
<b>VIH</b>	virus de la inmunodeficiencia humana
<b>VPH</b>	virus de los papilomas humanos

o la candidiasis vulvovaginal, también conocida como infecciones por hongos vaginales).

- Las IAR yatrogénicas pueden producirse por una mala prevención de las infecciones y por intervenciones médicas, como la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU), un aborto no seguro u otras operaciones ginecológicas/obstétricas (p. ej. manejo de complicaciones del embarazo que ocasionan una infección en el útero, las trompas de Falopio y otros órganos pélvicos).

Las infecciones de las vías urinarias (IVU) afectan a la vejiga y la uretra, y pueden estar ocasionadas por organismos que se transmiten a través de la vía sexual o por bacterias gastrointestinales (p. ej. las bacterias *Escherichia coli* (*E.coli*) son la causa principal de las infecciones de vejiga).

Las ITS son una causa importante de morbilidad global, con gran número de personas que adquieren nuevas infecciones y viven con infecciones ya existentes, algunas de las cuales pueden tener consecuencias mortales. En todo el mundo se adquieren a diario más de 1 millón de nuevas ITS.

### 1.1.1 Resumen general de las ITS

Aunque se conocen más de 30 patógenos que se transmiten por contacto sexual, la gran mayoría de las enfermedades y trastornos relacionados con las ITS se debe a solo ocho, de los cuales cuatro tienen cura en la actualidad: ***Treponema pallidum* (sífilis), *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea), *Chlamydia trachomatis* (clamidia) y *Trichomonas vaginalis* (tricomoniasis)**. Estos cuatro patógenos pueden tratarse con eficaces tratamientos antibióticos de una sola dosis, aunque la resistencia antibiótica está últimamente aumentando en las ITS, especialmente en la gonorrea. Las cuatro ITS incurables/virales más habituales son **virus de la hepatitis B, virus del herpes simple genital (VHS de tipo 2), VIH y VPH**. Aunque son incurables, estas infecciones pueden atenuarse o modularse mediante tratamiento y existen vacunas para la hepatitis B y para muchos tipos de VPH [1].\*

Muchas ITS son asintomáticas o solamente presentan síntomas leves que pueden ser difíciles de reconocer, lo que aumenta la posibilidad de que aparezcan complicaciones y, en algunos casos, con graves consecuencias. Disfunción sexual, infertilidad y enfermedades psicológicas también pueden ser consecuencias de las ITS, debido al estigma y la discriminación.

Las **Infecciones gonocócicas** y las **infecciones por clamidias** suelen ser asintomáticas y habituales en todas las personas. Ambas infecciones pueden causar complicaciones graves a las mujeres, incluida enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad. En los hombres, una infección uretral puede ocasionar epididimitis, estenosis uretral e infertilidad. El linfogranuloma venéreo (LGV), causado por una serovariedad de *C. trachomatis* más invasiva, es cada vez más prevalente entre hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres en algunas regiones. Las hijas/los hijos/les hijes de personas con infecciones gonocócicas o infecciones por clamidias

pueden presentar conjuntivitis neonatal, lo que puede causar ceguera si no reciben tratamiento. La infección materna por clamidias también se asocia con parto prematuro, bajo peso al nacer, así como infecciones nasofaríngeas y neumonía neonatales [2,3].

La **sífilis primaria** suele presentarse como un chancroide, que la persona podría no notar. La sífilis sin tratar puede progresar a sífilis secundaria, sífilis (asintomática) latente precoz y tardía, y sífilis terciaria (es decir, enfermedad grave: neurosífilis, sífilis cardiovascular y sífilis gomosa). La transmisión vertical de la sífilis (sífilis congénita) suele ser mortal para el feto si la infección materna no se detecta y trata al principio del embarazo [4].

Las **infecciones por VPH** suelen ser asintomáticas y la gran mayoría desaparece espontáneamente en un plazo de meses a 2 años, aunque una pequeña proporción persiste. Si las infecciones persisten, varios tipos de VPH pueden causar cánceres cuellouterinos, vulvares, vaginales, anales, penianos y orofaríngeos, además de condilomas acuminados. Cabe destacar que los VPH 16 y 18 causan aproximadamente un 70 por ciento de los cánceres y lesiones precancerosas del cuello uterino en todo el mundo. El cáncer de cuello uterino es la cuarta neoplasia más habitual entre las mujeres; en 2020, alrededor del 90 por ciento de los casos nuevos y muertes en todo el mundo tuvo lugar en países de rentas medias y bajas [5].

El **VIH** suele ser asintomático al principio pero, si no se trata, reduce la función inmunitaria, por lo que las personas con VIH son cada vez más propensas a contraer una gran variedad de infecciones, neoplasias y otras enfermedades. Si no se detecta y se deja sin tratamiento, el VIH también puede transmitirse por vía perinatal durante el embarazo, el parto y la lactancia. Las ITS que cursan con úlceras genitales, como la sífilis, los herpes y el chancroide, también pueden aumentar el riesgo de contraer VIH (consultar el [capítulo 7: VIH](#)).

La **hepatitis viral** ataca el hígado y puede causar enfermedad tanto aguda como crónica, aunque la mayoría de la gente no experimenta síntomas nada más infectarse. La hepatitis viral también puede ocasionar la muerte como resultado de hepatopatía crónica y cáncer de hígado, principalmente a causa de los virus de la hepatitis B y C [6].

\* La vacuna Gardasil 9 protege frente a nueve tipos de VPH (tipos de VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58), mientras que Cervarix protege frente a dos tipos de VPH y Gardasil, frente a cuatro tipos de VPH.

## 1.2 Posición de IPPF sobre el manejo de las ITS

- Unos servicios de salud integrales para las ITS deben tener base empírica, ser aceptables, accesibles, asequibles y equitativos, y deben ofrecerse como un paquete integrado de servicios de atención junto a otros servicios de salud sexual y reproductiva para lograr un enfoque centrado en la persona.
- La detección, diagnóstico y tratamiento de las ITS (incluida la detección del riesgo de contraer ITS), y la prevención del VIH y consejería para reducir riesgos son elementos básicos de unos servicios integrales de salud sexual y reproductiva, conforme al paquete de servicios integrados de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) (consultar el [capítulo 1: Principios rectores y enfoques](#)).
- El manejo de las ITS debe fundamentarse en las directrices nacionales o según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (consultar el [apéndice 1](#)) y todos los demás consejos relevantes adaptados al contexto local.
- Es importante ofrecer y recibir, idealmente el mismo día, un tratamiento correcto y eficaz para las ITS durante el primer contacto entre la persona usuaria y el personal de servicios de salud, ya que así se trata de interrumpir inmediatamente la cadena de transmisión de la infección.
- Las pruebas que permiten el diagnóstico y tratamiento en una sola visita, conocidas como pruebas de diagnóstico rápido (PDR) o pruebas de diagnóstico inmediato (POCT), están ampliamente disponibles para el VIH y la sífilis (por separado o usando un PDR doble para VIH y sífilis). El uso de estas pruebas en el contexto de la atención prenatal es una prioridad, para ayudar a evitar la transmisión perinatal tanto de la sífilis como del VIH.
- El manejo de los síntomas es eficaz para algunas ITS y se recomienda en entornos que carezcan de suficiente capacidad de laboratorio o pruebas diagnósticas. La persona sintomática debe tratarse según las directrices nacionales para el manejo de las ITS.
- Todos los servicios de salud deben centrarse en un enfoque basado en los derechos. Nadie debe obligar nunca a la persona a recibir atención y se debe obtener consentimiento antes de ofrecer ningún tipo de servicio de salud para ITS.
- Se debe informar a la persona que necesita tratamiento para una ITS de que su pareja o parejas sexuales también deben hacerse las pruebas o recibir tratamiento, y preparar a dicha persona ofreciéndole consejería práctica sobre cómo hablar con sus parejas sobre las ITS (consultar el [apartado 2.5: Cómo notificar a la pareja](#)).

- Se recomienda la detección periódica de las poblaciones que corran más riesgo de contraer ITS, incluida gente joven (el intervalo de edad viene determinado por los patrones de prevalencia de las ITS), hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, personas transgénero, personas trabajadoras sexuales y personas usuarias de drogas.
- La persona puede referirse a servicios de salud adicionales si fuera necesario, incluso para la detección y tratamiento inmediato de la ITS si estos servicios no estuvieran disponibles en el centro al que haya acudido esa persona. Todos los servicios de salud para las ITS deben incluir visitas de seguimiento para revisar el tratamiento y ofrecer más consejería o asistencia relacionada. Todos los aspectos de la atención deben ser confidenciales.

## 1.3 Competencias clave para personal de servicios de salud

### Conocer las epidemiologías locales y nacionales de las ITS:

El personal debe tener presente la prevalencia de las ITS en su país o localidad como base para valorar el riesgo de ITS en su población de personas usuarias. Combinar esta información con una evaluación del riesgo individual durante la toma de los antecedentes médicos de la persona respaldará un manejo eficaz de las ITS, especialmente cuando no se disponga de pruebas etiológicas (consultar el [apartado 3: Pruebas diagnósticas](#)).

### Mantenerse al día con la información clínica y los consejos actuales:

El personal debe mantener actualizados sus conocimientos sobre las presentaciones, los métodos de detección y diagnóstico, y los tratamientos de las ITS, además de las intervenciones para prevenir las ITS; conocer los programas locales y regionales (cuando estén disponibles); y saber los cambios locales relevantes para infecciones y tratamientos concretos (p. ej. reducciones de la sensibilidad o susceptibilidad a los antibióticos). La emergente resistencia antibiótica en algunas ITS puede afectar a los tratamientos recomendados, especialmente con *N. gonorrhoeae* (la bacteria que causa gonorrea).

### Ser capaz de ofrecer servicios de salud para ITS sin juzgar ni estigmatizar a nadie:

El personal debe ofrecer una atención confidencial y sin prejuicios, así como promocionar una buena salud sexual y reproductiva de tal manera que se reduzca el estigma asociado con las ITS, el VIH y los embarazos no deseados. Muchas poblaciones que corren un riesgo más alto de contraer ITS (consultar el [recuadro 1](#)) también se enfrentan a estigma y discriminación y pueden no acudir a ciertos servicios de salud porque temen experimentar esos estigmas o les puede parecer que esos servicios no están equipados para ayudarles.

Las personas proveedoras también pueden pasar por alto a poblaciones en situación de riesgo (como las personas con discapacidad), al asumir que no son sexualmente activas. Es posible que algunas personas no puedan permitirse los tratamientos; puede que eviten o retrasen acudir a los servicios de salud o mencionar los síntomas de ITS debido al estigma y la vergüenza; o puede que lleven vidas muy ajetreadas y, por tanto, no puedan acudir a la clínica, finalizar una tanda de tratamiento o regresar para hacer un seguimiento.

#### **Aprovechar todas las oportunidades para ofrecer**

**información y cuidados para las ITS:** El personal de servicios de salud sexual y reproductiva debe estar preparado para aprovechar la oportunidad, siempre que resulte adecuado, de aconsejar a la persona sobre los beneficios de la detección y tratamiento de las ITS, además de apoyarla para que tome unas decisiones bien fundamentadas. La información se debe proporcionar de tal manera que sea fácilmente accesible y comprensible, y que satisfaga las necesidades de la persona (con imágenes, lengua de signos, etc.). Entre algunos ejemplos de posibles oportunidades figuran las siguientes:

- Durante la prestación de servicios de salud anticonceptiva, y especialmente cuando se mencionen o encuentren síntomas de una posible ITS (p. ej. inspeccionar si hay algún síntoma cuando se coloque un dispositivo intrauterino).
- Durante la realización de una intervención de aborto quirúrgico seguro u otra atención ginecológica que exija examen físico (p. ej. detección del cáncer de cuello uterino).
- Durante las visitas de atención prenatal (p. ej. se recomienda encarecidamente ofrecer pruebas de detección doble para VIH y sífilis).
- Durante el tratamiento de personas que hayan sufrido violaciones o se hayan visto afectadas por violencia sexual y de género.

#### **Ser capaces de ofrecer diagnóstico y tratamiento para las ITS:**

Es preferible utilizar métodos de detección y comprobación que permitan un diagnóstico en el mismo día o la misma visita para reducir la pérdida de pacientes durante el seguimiento y respaldar el tratamiento apropiado y eficaz de la persona positiva. Para el VIH y la sífilis existen PDR precisas y fáciles de usar (por separado o como una prueba «doble» combinada), que ofrecen resultados en 20 minutos [7]. En ausencia de PDR para otras ITS, las clínicas necesitarán suministros para tomar muestras, equipos de laboratorio (preferiblemente en las instalaciones para agilizar el análisis), y capacitación para ofrecer un diagnóstico. Cuando no se disponga de laboratorios o PDR para respaldar un diagnóstico etiológico, el acceso a tratamientos para las ITS de la persona

sintomática sigue siendo algo esencial, por lo tanto el personal debe estar calificado en el tratamiento sintomático de las ITS (consultar el [apartado 5](#)). Los medicamentos recomendados según el protocolo de tratamiento sintomático del centro (basado en los programas nacionales y regionales) deben estar disponibles en cantidades adecuadas para no retrasar el tratamiento y reducir al mínimo la pérdida de personas usuarias en el seguimiento.

## 2. Prestación de servicios de salud integrales para las ITS

El manejo eficaz de las ITS no solo consiste en tratamientos con antibióticos para curar y reducir la infecciosidad, sino también en la evaluación y atención exhaustivas de la salud sexual y reproductiva de todas las personas y sus parejas sexuales.

Los objetivos de la prestación de servicios de salud integrales para las ITS consisten en ofrecer tratamiento, curar, reducir la infecciosidad, reducir el riesgo de que surjan complicaciones derivadas de las ITS, reducir o prevenir futuras conductas de riesgo (incluidas otras intervenciones bioconductuales, como profilaxis preexposición (PrEP) y circuncisión masculina médica voluntaria), así como garantizar que las parejas sexuales reciban el tratamiento adecuado.

Se debe ofrecer una completa atención de alta calidad para las ITS dentro del proceso continuo de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Para esto se necesita que la persona reciba la siguiente atención, según sea relevante:

- toma y registro de los antecedentes médicos y sexuales;
- un diagnóstico correcto (tanto sintomático como basado en pruebas diagnósticas);
- tratamiento efectivo;
- educación y consejería de salud sobre la infección y la reducción de riesgos;
- consejos sobre el cumplimiento terapéutico;
- promoción o provisión de preservativos (masculinos o femeninos);
- promoción o provisión de profilaxis preexposición;
- promoción o provisión de otras intervenciones preventivas, como vacunas contra la hepatitis A y B, vacunas contra los VPH, cuando resulte apropiado, y circuncisión masculina médica voluntaria;

- motivación para notificar a las parejas sexuales;
- seguimiento clínico cuando resulte apropiado.

La atención específica para las ITS que se preste en el centro, y los grupos demográficos concretos que puedan necesitar atención adicional (consultar el *recuadro 1*), variarán por país y región, según los contextos sociales y epidemiológicos locales. El paquete básico de servicios de salud ofrecidos debe revisarse periódicamente para garantizar que, cuando surjan nuevos datos y nuevas tecnologías y enfoques (p. ej. uso de los servicios de mensajería por Internet para conectar con la persona), las innovaciones se integren rápidamente y se aprovechen todas las oportunidades.

## 2.1 Prevención de las ITS

La prevención es la estrategia más importante para controlar las ITS, incluida la infección por VIH.

Un control eficaz de las ITS exige asegurar el acceso a unos servicios de salud efectivos y de alta calidad, que incluyan un acceso garantizado a vacunas para hepatitis A, hepatitis B y VPH, así como la promoción de la circuncisión masculina médica voluntaria cuando resulte apropiado. La identificación periódica de las ITS asintomáticas es importante para la detección precoz, la prevención de las consecuencias graves de la infección y para evitar la transmisión de las ITS. Incluir la notificación, las pruebas o el tratamiento de las parejas evita las reinfecciones.

También es crucial que en los servicios de salud para las ITS no existan ni estigmas ni discriminación, que sean accesibles para todo el mundo y se integren en otros servicios de atención primaria o salud sexual y reproductiva a fin de maximizar el acceso, a la vez que se garantiza la privacidad y confidencialidad.

El personal de servicios de salud desempeña varios papeles en la prevención de las ITS y sus complicaciones, tal como se describe brevemente más adelante.

- **Promocionar el uso temprano de los servicios clínicos** para tratar las ITS y prevenir las complicaciones, haciendo hincapié en que muchas ITS pueden curarse. Fomentar las conductas de buena salud enseñando a las personas cómo reconocer los síntomas y cuándo deben buscar asistencia.
- **Promover unas prácticas sexuales seguras y el uso de preservativos**, cuando se asesore a la persona, lo que incluye ofrecer información verbal o por escrito sobre las ITS y los mensajes de prevención claves (consultar el *recuadro 2* en la página siguiente), demostrar el uso correcto de los preservativos masculinos y femeninos, y explicar en qué consiste la protección doble (frente al embarazo y las ITS, incluido el VIH). Se debe disponer

### RECUADRO 1: Poblaciones específicas más afectadas por las ITS, VIH incluido

Los países deben definir las poblaciones específicas en las que centrarse para los servicios de salud de las ITS, según los contextos locales. Estos grupos de población pueden incluir:

- personas con más probabilidades de tener un gran número de parejas sexuales, p. ej. personas trabajadoras sexuales y sus clientes;
- hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres;
- personas transgénero;
- personas con ITS existentes, VIH incluido;
- adolescentes y jóvenes (entre 10 y 24 años);
- mujeres;
- personas que experimentan violencia sexual y de género;
- poblaciones nómadas;
- infancias y jóvenes que viven en la calle;
- personas privadas de su libertad;
- personas usuarias de drogas;
- personas afectadas por conflictos y disturbios civiles.

Fuente: OMS [8].

de distintos tamaños y tipos de preservativos, incluidos los preservativos femeninos, así como de lubricantes compatibles. El uso de lubricantes ayuda a evitar que se rompan los preservativos masculinos y permiten el deslizamiento, lo que puede aumentar la comodidad y el placer, especialmente con el sexo anal. Explicar que no se deben utilizar lubricantes oleosos con preservativos de látex, ya que pueden degradarlo, lo que aumenta el riesgo de rotura del preservativo (para más información consultar el *capítulo 7: VIH*).

- **Detectar infecciones** que no resulten obvias. Preguntar sobre los síntomas de ITS durante la anamnesis, cuando la persona acuda a recibir cualquier tipo de servicios de salud sexual y reproductiva. También se deben buscar signos de ITS cuando se realicen exámenes no relacionados con las mismas (p. ej. detección del cáncer de cuello uterino o colocación de un DIU). Ofrecer pruebas de detección de infecciones asintomáticas y repetir las pruebas y los exámenes periódicamente, cuando sea posible, especialmente con personas que se hayan evaluado como de algo riesgo. Asesorar sobre la frecuencia de las pruebas para cada persona usuaria según sus factores de riesgo (p. ej. a los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres se les puede ofrecer pruebas de detección de ITS cada 3 ó 6 meses).

- **Prevenir infecciones yatrogénicas** siguiendo precauciones universales y un procesamiento estricto del instrumental, usando técnicas asépticas y descartando o tratando las infecciones del cuello uterino antes de realizar ninguna intervención transcervical.
- **Tratar las ITS sintomáticas** con eficacia ofreciendo tratamiento, logrando su cura o reduciendo la infecciosidad, reduciendo el riesgo de complicaciones a causa de las ITS, reduciendo o previniendo futuras conductas de riesgo y garantizando el tratamiento adecuado de las parejas sexuales.
- **Aconsejar a las personas usuarias** sobre cómo mantenerse sin ITS después del tratamiento adoptando unas prácticas sexuales más seguras que incluyan intervenciones biomédicas (consultar el *recuadro 2*). Animar a las personas usuarias a cumplir el tratamiento, lo que incluye asegurarse de que las parejas sean notificadas y reciban tratamiento, haciendo hincapié en que lo mejor es tratar a las parejas simultáneamente (consultar el *apartado 2.5: Cómo notificar a la pareja*).
- **Recomendar pruebas de detección universales para personas embarazadas** de sífilis, HIV y hepatitis B durante el primer contacto prenatal. Para sífilis y VIH, utilizar PDR de resultado inmediato (p. ej. una PDR doble para sífilis y VIH) y ofrecer tratamiento para reducir el riesgo de transmisión vertical al feto, que podría ser mortal.
- **Promover y ofrecer vacunas para** hepatitis A y B e infecciones por VPH, conforme a los consejos locales. Las vacunas para hepatitis A y B suelen incluirse en los programas de vacunación infantil. Las vacunas disponibles para los VPH son una vacuna bivalente que protege frente a los tipos 16 y 18 de VPH, que causan un 70 por ciento de los cánceres de cuello uterino en todo el mundo; una vacuna cuadrivalente que protege frente a estos dos tipos y los tipos 6 y 11 de VPH, que causan la mayoría de los condilomas anogenitales; y una vacuna nonavalente dirigida a los tipos 6, 11, 16 y 18, además de cinco tipos de VPH adicionales con alto riesgo oncogénico (31, 33, 45, 52 y 58), que ofrecen protección frente al cáncer de ano, cuello uterino, vagina y vulva, además de frente a los condilomas anogenitales. Las vacunas de los VPH se han diseñado para ser administradas antes del inicio de la actividad sexual, pero se recomiendan independientemente de cuándo esta se inicie a todas las personas de hasta 26 años de edad. Algunas personas adultas de entre 26 y 45 años que no están vacunadas podrían beneficiarse todavía de la vacuna [9]. Si está disponible y autorizada para su uso en el contexto local, el personal

de servicios de salud debe participar en la toma de decisiones compartidas sobre las vacunas de VPH (consultar el *capítulo 8: Ginecología y otros servicios de salud reproductiva*).

- **Promover la circuncisión masculina médica voluntaria** entre los candidatos apropiados para ofrecer algo de protección frente al VIH (donde la prevalencia sea alta, consultar el *capítulo 7: VIH*) y otras ITS, como herpes y VPH.
- **Ofrecer profilaxis para oftalmia neonatal a todos los bebés recién nacidos**, independientemente de los síntomas de la madre o si hay signos de infección de gonorrea o clamidia. El personal debe comprobar los consejos locales sobre tratamiento.

#### RECUADRO 2: Mensajes de consejería claves para la prevención primaria de las ITS, VIH incluido

Se puede lograr una actividad sexual más segura y prevención de las ITS adoptando cualquier combinación de lo siguiente:

- Educarse y tener conocimientos sobre las ITS y la salud y el bienestar sexuales.
- Retrasar la edad de inicio de las relaciones sexuales.
- Reducir el número de parejas sexuales.
- Mantener relaciones sexuales sin penetración (p. ej. masturbarse y tocarse mutuamente)
- Utilizar preservativos (masculinos o femeninos) constante y correctamente durante las relaciones sexuales con penetración (vaginales, orales, anales), además de un lubricante que sea compatible con los preservativos.
- Vacunarse contra la hepatitis A y B, y los VPH.
- Usar profilaxis previa y posterior a la exposición (PrEP y PEP) para el VIH, según se necesite (consultar el *capítulo 7: VIH*).
- Hacerse pruebas de detección periódicamente cuando se tenga una nueva pareja sexual o varias.
- Buscar atención inmediata en caso de presentar cualquier síntoma de ITS.

Fuente: Adaptado de OMS [8] y OMS [10].



## 2.2 Consejería para personas usuarias que acuden a un centro de servicios de salud para ITS

La consejería para las pruebas de ITS debe incluir información sobre la importancia de las pruebas, indicando que las ITS son habituales, pero existe posibilidad de curarlas o controlarlas, y subrayando los beneficios de prevenir complicaciones futuras, reducir o acabar con la posibilidad de transmisión, y asumir el control de la autoprotección y la protección de la(s) pareja(s). La consejería debe incluir información sobre la importancia de cumplir cualquier tratamiento para la ITS y finalizar el ciclo de medicamentos (consultar el [apartado 2.4: Proporcionar tratamiento para las ITS](#)). La consejería debe fomentar conductas de buena salud siempre que se aprecien síntomas de ITS, especialmente si ha habido algún riesgo de exposición a las ITS (p. ej. nuevas o múltiples parejas, rotura de preservativos o si no se utilizan).

La información proporcionada debe centrarse en la persona, ser accesible, fácil de entender y sensible a las circunstancias individuales de cada quien. Por ejemplo, la persona puede estar comenzando una relación sexual con una pareja nueva, puede que vivan con el VIH o pueden vivir bajo la amenaza de violencia sexual y de género. El personal también debe tener en cuenta que las necesidades de cada persona no son estáticas y cambiarán con el paso del tiempo.

El personal debe subrayar el hecho de que un diagnóstico positivo (mediante manejo sindrómico o pruebas etiológicas) no significa que nadie tenga la «culpa». El tratamiento de la pareja, quien también es posible que tenga la infección, es esencial para que la persona evite volver a infectarse después de su propio tratamiento. Esta es una oportunidad para hablar de los beneficios de notificar a la pareja y de tratar a todas las partes simultáneamente a fin de reducir la posibilidad de que el tratamiento fracase (consultar el [apartado 2.5: Cómo notificar a la pareja](#)).

Se puede explorar la posibilidad de consejería conjunta sobre ITS para parejas. A muchas personas les resulta difícil hablar sobre el asunto con su(s) pareja(s) y es posible que valoren recibir ayuda con la comunicación.

Para la persona con un resultado **positivo**, es importante garantizarle la confidencialidad y ofrecerle ayuda, si fuera necesario, sobre cómo abordar el estigma que podría ocasionar un diagnóstico positivo. Algunas personas podrían necesitar ayuda o referencias, según sus circunstancias. Ofrezca consejería sobre cómo disminuir los riesgos y prevenir las ITS en el futuro mediante una evaluación de los riesgos y obstáculos actuales que impiden unas

prácticas sexuales más seguras, y la elaboración de un plan de reducción de riesgos.

Para la persona con un resultado **negativo**, ofrezca consejería sobre la reducción de riesgos y cómo mantenerse «negativa» según las circunstancias individuales de cada quien, incluidos mensajes de sexo más seguro (consultar el [recuadro 2](#)). Evalúe los riesgos y obstáculos actuales que impiden unas prácticas sexuales más seguras y elaborar un plan de reducción de riesgos.

Se debe animar a todas las personas a plantear preguntas y a que regresen (o llamen por teléfono si esta opción está disponible y es la preferida de la persona) si tienen más dudas o inquietudes. También se debe ofrecer información por escrito (p. ej. un folleto con información relevante), si se dispone de ello.

Para consejería relacionada con el VIH y la notificación a las parejas, consultar el [capítulo 7: VIH](#).

### 2.2.1 Tecnología móvil y atención para las ITS

La rápida expansión del acceso a Internet y los teléfonos móviles ha generado nuevas oportunidades que permiten aprovechar las tecnologías móviles para ayudar a reducir la carga de las ITS en poblaciones diversas. Las tecnologías móviles permiten llegar a las personas usuarias en cualquier momento y lugar donde se encuentre, y pueden ser una herramienta importante para aumentar los servicios de salud en persona. Estas herramientas pueden respaldar varias labores, incluido llegar a poblaciones clave y conseguir su participación, aumentar la concienciación sobre los servicios locales de salud, facilitar la divulgación de contenidos educativos, enviar recordatorios para las visitas de seguimiento y aumentar el acceso a las pruebas de identificación y detección de las ITS. Se dispone de una amplia gama de herramientas (p. ej. llamadas telefónicas o videollamadas, sencillos SMS o aplicaciones de mensajería, redes sociales y las aplicaciones de los teléfonos inteligentes) (consultar la [tabla 1](#) en la página siguiente). Sin embargo, se debe prestar mucha atención a salvaguardar de forma proactiva la privacidad y confidencialidad de las personas participantes, especialmente si comparten teléfonos con otra gente.

Principios y consideraciones claves para utilizar los servicios de salud móviles y electrónicos para los programas de ITS y VIH:

- Llevar a cabo una evaluación de las necesidades y garantizar el tiempo suficiente para planificar, hacer proyectos piloto e integrarlos en los flujos de trabajo.
- Implicar a la persona o la población objetivo en todas las etapas, lo que ayudará a orientar la planificación,

- promover la viabilidad, respaldar la participación/ uso y abordar la competencia digital.
- Establecer objetivo(s) y resultados claros, viables y cuantificables para el uso de la tecnología.
- Personalizar el contenido digital (publicaciones, artículos, videos) según la población local, y garantizar que el lenguaje y los mensajes utilizados no sean inadvertidamente estigmatizantes.
- Garantizar una conducta ética y utilizar distintas plataformas tecnológicas móviles y basadas en Internet.
- Disponer de procedimientos para mantener la más estricta confidencialidad, como la protección de los datos (p. ej. lista de los números de los teléfonos móviles de las personas usuarias).
- Elaborar procedimientos para proteger la privacidad (p. ej. obtener el consentimiento de la persona para poder contactarla por SMS y evitar la divulgación accidental del problema de salud de alguien).
- Tener en cuenta asuntos de sostenibilidad y recursos durante las etapas de planificación y ejecución.

**TABLA 1: Ejemplos de herramientas tecnológicas utilizadas para facilitar la atención a las ITS.**

Plataforma tecnológica	Ejemplo de uso
SMS – teléfonos móviles	Recordatorios de citas o para tomar la medicación.
Redes sociales (p. ej. Instagram/Facebook)	Publicar contenido digital educativo y motivador (gráficos, videos cortos) sobre las pruebas de ITS/VIH o cómo acceder a PEP/PrEP.
WhatsApp	Conectar a la persona con personal de extensión para ofrecer apoyo constante en la prevención del VIH.
Grupos en línea privados (p. ej. Messenger, WhatsApp, Facebook)	Crear un grupo cerrado de personas usuarias para disponer de grupos virtuales de apoyo entre pares para personas que viven con VIH.
Grupo de personas proveedoras en WhatsApp	Crear una red de personas proveedoras que se apoyen mutuamente compartiendo información, obteniendo acceso a expertos que pueden responder preguntas en tiempo real, ofrecer actualizaciones educativas e informativas para nuevas directrices.
Aplicaciones de citas/ redes sociales	Trabajar con personas influyentes y las partes interesadas más importantes en una población para llegar a personas que están marginalizadas (p. ej. hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, mujeres transgénero, personas trabajadoras sexuales) e informarles sobre los servicios de salud seguros y de afirmación.
Plataformas múltiples	Distribuir un enlace a través de las redes sociales y las partes interesadas para realizar de forma eficiente una evaluación de las necesidades de personas usuarias tanto actuales como potenciales.
Aplicaciones en teléfonos inteligentes	Personalizar y distribuir aplicaciones específicas para promocionar la prevención y la atención para las ITS/VIH.

## 2.3 Evaluación de la persona

### 2.3.1 Antecedentes sexuales y evaluación de riesgos

En el contexto de los servicios de salud sexual y reproductiva, el personal debe comenzar preguntado sobre el estado de salud general de cada persona seguido de sus antecedentes completos de salud sexual y reproductiva y las primeras

preguntas de detección en los antecedentes sexuales (seguir los pasos descritos en el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#)).

### A. Evaluación de riesgos

Para la persona que notifique más de una pareja durante el último año y para hombres que mantengan relaciones sexuales con otros hombres, realice una segunda evaluación de riesgos (consultar la *tabla 2*).

Se debe tener en cuenta que, aunque estas preguntas son breves, los antecedentes sexuales llevarán, en ciertos

casos, a una conversación más larga sobre aspectos importantes de la salud sexual y reproductiva y otros asuntos relacionados. En la *tabla 2* se ofrecen preguntas adicionales que pueden plantearse para evaluar más a fondo los riesgos. Las preguntas deben adaptarse o validarse para cada persona usuaria/población/entorno.

**TABLA 2: Evaluación de riesgos: preguntas adicionales que se sugiere plantear cuando los antecedentes sexuales indiquen riesgo de ITS, incluido el VIH.**

<b>Parejas</b>	<p>¿Sabes si tu pareja tiene más parejas sexuales?</p> <p>¿Sabes si tu pareja tiene síntomas de una ITS?</p> <p>En los últimos 3 meses, ¿has mantenido relaciones sexuales con una pareja nueva, con alguien que no conocías o acababas de conocer, o has tenido varias parejas?</p> <p>¿Alguna vez te han obligado a mantener relaciones sexuales?</p>
<b>Prácticas</b>	<p>En los últimos 3 meses, ¿qué tipo de relaciones sexuales has tenido: sexo anal/vaginal/oral? (Para hombres que mantengan relaciones sexuales con otros hombres, preguntar si era sexo anal receptor, sexo anal penetrador, o ambos).</p> <p>Cuando mantenías relaciones sexuales, ¿tú o alguna de tus parejas consumió alcohol o drogas?</p> <p>¿Has intercambiado alguna vez sexo por drogas o dinero?</p>
<b>Antecedentes de ITS</b>	<p>¿Has tenido alguna vez una ITS?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la respuesta es que sí: ¿qué infección/enfermedad (o qué/cuáles fueron los síntomas)? ¿Cuándo la tuviste? ¿Recibiste tratamiento tú y tu(s) pareja(s)?</li> </ul> <p>¿Alguna vez te has hecho una prueba del VIH?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la respuesta es que sí: ¿hace cuánto tiempo que te hiciste la prueba? ¿Cuál fue el resultado?</li> </ul>
<b>Protección</b>	<p>¿Qué haces para protegerte de las ITS, incluido el VIH?</p> <p>¿Cuándo usas esta protección y con qué parejas? (¿Para sexo anal/vaginal/oral?)</p> <p>¿Te has vacunado de VPH, hepatitis A o hepatitis B?</p> <p>¿Has experimentado recientemente alguna rotura o deslizamiento de un preservativo?</p>

Fuente: Adaptado del Altarum Institute [11].

### B. Preguntas sobre los síntomas clínicos

Después de realizar la evaluación de riesgos (apartado A), el personal debe hacer las preguntas correctas sobre cualquier signo o síntoma clínico a fin de valorar si indican

una ITS o alguna otra enfermedad, incluso antes de iniciar un examen clínico. Estas preguntas se resumen en el *recuadro 3*.

#### RECUADRO 3: Preguntas para personas que presentan síntomas clínicos

<p><b>Preguntas para todas las personas usuarias sobre síntomas generales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas sistémicos como fiebre, erupciones cutáneas, artralgias o dolor ocular (puede estar relacionado con complicaciones de la clamidia y la gonorrea).</li> <li>• Para personas que hayan tenido sexo anal, cualquier dolor, sangrado o secreción del ano, o cambio en el hábito intestinal (indica la necesidad de hacer más investigaciones).</li> <li>• Bultos en la ingle (pueden indicar bubones inguinales o linfadenomegalias).</li> <li>• Orinar más a menudo y dolor en la uretra o el abdomen mientras se orina (indica la necesidad de más investigaciones).</li> <li>• Dolor o prurito en los genitales externos o el ano, cualquier cambio o úlceras en la piel (puede indicar ladillas, herpes genitales o condilomas acuminados).</li> </ul>
<p><b>Preguntas para personas usuarias que son mujeres o tienen genitales femeninos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de la última menstruación, cualquier hemorragia uterina anormal y uso de anticonceptivos.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es importante confirmar o descartar el embarazo, especialmente en la presencia de dolor pélvico o hemorragia uterina anormal (posible aborto espontáneo o embarazo ectópico, consultar el <i>capítulo 8, apartado 3: Tratamiento de los trastornos ginecológicos habituales</i>) y para garantizar que ningún medicamento actual o planificado esté contraindicado.</li> <li>• Realice una prueba de embarazo, si fuera necesario.</li> <li>• Si la persona corre riesgo de un embarazo no deseado, ofrecer anticonceptivos, incluida anticoncepción de emergencia si fuera necesario, y hablar sobre el uso de preservativos.</li> </ul> </li> <li>• Cualquier sangrado después de las relaciones sexuales (podría indicar cervicitis relacionada con la clamidia).</li> <li>• Cualquier dolor abdominal o pélvico, o dolor durante las relaciones sexuales (y lugar del dolor).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dolor en la parte inferior del abdomen puede indicar enfermedad inflamatoria pélvica, lo más habitual es que esté causada por clamidia, pero también puede deberse a gonorrea u otros microorganismos (consultar el <i>capítulo 8, apartado 3: Tratamiento de los trastornos ginecológicos habituales</i>). La presencia de fiebre y la dispareunia intensa aumentan la posibilidad de tener enfermedad inflamatoria pélvica.</li> </ul> </li> <li>• Si hay leucorrea, preguntar si es diferente a lo normal (y que describan su color, consistencia, olor y cantidad). Los distintos tipos de leucorreas anormales pueden indicar una ITS (p. ej. clamidia, gonorrea, tricomoniasis) o una IAR de transmisión no sexual (p. ej. vaginosis bacteriana, candidiasis).</li> </ul>
<p><b>Preguntas para personas usuarias que son hombres o tienen genitales masculinos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar sobre los testículos: si hay algún cambio en el tamaño o inflamación, algún dolor.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si presentan dolor repentino intenso, pensar en torsión como posible diagnóstico.</li> <li>• Si presentan inflamación sin dolor, pensar en hidrocele (una acumulación benigna de líquido en el escroto que afecta a uno o ambos testículos) o varicocele (una inflamación de los vasos sanguíneos de los testículos).</li> </ul> </li> <li>• Preguntar si orinan con más frecuencia y si hay sangre en la orina (esto indica la necesidad de más investigaciones).</li> <li>• Si presentan alguna secreción del pene y su descripción (la secreción puede indicar una ITS).</li> </ul>

### 2.3.2 Examen clínico

Consultar el [capítulo 2, apartado 4: Examen físico](#) para obtener orientación sobre el examen físico. La información adicional que se ofrece más adelante es específicamente para los signos y síntomas de las ITS.

#### Área genital:

- *Todas las personas usuarias:* Inspeccionar los genitales externos para ver si hay alguna úlcera, erupción cutánea o condilomas.
- *Examen vaginal/cervical/ovárico:*
  - Examen con espéculo: Observar la cantidad, la consistencia, el color y el olor de la leucorrea y la presencia de úlceras o condilomas en la vagina o el cuello uterino. Sospechar cervicitis como resultado de una ITS si el cuello uterino es friable (sensible y propenso a los desgarros, o si sangra al contacto), o si presenta leucorrea mucopurulenta.
  - Examen bimanual: Comprobar si presenta dolor en la parte inferior del abdomen (dolor pélvico) y dolor con el movimiento del cuello uterino (excitación cervical), que podría indicar infección aguda.
- Examen de los testículos y el pene:
  - Pene: Comprobar u «ordeñar» la uretra (es decir, masajear suavemente desde la parte ventral del pene hasta el meato) para demostrar cualquier secreción notificada.
  - Escroto y testículos: Comprobar si hay inflamación en el escroto. Palpar el epidídimo para evaluar si hay dolor.

#### Zonas inguinales:

- Comprobar si hay inflamaciones inguinales. Si tienen líquido o son dolorosas, es más probable que sean bubones en lugar de linfadenomegalias.

#### Zona anal:

- Comprobar la zona perianal de la persona que pudiera haber tenido sexo anal receptor para ver si hay úlceras, condilomas, secreción, sangrado o cualquier otra anomalía, ya que es posible que no haya notado ningún síntoma.
- Realizar un examen rectal si presenta secreción mucopurulenta, edema mucoso o úlceras, y hacer pruebas para detectar clamidia y gonorrea rectales si se dispone de los recursos necesarios.

#### Zona oral:

- Para personas que practiquen el sexo oral, comprobar si presentan dolor de garganta y signos de infección orofaríngea, y hacer pruebas para detectar clamidia y gonorrea si se dispone de los recursos necesarios, especialmente para grupos de alto riesgo (p. ej. hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, personas trabajadoras sexuales).

Los resultados de los antecedentes sexuales y el examen físico, en combinación con información epidemiológica local y los consejos nacionales o específicos de cada centro, orientarán la selección de las pruebas etiológicas más apropiadas, según sea necesario. Los exámenes también forman parte del tratamiento sindrómico (consultar el [apartado 5](#)).

## 2.4 Proporcionar tratamiento para las ITS

Las personas que lo necesiten deben tener a su disposición una atención y tratamiento de alta calidad para las ITS en su primer punto de contacto. Para las personas que requieran tratamiento, tanto basado en los síntomas como en los diagnósticos o las pruebas autoadministradas (consultar los [apartados 3 y 5](#)), es vital que el personal disponga de los medicamentos apropiados (consultar el [apéndice 2: Opciones de tratamiento recomendadas](#)) o sea capaz de referir a las personas usuarias a una farmacia accesible y asequible.

Indique a las personas que necesiten tratamiento médico lo siguiente:

- Tomar todos los medicamentos según se indique, cumpliendo el esquema posológico, incluso si los síntomas desaparecen antes de finalizarlos. Explicar que esto ayuda a garantizar que el tratamiento sea eficaz y previene la aparición de resistencia al mismo.
- No mantener contactos sexuales (vaginales, anales u orales) hasta que se haya finalizado el tratamiento y los síntomas hayan desaparecido.
- No mantener contacto sexual hasta que la(s) pareja(s) también hayan sido tratadas (consultar el [apartado 2.5: Cómo notificar a la pareja](#)). Esto puede no aplicarse a las ITS endógenas. Si eso no fuera posible, se debe utilizar preservativos. Suministrar preservativos y lubricante a la persona según sea necesario.

Indicar a la persona que regrese a la clínica:

- Si experimentan efectos adversos a causa de la medicación.
- Si cualquier síntoma no se resuelve o empeora.
- Si no pueden finalizar el tratamiento.
- Si creen que pueden haberse vuelto a infectar.

Animar a las personas usuarias a plantear todas las preguntas que puedan tener, y a que regresen en cualquier momento si tienen más preguntas o inquietudes. No es esencial realizar un seguimiento sistemático. Además de instrucciones para el tratamiento, se debe dar a la persona información y educación verbalmente o por escrito según resulte adecuado (consultar el [apartado 2.1: Prevención de las ITS](#)).

## 2.5 Cómo notificar a la pareja

En cuanto una persona haya sido diagnosticada con una ITS y se haya iniciado el tratamiento, el personal debe proporcionar información, consejería y ayuda para notificar a su(s) pareja(s) sexual(es).

El objetivo de notificar a la(s) pareja(s) sexual(es) de la persona es tratar a las que sea posible que tengan la misma ITS y evitar que la persona vuelva a infectarse después del tratamiento. Lo ideal es hacer pruebas y tratar a las parejas sexuales en cuanto sea posible.

El proceso de notificación a la pareja puede resultar difícil por muchas razones:

- La idea de notificar a la pareja puede ser peligroso para la persona. Es esencial respetar los deseos de la persona y conservar su confianza. Puede ayudar si la clínica tiene reputación de mantener la confidencialidad.
- El personal de servicios de salud tiene que ser comprensivo con aquellas personas que puedan ser más susceptibles de sufrir consecuencias adversas por la divulgación de su enfermedad, como discriminación, violencia, abandono o encarcelamiento. Estas personas usuarias podrían necesitar consejería adicional.
- A muchas personas les podría resultar difícil hablar sobre un diagnóstico de ITS con su pareja, especialmente las que corren riesgo de sufrir reacciones violentas.
- La(s) pareja(s) sexual(es) de la persona pueden no creerse que tienen una infección, especialmente si no presentan síntomas, o puede que se nieguen a acudir para hacerse una prueba o recibir tratamiento.

- Las personas diagnosticadas con síndrome de leucorrea podrían no tener una ITS, pero se les puede dar tratamiento para ITS según el manejo sindrómico (consultar el [apartado 5](#)). El personal debe hablar con la persona sobre si debe divulgar su presunto diagnóstico o sugerir un tratamiento para su(s) pareja(s) sexual(es).
- Algunas personas pueden no conocer los nombres correctos o datos de contacto de su(s) pareja(s) sexual(es), e incluso si los saben, podría ser difícil localizar a algunas de ellas.

Es de vital importancia que el personal no obligue a la persona a tomar decisiones ni a actuar en contra de su voluntad. El personal puede aportar información sobre la importancia de notificar y tratar a la(s) pareja(s) sexuales, pero en última instancia cada persona debe elegir si desea o no informales.

Según las características de la persona usuaria y las circunstancias del caso, el personal puede comentar y estudiar con cada persona los siguientes métodos para notificar a la pareja:

- **Sistema de notificación y referencia dirigido por la persona:** Algunas personas pueden tener la confianza necesaria para hablar con su(s) pareja(s) directamente y referirlas para recibir tratamiento por una ITS. Preguntar a estas personas que traigan o envíen a su(s) pareja(s) a la clínica. Si fuera posible, ofrecerles hojas de referencia médica para que se las entreguen a su(s) pareja(s) sexual(es). Recomendar una clínica alternativa si es más conveniente para la pareja.
- **Sistema de tratamiento dirigido por la persona:** Algunas personas saben que su pareja no acudirá a recibir tratamiento para la ITS, pero están dispuestas a llevárselo a su pareja para evitar retrasarlo. Se debe dar a la persona información y suficientes medicamentos o recetas para su(s) pareja(s) sexual(es) sin necesidad de examen a fin de agilizar el proceso. Esto solamente es posible cuando el tratamiento es por vía oral.
- **Sistema de notificación dirigido por el personal:** Algunas personas pueden preferir que el personal de servicios de salud se ponga en contacto con su(s) pareja(s) sexual(es). Preguntar a estas personas el nombre y la dirección de la(s) pareja(s), y tratar de ponerse en contacto con ellas por teléfono, correo postal o visitándolas en sus casas, según sea necesario, y recomendar que acudan para hacerse las pruebas debido a una posible exposición al alguien que tiene una ITS.

- **Métodos combinados:** En muchos casos es posible que se necesite más de un método. Por ejemplo, si una persona se ofrece a notificar a su(s) pareja(s) sexual(es), el personal puede esperar un periodo de tiempo razonable (alrededor de una semana), después probar otro método si la pareja no se presenta para recibir tratamiento.

*Nota:* El personal también necesita conocer los reglamentos locales y nacionales que pueden estipular la obligación de notificar y comunicar ciertas ITS y debería ser honesto con la persona sobre las implicaciones, según las circunstancias de cada caso.

## 2.6 Referencia

Muchas personas proveedoras atienden a personas con ITS en centros de atención primaria en los que puede que no tengan acceso inmediato a todas las pruebas o tratamientos necesarios. Cada persona proveedora o centro de salud debe planificar una vía de referencia destinada a aquella persona que deba atenderse o seguirse en otro lugar para hacerse pruebas y recibir atención para una ITS, utilizar otros servicios de salud sexual y reproductiva y satisfacer otras necesidades, incluidos los servicios de salud mental.

En general, se recomienda referir a personas usuarias en las circunstancias siguientes:

- Si hay alguna complicación de la ITS, como enfermedad inflamatoria pélvica confirmada o presunta, o una infección secundaria para la que no se disponga de supervisión estrecha o manejo adecuado en las instalaciones.
- Existe alguna duda sobre el diagnóstico, especialmente con personas usuarias que presentan cuadros agudos, y si hay alguna posibilidad de que la causa no esté relacionada con la ITS, como un embarazo ectópico o apendicitis aguda.
- El tratamiento ha fracasado o los síntomas no han respondido al esquema posológico del tratamiento disponible (p. ej. cuando exista secreción uretral persistente). En estos casos, es posible que se necesiten unos mejores servicios diagnósticos para ofrecer un tratamiento eficaz y disminuir el riesgo de resistencia antibiótica.
- Se necesita tratamiento especializado (p. ej. para un embarazo o una persona con varias enfermedades concomitantes, o para la extirpación quirúrgica de condilomas anogenitales más complicados).

### Prevención y tratamiento de las ITS en contextos humanitarios

La prevalencia de las ITS, incluido el VIH, puede aumentar en situaciones de emergencia si no se dispone de servicios de salud para su prevención, detección y tratamiento. Las ITS pueden afectar gravemente a la salud sexual y reproductiva, y algunas pueden incrementar el riesgo de transmisión del VIH.

En una situación de crisis, y en entornos con pocos recursos, se aplica el manejo sindrómico de las ITS (consultar el [apartado 5](#)). Esto supone manejar los casos según su presentación clínica (síntomas y signos) basándose en un diagrama de toma de decisiones, con el uso de microscopía en el centro si estuviera disponible y resultara apropiado. Los recursos adicionales necesarios para las pruebas etiológicas de las ITS, y más tarde dar los resultados a las personas usuarias con el tratamiento adecuado, no están justificados en las emergencias.

Las medidas para reducir el contagio de ITS y del VIH deben incluir una gran disponibilidad de preservativos y entrega gratuita de los mismos. Asegurar la disponibilidad de preservativos masculinos y femeninos (lubricados, o con lubricantes compatibles, según sea necesario) en todos los lugares apropiados (tanto dentro como fuera del centro) desde los primeros días de la respuesta humanitaria es algo crucial, ya que los preservativos ofrecen la mejor protección frente a las ITS, incluido el VIH. Además, a las personas sobrevivientes de violencia sexual se les debe facilitar profilaxis posterior a la exposición (PEP) para el VIH y las ITS. Consultar el [capítulo 11: Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios](#) para ver información completa del objetivo 3 del Paquete de servicios iniciales mínimos sobre la prevención de la transmisión y la reducción de la morbilidad y mortalidad debidas al VIH y otras ITS en los contextos humanitarios.

- Se necesitan más pruebas diagnósticas o investigaciones.
- Una persona con una infección crónica de hepatitis B a la que pudiera beneficiar un tratamiento de antivirales para frenar el progreso de la enfermedad, que están disponibles en un centro especializado, o una persona con hepatitis B que esté gravemente enferma con complicaciones y necesite cuidados de más alto nivel.
- Una persona que necesite algún tipo de servicio de salud sexual y reproductiva que no esté disponible en el centro.

### 3. Pruebas diagnósticas

La identificación precisa de las ITS sintomáticas y asintomáticas, así como las mejoras en la sensibilidad y especificidad del enfoque sindrómico, todo ello depende de la disponibilidad de pruebas diagnósticas y de una estrategia de detección. En la [tabla 3](#) se resumen las distintas pruebas disponibles para las ITS. El personal de servicios de salud debe saber qué pruebas diagnósticas fiables, económicas y de alta calidad resultan apropiadas y están disponibles localmente, y deben adquirir y garantizar existencias adecuadas de dichas pruebas.

Las pruebas diagnósticas, tanto si son POCT rápidas como pruebas de laboratorio, deben proporcionarse después de una exhaustiva toma de antecedentes sexuales y clínicos, y de realizar una evaluación de riesgos y exámenes adicionales según resulte apropiado (consultar el [apartado 2](#) y el [capítulo 8: Ginecología y otros servicios de salud reproductiva](#)).

#### Recomendaciones sobre la autorrecogida de muestras para las pruebas de ITS

Es necesario un mayor esfuerzo para ampliar las pruebas de detección de ITS en todo el mundo, y la autorrecogida de muestras (ARM) es una forma de facilitar esta tarea. La ARM significa que las personas toman sus propias muestras, en el centro de salud o en cualquier otro sitio, las envían a un laboratorio para su análisis y el laboratorio les entrega los resultados. El seguimiento en los casos de pruebas positivas exige vincular a las personas al sistema de salud. En países de renta alta, donde se dispone de muchos laboratorios y servicios de salud, los estudios demuestran que las muestras autorrecogidas para las ITS son tan precisas como las muestras tomadas por los profesionales de salud, y que la ARM es viable y aceptable en varias poblaciones distintas. Los métodos de ARM también tienen potencial para abordar algunos obstáculos que a menudo impiden a la gente hacerse pruebas de detección de ITS con personal de servicios de salud o en una clínica, como inquietudes sobre autonomía, inconveniencia, estigma y falta de privacidad.

Recomendaciones de la OMS:

- La autorrecogida de muestras para *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* debe estar disponible como un método adicional de ofrecer pruebas para las ITS.
- La autorrecogida de muestras para *T. pallidum* (sífilis) y *T. vaginalis* puede considerarse como un método adicional de ofrecer pruebas para las ITS.

Fuente: OMS [13].

Para las pruebas que necesiten muestras con hisopos (microscopía, cultivos, pruebas de amplificación del ácido nucleico [PAAN]), estas deben tomarse durante el examen clínico indicado según los antecedentes sexuales, desde la parte superior de la vagina, el cuello uterino, la garganta o el ano. También se pueden tomar muestras de la uretra (hombres y mujeres) o la vagina/cuello uterino si no hay acceso a pruebas de orina para gonorrea/clamidia. Cabe señalar que, para los hombres, se prefieren las pruebas de orina, pero si no están disponibles, también se pueden tomar muestras uretrales. Para las mujeres se prefieren las muestras con hisopo en lugar de las pruebas de orina, si es posible, debido a su sensibilidad para las infecciones por gonorrea (la orina y los hisopos poseen una alta sensibilidad parecida para la clamidia [12]).

Las pruebas para el VIH, sífilis y hepatitis necesitan pruebas serológicas o análisis de sangre. También hay pruebas orales con hisopo para el VIH.

Los **kits de autorrecogida** tienen la ventaja de no necesitar personal para la obtención de muestras. Pueden realizarse en casa (y en ciertos entornos pueden enviarse directamente al laboratorio), o sencillamente la persona puede utilizarlos en un baño o sala privada en la clínica después de la consulta, de forma similar a la autorrecogida de muestras de orina. La eficacia y mayor disponibilidad de autorrecogida para las muestras de orina y los hisopos para las pruebas de ITS han aumentado la aceptación de las pruebas de detección de las ITS entre las personas usuarias, a la vez que reducen la carga de trabajo del personal de servicios de salud relacionada con las ITS, ya que permiten recoger muestras sin el examen pélvico o el hisopado uretral que deben ser realizados por personas proveedoras. Normalmente las muestras que se autorrecogen son vaginales, anorrectales y orofaríngeas. También pueden ser un recurso adicional que puede ofrecerse a la persona que acude a realizar pruebas de detección o notifica síntomas, pero que no da su consentimiento para un examen. La persona debe recibir instrucciones claras para el uso de los kits de autorrecogida, usando herramientas visuales explicativas según resulte apropiado.

Siempre que sea posible, las pruebas deben llevarse lo más cerca posible de la persona (POCT) y obtenerse resultados durante la misma visita a la clínica (PDR). Esto maximizará la tasa de diagnósticos correctos y tratamientos recibidos durante el mismo día o visita, y minimizará la pérdida de personas usuarias durante el seguimiento, lo que constituye un riesgo cuando las pruebas deben enviarse a un laboratorio para su análisis, retrasando el acceso a los resultados. Las POCT/PDR suelen tener menos sensibilidad que las pruebas de laboratorio, pero tienen la ventaja



de que más personas usuarias recibirán tratamiento sin costos de laboratorio (incluidas instalaciones, equipamientos especializados y conocimientos). Estas pruebas también pueden ser realizadas por una gran variedad de profesionales de los servicios de salud sin capacitación en técnicas de laboratorio. El personal debe saber qué las POCT/PDR están disponibles a nivel local y regional, y hacer todo lo posible para utilizarlas en sus centros siempre que sea posible.

Cuando no se disponga de pruebas etiológicas y los resultados no estén disponibles inmediatamente,

el personal debe aplicar un enfoque sindrómico y utilizar el razonamiento clínico a la hora de decidir si se administrará algún tratamiento y cuál será dicho tratamiento. En el [apartado 5](#) se ofrece consejería sobre el manejo sindrómico, y en el [apartado 4](#), la información clínica y diagnóstica que se incluye en las pruebas diagnósticas para cada infección. Toda la información sobre la prestación de consejería y tratamiento se ofrece en el [apartado 2](#). Los detalles de los esquemas posológicos recomendados para cada tratamiento se indican en el [apéndice 2](#).

**TABLA 3: Tipos de pruebas diagnósticas para las ITS**

Tipo de prueba	Descripción
<b>Pruebas para detectar el organismo</b>	
<b>Microscopía</b>	<p>Se puede utilizar microscopía de preparación húmeda para detectar <i>C. albicans</i> (candidiasis), <i>T. vaginalis</i> (tricomoniasis) y vaginosis bacteriana.</p> <p>La tinción de Gram se puede utilizar para observar la presencia de diplococos intracelulares y detectar <i>N. gonorrhoeae</i> en hombres.</p> <p>Se pueden ofrecer análisis y resultados inmediatos mientras la persona espera, si se dispone del equipamiento y los conocimientos necesarios en el centro.</p>
<b>Cultivo</b>	<p>El cultivo puede utilizarse para detectar, entre otros, <i>N. gonorrhoeae</i>. Los resultados pueden retrasarse varios días, con el riesgo de perder en el seguimiento a la persona que esté a la espera.</p> <p>Los cultivos también son esenciales para <i>N. gonorrhoeae</i> a fin de supervisar la resistencia antibiótica y fundamentar las directrices terapéuticas.</p> <p>Se debe controlar rigurosamente el transporte, la recogida y el almacenamiento de las muestras.</p>
<b>Pruebas de amplificación del ácido nucleico (PAAN)</b>	<p>Las PAAN pueden utilizarse para <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>T. vaginalis</i> y <i>M. genitalium</i>, entre otros.</p> <p>Estas pruebas utilizan métodos enzimáticos para dirigirse al material genético de la bacteria o virus y, a continuación, amplificarlo en miles de millones de copias.</p>
<b>Pruebas para detectar la respuesta inmunitaria de la persona ante la infección (anticuerpos)</b>	
<b>Enzimoimmunoanálisis de adsorción (ELISA o EIA) y pruebas de fluorescencia directa (PFD)</b>	<p>Pueden utilizarse para diagnosticar el VIH.</p> <p>Estas pruebas pueden dar resultados falsos positivos, lo que podría persistir durante cierto tiempo después del tratamiento, pero tienen la ventaja en algunos casos de poder ofrecerse como pruebas de diagnóstico inmediato (POCT), con la posibilidad de aumentar el número de personas usuarias que reciben tratamiento.</p>
<b>Pruebas de diagnóstico rápido (PDR) o POCT</b>	<p>Disponibles para sífilis y VIH, o PDR doble VIH/sífilis.</p> <p>Las PDR para sífilis (también conocidas como pruebas rápidas de sífilis o PRS) detectan la presencia de anticuerpos antitreponémicos, los resultados están disponibles en 15 minutos. Entre un 85 y un 98 por ciento de sensibilidad según el tipo de prueba.</p> <p>No se necesita acceso a servicios especializados de laboratorio.</p>

## 4. ITS habituales, manifestaciones clínicas y diagnóstico

En este apartado se ofrece información clave para la identificación y diagnóstico de infecciones a través de sus manifestaciones clínicas y las pruebas diagnósticas [14].

### 4.1 ITS bacterianas curables

#### 4.1.1 *Chlamydia trachomatis* (clamidia)

*Chlamydia trachomatis* causa clamidia, la ITS bacteriana más habitual en todo el mundo. La clamidia incluye una variedad de enfermedades en distintas zonas (es decir, genital, ocular, ganglios linfáticos y bronquial). *C. trachomatis* puede transmitirse por sexo vaginal, anal y oral. Mucha gente infectada con clamidia no tiene ningún síntoma. Los resultados negativos asociados con las infecciones de clamidia sin tratar incluyen enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, infertilidad de factor tubárico, epididimitis, prostatitis y otras. La clamidia puede tratarse y curarse fácilmente con antibióticos.

#### Manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas

##### Genitales femeninos/de mujer:

- Primarias: cervicitis, leucorrea purulenta abundante, cuello uterino friable, disuria, dolor pélvico, dolor con el movimiento del cuello uterino. Normalmente asintomático.
- Secuelas: enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis, salpingitis, embarazo ectópico, infertilidad de factor tubárico, ruptura prematura de las membranas, perihepatitis.

##### Genitales masculinos/de hombre:

- Primarias: secreción uretral (uretritis), disuria, dolor testicular.
- Secuelas: epididimitis, prostatitis, orquitis, infertilidad.

*Todos los sexos:* proctitis, faringitis, síndrome de Reiter. Las infecciones asintomáticas son habituales.

*Recién nacidos:* conjuntivitis, neumonía por clamidia.

#### Pruebas diagnósticas

Las tecnologías diagnósticas para la detección de la clamidia siguen avanzando. Debido a su excelente rendimiento, se recomienda utilizar PAAN para el diagnóstico y detección de infecciones por clamidias. Sin embargo, la elección de las pruebas depende de los recursos disponibles y el grado de apoyo del laboratorio.

- Las PAAN son el tratamiento de referencia para el diagnóstico de clamidia, ya que son más sensibles y específicas en comparación con otras pruebas. También pueden utilizarse con muestras de orina. Son caras.
- Las POCT rápidas tienen una menor sensibilidad, pero puede resultar útiles en entornos de bajos recursos con alta prevalencia de clamidia, especialmente para pruebas en la comunidad, además de permitir ofrecer tratamiento inmediatamente.
- El cultivo presenta una sensibilidad deficiente y no se recomienda para el diagnóstico de clamidia.
- La serología solamente debe utilizarse como una posible ayuda en el diagnóstico o detección de infecciones complicadas por *C. trachomatis*, neumonía neonatal e infecciones de LGV.

#### 4.1.2 Linfogranuloma venéreo (LGV), causado por las serovariedades L1–L3 de *C. trachomatis*

El LGV se encuentra en todo el mundo, pero es más prevalente en países tropicales y subtropicales. El LGV está causado por la singular biovariedad «L» de *C. trachomatis*, que contiene las serovariedades (L1, L2, L2a, L2b, L3) que son más invasivas que las serovariedades responsables de la enfermedad ocular clásica, tracoma (serovariedades A–C) y las que ocasionan uretritis no gonocócica e infecciones asociadas del aparato genital (serovariedades D–K). La presentación clásica del LGV es una lesión primaria herpetiforme, transitoria de los genitales externos, pero en muchos casos la lesión puede pasar desapercibida o manifestarse como una uretritis no gonocócica en los hombres, o ser completamente asintomática en las mujeres como resultado de una infección primaria del cuello uterino.

#### Manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas

- Todos los sexos: linfadenopatía inguinal (inflamación/bubón) con o sin una lesión primaria asociada (úlceras), proctitis. Estos síntomas son más habituales en los hombres que en las mujeres.

- En las mujeres, los ganglios perirrectales y los ganglios pélvicos profundos pueden verse afectados si la lesión primaria se encuentra en el cuello uterino, y la persona puede presentar síntomas compatibles con enfermedad inflamatoria pélvica grave.
- Los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (especialmente si viven con VIH) pueden presentar proctitis ulcerosa grave o proctocolitis con dolor rectal, secreciones sanguinolentas, anoscopia notablemente anormal, fiebre y linfadenopatía.
- Complicaciones: abscesos perirrectales, estenosis rectal, fístulas y fibrosis crónica. Las manifestaciones crónicas de la enfermedad pueden ocasionar el bloqueo del drenaje linfático de los genitales o el recto, ocasionando edema.

#### Pruebas diagnósticas

PAAN o cultivo: Las muestras preferidas tanto para los cultivos como las PAAN de LGV incluyen hisopado tomado directamente de las lesiones primarias (cuando estén presentes), hisopado uretral, o muestras de la primera orina para hombres, hisopado endocervical e hisopado rectal para los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres.

#### 4.1.3 *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea)

*N. gonorrhoeae* causa gonorrea, la segunda ITS bacteriana más habitual en todo el mundo. La gonorrea incluye una variedad de enfermedades con distintas localizaciones, entre ellas figuran las zonas urogenital, faríngea, recta y conjuntival. *N. gonorrhoeae* se transmite principalmente a través del contacto sexual (en el ano, el pene, la vagina, la boca o la garganta). Entre las complicaciones y secuelas asociadas con las infecciones por *N. gonorrhoeae* sin tratar figuran enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, infertilidad, edema peniano, epididimitis e infección gonocócica generalizada. Debido al aumento de cepas con resistencia antibiótica, la gonorrea suele tratarse con un tratamiento antibiótico doble.

#### Manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas

*Genitales femeninos/de mujer:*

- Gonorrea sin complicaciones: Cervicitis con leucorrea purulenta del orificio del cuello uterino y friabilidad uterina, disuria, dolor a la palpación en la parte inferior del abdomen. Habitualmente asintomática, especialmente en la faringe y el recto.

- Gonorrea con complicaciones: endometritis, salpingitis, quiste de Bartolino, linfangitis, absceso tubo-ovárico, embarazo ectópico, infertilidad, ruptura prematura de las membranas, perihepatitis.

*Genitales masculinos/de hombre:*

- Gonorrea sin complicaciones: secreción uretral (uretritis) que puede ser abundante y purulenta, o escasa y transparente; disuria. Puede ser asintomática, especialmente en la faringe y el recto.
- Gonorrea con complicaciones: edema peniano, absceso en las glándulas de Tyson, absceso en las glándulas de Cowper, vesiculitis seminal, epididimitis, orquitis, infertilidad (poco habitual).

*Todos los sexos:*

- Gonorrea con complicaciones: Infección gonocócica generalizada.
- Recto: secreción abundante y purulenta, dolor urente/ escozor, tenesmo, sangre en las heces.
- Faringe: faringitis leve, dolor leve de garganta, eritema.

*Recién nacidos:* oftalmia neonatal.

#### Pruebas diagnósticas

Se necesitan técnicas de laboratorio para el diagnóstico, la detección de casos y la prueba de curación. El diagnóstico de gonorrea se establece mediante la identificación de *N. gonorrhoeae* en las secreciones genitales o extragenitales.

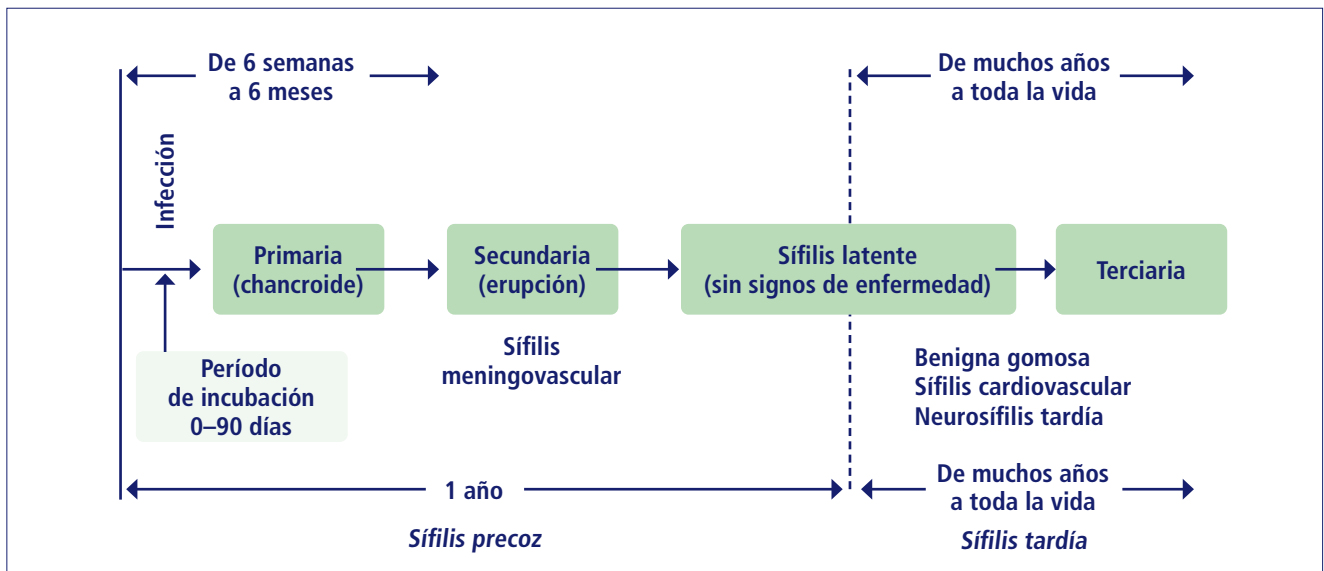
- Las PAAN son unas pruebas diagnósticas muy sensibles y específicas para la gonorrea. Tienen una sensibilidad y especificidad superior en comparación con el cultivo, y pueden realizarse en muestras urinarias, vulvovaginales, cervicales y uretrales. Las PAAN también pueden utilizarse en muestras rectales y faríngeas, pero pueden tener una sensibilidad ligeramente inferior.
- La microscopía es sensible y específica en los hombres que presenten síntomas con secreción uretral.
- El cultivo es sensible y muy específico en circunstancias optimizadas, no es caro y permite comprobar la susceptibilidad antibiótica.

#### 4.1.4 *Treponema pallidum* (sífilis)

La sífilis, causada por la bacteria *T. pallidum*, es una ITS crónica que sigue causando considerable mortalidad y morbilidad. Se transmite principalmente a través del contacto sexual cuando está presente una llaga abierta o «chancroide» durante las primeras fases de la infección, o por vía transplacentaria de una persona embarazada al feto. Las infecciones de sífilis sin tratamiento durante el embarazo suelen tener consecuencias graves, por lo que se recomiendan pruebas de detección de sífilis universales para todos los embarazos (ver información adicional más

adelante). La evolución de la sífilis sin tratamiento se muestra en la *figura 1*. La sífilis terciaria, que se produce muchos años después de la infección inicial, puede causar importantes daños, con manifestaciones clasificadas como sífilis benigna gomosa, sífilis cardiovascular y neurosífilis, que pueden ser concomitantes. La enfermedad puede progresar significativamente con mayor rapidez en personas usuarias que también presenten infección por VIH. El tratamiento para la sífilis es muy eficaz y asequible con los antibióticos apropiados.

**FIGURA 1: Evolución de la sífilis sin tratamiento: fases primaria, secundaria, latente y terciaria**



Fuente: Reproducido/traducido con permiso de Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. Ginebra: OMS; 2013.

#### Manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas

*Todos los sexos:*

- Primarias: Chancroide primario (normalmente una sola lesión genital indolora), suele estar acompañado de linfadenopatía inguinal bilateral (que suele ser aislada e indolora).
- Secundarias: Erupción cutánea no irritante con distribución uniforme que puede ser macular, papulosa o papuloescamosa (suele verse en las palmas de las manos y las plantas de los pies). En las áreas cálidas y húmedas, la erupción puede aumentar hasta formar condilomas planos, y en las superficies mucosas formar lesiones serpiginosas superficiales blanco grisáceas conocidas como «úlceras en huella de caracol». También puede haber linfadenopatía, fiebre, cefalea y malestar generalizados.
- Terciaria: Las gomas (lesiones) pueden aparecer en cualquier órgano del cuerpo, pero más frecuentemente en la piel, el cartílago y los huesos (sífilis benigna gomosa), las paredes de la aorta (sífilis cardiovascular), los vasos cerebrales (sífilis meningovascular) o el cerebro y la médula espinal (neurosífilis).

*Genitales femeninos/de mujer:* aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro.

*Recién nacidos:* muerte fetal, sífilis congénita.

## Pruebas diagnósticas

### Pruebas serológicas:

- **Pruebas treponémicas:** La gran mayoría de POCT o PDR para sífilis comercialmente disponibles, también conocidas como PRS. Otras pruebas treponémicas incluyen FTA-ABS, pruebas de *T. pallidum* por hemaglutinación y por aglutinación pasiva de partículas.
- **Pruebas no treponémicas o de reaginas:** Entre estas figuran las pruebas rápidas de reagina en plasma (PRR) y las pruebas del laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (VDRL).

### Detección directa (usando muestras obtenidas de lesiones cutáneas o tejidos):

- **Microscopía de campo oscuro:** La única POCT capaz de establecer un diagnóstico directo de sífilis en casos de enfermedad primaria o secundaria o enfermedad congénita precoz en personas adultas. La muestra ideal es un exudado seroso de lesiones activas, sin eritrocitos.
- **Inmunofluorescencia directa, específicamente la prueba de anticuerpos fluorescentes:** La recogida de muestras es la misma que para la microscopía de campo oscuro. Tanto la especificidad como la sensibilidad son superiores a las de la microscopía de campo oscuro.
- **PAAN:** Se han creado varias pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) que se han utilizado con éxito para detectar secuencias diana específicas de ADN de *T. pallidum* en lesiones primarias y secundarias. Estas pueden utilizarse para analizar muestras de cualquier exudado, tejido o líquido corporal de la lesión, y las muestras pueden ser frescas, congeladas o fijadas en parafina. También pueden aplicarse al diagnóstico de sífilis congénita y neurosífilis.

*Nota sobre las pruebas para sífilis congénita:* Cualquier lesión en la piel o la membrana mucosa presente en el recién nacido de una persona seropositiva debe examinarse mediante microscopía de campo oscuro, inmunofluorescencia directa o PCR para obtener una prueba directa de infección con *T. pallidum*. Para más información sobre las pruebas serológicas para recién nacidos, consultar el manual de laboratorio de la OMS [14].

## Detección y tratamiento de la sífilis durante el embarazo

La transmisión perinatal de la sífilis (sífilis congénita) suele ser mortal para el feto si la infección primaria o secundaria materna no se detecta y trata al principio del embarazo, idealmente antes del segundo trimestre. Las infecciones

de sífilis latente (asintomática) durante el embarazo pueden tener consecuencias adversas para el embarazo en más de la mitad de los casos.

Estas son las recomendaciones y sugerencias de la OMS para la detección y tratamiento de la sífilis en personas embarazadas [15]:

- *En todos los entornos, independientemente de la prevalencia local de sífilis:* Hacer la prueba a todas las personas embarazadas para detectar sífilis en su primera visita de atención prenatal.
- *En entornos con baja cobertura de detección y tratamiento de sífilis para personas embarazadas, alta pérdida de personas embarazadas durante el seguimiento, o capacidad de laboratorio limitada:* Utilizar las pruebas en el centro (estrategias A, B y C, más abajo) en lugar de la estrategia estándar de detección y tratamiento en laboratorio fuera de las instalaciones.
- *En entornos con baja prevalencia de sífilis (menos del 5 por ciento):* Utilizar una PRS (también conocida como PDR o POCT) en el centro para analizar a las personas embarazadas (estrategia A) en lugar de una sola prueba PRR en el centro (estrategia B).
- *En entornos con alta prevalencia de sífilis (5 por ciento o más):* Utilizar una PRS en el centro y, si fuera positiva, ofrecer la primera dosis de tratamiento y una prueba PRR. A continuación, si la PRR es positiva, ofrecer tratamiento según la duración de la sífilis (estrategia C).

### Estrategia A: Una sola PRS en el centro seguida de tratamiento si la prueba es positiva.

La PRS en el centro (prueba treponémica) puede ofrecerse como una prueba única y el tratamiento puede proporcionarse durante la misma visita según los resultados. La PRS no distingue entre la presencia de sífilis adecuadamente tratada con anterioridad y sífilis sin tratar. Por lo tanto, las personas embarazadas que obtengan un resultado positivo en la PRS y reciban tratamiento adecuado para la sífilis posiblemente vuelvan a tener un resultado positivo en PRS posteriores (p. ej. durante un embarazo posterior). Por tanto, las personas embarazadas que obtengan un resultado positivo en la PRS (p. ej. durante un embarazo anterior) podrían volver a recibir tratamiento para sífilis sin repetir la PRS si se considera que existe un alto riesgo de reinfección. De forma alternativa, a estas personas se les podría realizar una PRR cuantitativa en lugar de una PRS (es decir, para determinar el título).

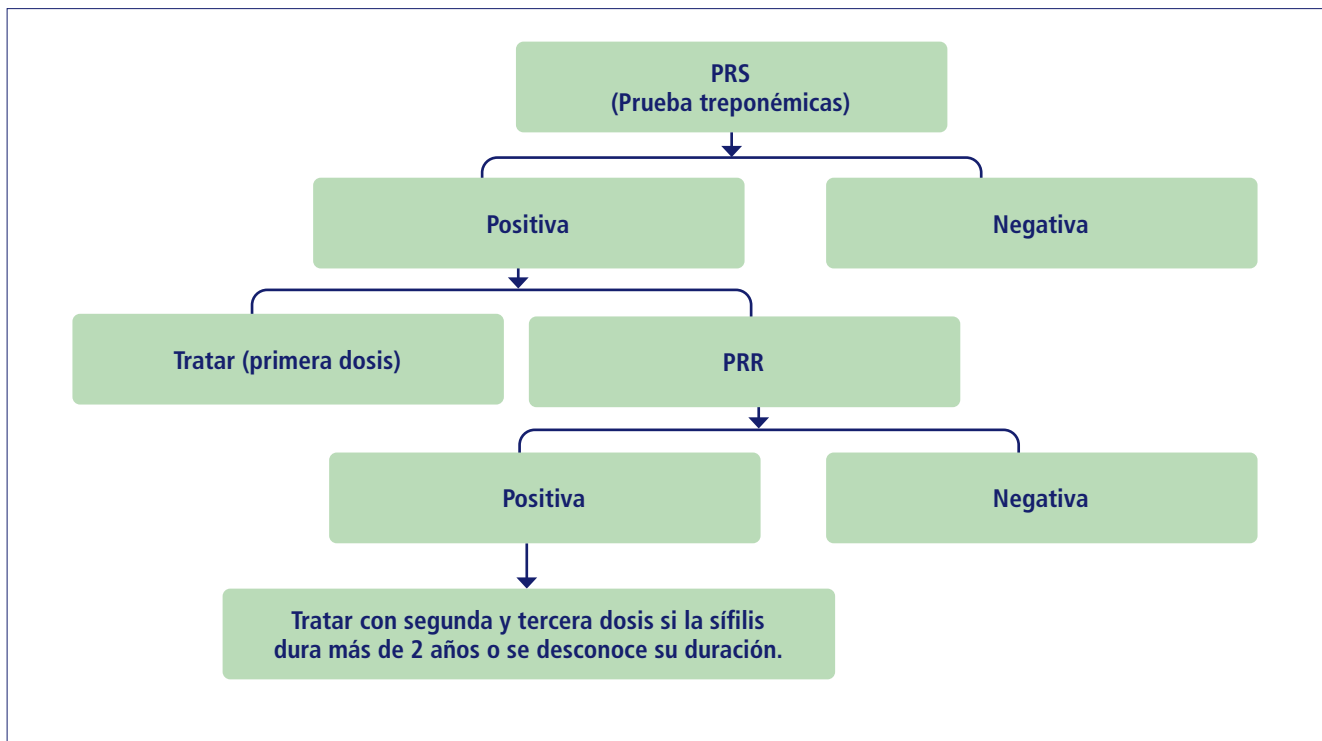
**Estrategia B: Una sola PRR en el centro seguida de tratamiento si la prueba es positiva.**

La prueba PRR en esta estrategia es una sola prueba rápida, en el centro, que permite ofrecer tratamiento el mismo día. Esto significa que (al igual que ocurre con la estrategia A), una persona embarazada puede realizar la prueba y recibir tratamiento durante la misma visita. Si la PRR es negativa, puede repetirse después de aproximadamente 1 mes para obtener un diagnóstico correcto (positivo) en aquellos casos en los que todavía no se haya detectado sífilis precoz con la primera prueba PRR, puesto que la sífilis solamente puede detectarse mediante PRR aproximadamente 1 mes después de la aparición del primer chancroide. Para ofrecer PRR en el centro se necesita un rotador, una centrifugadora de sangre, un refrigerador para los reactivos, y electricidad para poner en funcionamiento este equipamiento.

**Estrategia C: PRS en el centro seguida (si fuera positiva) de la primera dosis y una prueba PRR (figura 2)**

En primer lugar, se ofrece a la persona embarazada una PRS en el centro. Si el resultado es seronegativo, se puede interpretar como que no hay infección por sífilis y no se ofrecen más pruebas ni tratamiento. Si la PRS realizada en el centro es positiva, se debe ofrecer tratamiento inmediato para evitar consecuencias adversas para el embarazo. Entonces se debe hacer una PRR (dentro o fuera del centro, según los recursos disponibles), y si esta prueba también es positiva entonces se debe ofrecer un tratamiento apropiado para la sífilis según la duración estimada de la infección. Pero si la PRR es negativa, puede repetirse después de aproximadamente 1 mes para obtener un diagnóstico correcto (positivo) en aquellos casos en los que todavía no se haya detectado sífilis precoz con la primera prueba PRR. Esta estrategia puede exigir que la persona realice dos visitas a la clínica si la primera prueba es positiva (es decir, para recibir los resultados de la PRR si no se trata de una prueba rápida en el centro).

**FIGURA 2: Diagrama para ilustrar la estrategia C**



Fuente: OMS [15]: WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Ginebra: OMS; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

#### 4.1.5 *Haemophilus ducreyi* (chancroide)

El chancroide, causado por *Haemophilus ducreyi*, se transmite exclusivamente mediante contacto sexual con la piel (excepto en casos poco habituales de infección adquirida en el laboratorio). El periodo de incubación es de 4 a 10 días. Es aproximadamente siete veces más habitual en los hombres que en las mujeres, y su transmisión está vinculada a un alto número de parejas sexuales. Anteriormente el chancroide era muy habitual en ciertas partes del mundo, pero su prevalencia ha disminuido drásticamente desde los años 90 debido a un mejor acceso a antibióticos, la implantación del manejo sindrómico, mejores servicios de salud para personas trabajadoras sexuales y el cambio en las conductas sexuales durante la época de la infección por VIH.

##### Manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas

- Todos los sexos: Úlceras genitales irregulares y dolorosas con bordes indeterminados (inicialmente pápulas dolorosas al tacto que se ulceran en un plazo de 2 días) y varias lesiones podrían unirse hasta formar unas úlceras muy grandes. Esto puede estar acompañado de linfadenitis inguinal unilateral dolorosa, que puede causar la ruptura espontánea de los ganglios linfáticos supurativos (bubones), especialmente si se ha tardado en buscar asistencia o recibir el diagnóstico correcto.
- Las presentaciones atípicas del chancroide son habituales, y la enfermedad puede confundirse fácilmente con otras enfermedades con úlceras genitales (EUG), especialmente los herpes genitales.
- El chancroide perianal puede ocurrir en hombres que tienen sexo receptor con otros hombres, y también en mujeres que hayan tenido sexo con penetración anal de pene.

##### Pruebas diagnósticas

- Cultivo de *H. ducreyi*: Un procedimiento muy exigente técnicamente con bajo rendimiento fuera de los laboratorios más avanzados, que estén acostumbrados a trabajar con este patógeno.
- PAAN: Para el diagnóstico del chancroide.
- Tecnologías de detección de antígenos y sondas de ácido nucleico. Se han descrito varias técnicas basadas en la investigación, como el uso de sondas de ADN y detección de antígenos mediante anticuerpos monoclonales.

- Microscopía directa: Baja sensibilidad y especificidad.
- Pruebas serológicas: Los que están disponibles en la actualidad solamente resultan útiles con fines de investigación seroepidemiológica.

#### 4.1.6 *Klebsiella granulomatis* (donovanosis, también conocida como granuloma inguinal)

La donovanosis es una infección crónica que afecta a la piel, las membranas mucosas y el sistema linfático de los genitales y el perineo. Su presencia se limita a ciertos países y regiones, como Brasil, el Caribe, la India, Papúa Nueva Guinea y el sur de África. La donovanosis se transmite principalmente mediante contacto sexual, pero tiene baja infectividad. El periodo de incubación varía de 1 a 12 semanas. La donovanosis puede transmitirse hematogénicamente a los huesos, las articulaciones y el hígado; también se pueden producir lesiones cutáneas.

##### Manifestaciones clínicas

*Todos los sexos:*

- Al principio una inflamación ganglionar subcutánea erosiona la superficie de la piel (avanzando lentamente) hasta formar una úlcera genital granulomatosa con borde bien definido, que sangra con facilidad al contacto, y que puede volverse dolorosa cuando se produce una infección bacteriana secundaria, lo que podría contribuir a la aparición de residuos necróticos en la úlcera.
- Las lesiones ulcerosas también pueden aparecer en las zonas inguinales y perianales, y extenderse a zonas extragenitales. Las lesiones genitales y perianales en distintas etapas pueden parecer lesiones debidas a otras enfermedades, como sífilis, chancroide, carcinomas y amebiasis.
- Las lesiones nuevas pueden formarse por autoinoculación y los ganglios linfáticos inguinales podrían aumentar de tamaño como resultado de una infección secundaria (pseudobubones).
- La donovanosis puede transmitirse hematogénicamente a los huesos, las articulaciones y el hígado.

*Genitales masculinos/de hombre:* secreción uretral (uretritis no gonocócica).

*Genitales femeninos/de mujer:* cervicitis, endometritis, enfermedad inflamatoria pélvica.

### Pruebas diagnósticas

- Microscopía: Visualización de los cuerpos de Donovan en frotis teñidos extraídos de las lesiones clínicas (usando un sencillo método de Giemsa rápido [1-minuto]). Los cuerpos de Donovan también se han identificado en las pruebas de Papanicoláu que se utilizan en la detección sistemática mediante citología cervical.
- Histopatología: Visualización de los cuerpos de Donovan en cortes histológicos teñidos de biopsias de los tejidos, puede resultar útil para el diagnóstico diferencial de donovanosis y otras enfermedades.
- PAAN: Se ha creado un PCR diagnóstico basado en la investigación, que se ha refinado aún más en una prueba PCR colorimétrica. No obstante, estos análisis no están disponibles en la mayoría de los países con fines de diagnóstico sistemático.

#### 4.1.7 Mycoplasma genitalium (MG, también conocido como Mgen)

*M. genitalium* es una causa habitual de uretritis en los hombres. En casi todos los entornos, es más habitual que *N. gonorrhoeae*, pero menos que *C. trachomatis*. En las mujeres, puede encontrarse en la vagina, el cuello uterino y el endometrio y, al igual que las infecciones gonocócicas y por clamidias, las infecciones por *M. genitalium* en las mujeres suelen ser asintomáticas. Se debe sospechar *M. genitalium* en aquellos casos de uretritis persistente o recurrente, y también se debe tener en cuenta en casos persistentes o recurrentes de cervicitis y enfermedad inflamatoria pélvica. La infección se produce por contactos genitales o genitorrectales.

### Manifestaciones clínicas

- *Genitales masculinos/de hombre*: secreción uretral (uretritis no gonocócica).
- *Genitales femeninos/de mujer*: cervicitis, endometritis, enfermedad inflamatoria pélvica.
- *Todos los sexos*: puede ser asintomática, puede causar proctitis.

### Pruebas diagnósticas

- PAAN de orina, hisopados uretrales, anorrectales, orofaríngeos, vaginales o cervicales.
- Cultivo: Sumamente lento (varios meses), difícil e insensible.

- Otras: Hasta la fecha ninguna prueba serológica, análisis de detección de antígenos ni POCT ha demostrado ser útil para el diagnóstico de las infecciones urogenitales por *M. genitalium*.

## 4.2 ITS por protozoos curables

### 4.2.1 Trichomonas vaginalis (tricomoniasis)

*T. vaginalis* es un parásito protozoico flagelado y móvil que causa la ITS llamada tricomoniasis. La tricomoniasis es la ITS curable más habitual en todo el mundo.

*T. vaginalis* se transmite normalmente por vía sexual mediante contacto de pene a vagina, o de vulva a vulva. La tricomoniasis es fácil de curar con una dosis única de los antibióticos adecuados.

### Manifestaciones clínicas

*Genitales femeninos/de mujer*:

- Primarias: asintomática en al menos un 50 por ciento de los casos. Vaginitis con leucorrea abundante, fulminante, purulenta o espumosa de color blanco a amarillo, disuria, dolor pélvico, prurito.
- Secuelas: consecuencias adversas para el embarazo (p. ej. bebés con bajo peso al nacer, parto prematuro), mayor riesgo de transmisión y adquisición del VIH.

*Genitales masculinos/de hombre*:

- Primarias: asintomática en entre un 70 y un 80 por ciento de los casos. Secreción uretral (uretritis no gonocócica), disuria, dolor testicular.
- Secuelas: posible epididimitis y prostatitis.

*Recién nacidos*: bajo peso al nacer.

### Pruebas diagnósticas

La tricomoniasis sintomática puede diagnosticarse usando el método sindrómico basado en:

- Olor, calidad y cantidad de la leucorrea (leucorrea blanca espumosa o fulminante).
- pH vaginal (normalmente >6,0).
- Posible presencia de friabilidad cervical (friabilidad cervical puntiforme: «cuello uterino en fresa»).



Sin embargo, se recomienda el uso de pruebas diagnósticas debido al alto número de casos asintomáticos:

- PAAN: Superior sensibilidad en comparación con los demás métodos diagnósticos y muy alta especificidad (al igual que otros métodos).
- Microscopía de preparación húmeda (en fresco): Con este método diagnóstico de primera línea, un resultado positivo ofrece un diagnóstico definitivo de alta especificidad cuando se realiza e interpreta correctamente (pero la sensibilidad es baja, excepto con personas usuarias sintomáticas).
- Cultivo: Los hisopados vaginales, uretrales y el sedimento urinario para los hombres son las muestras autorizadas para cultivos. Este método necesita entre 5 y 7 días después de la recogida y la determinación de los resultados positivos exige el uso de microscopía, esto aumenta la sensibilidad de la prueba por encima de la microscopía de preparación húmeda y la especificidad también es muy alta.
- Detección de antígenos: POCT solamente para muestras de hisopado vaginal. La última generación de estas pruebas tiene una mejor sensibilidad que la microscopía y puede ofrecer resultados en aproximadamente 30 minutos, su especificidad también es muy alta.

## 4.3 Infecciones endógenas del aparato reproductor (transmisión no sexual)

### 4.3.1 *Candida albicans* (candidiasis)<sup>†</sup>

Las infecciones por *C. albicans*, tanto sintomáticas como asintomáticas, son habituales en las mujeres. Entre los factores predisponentes para la colonización e inflamación figuran cambios en los niveles de las hormonas reproductoras asociados a la menstruación, el embarazo y los anticonceptivos orales; uso de antibióticos; diabetes e inmunodepresión. Aunque la transmisión por vía sexual de *C. albicans* es posible, el tubo digestivo también se ha visto implicado como una fuente de infección. Los hombres pueden adquirir candidiasis de su pareja sexual. Suelen presentar una respuesta alérgica al antígeno de *C. albicans*, aunque la infección fulminante puede verse más frecuentemente en personas usuarias con factores predisponentes.

### Manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas

- *Genitales femeninos/de mujer*: vulvovaginitis con leucorrea sin olor, espesa, blanca, grumosa, prurito vaginal y vulvar, sensación de escozor en la vulva, disuria y eritema en los labios y la vulva. También conocida como candidiasis vulvovaginal (CVV) o infección por hongos vaginales.
- *Genitales masculinos/de hombre*: infección superficial en el glande del pene. Puede causar balanitis o balanopostitis y, en raras ocasiones, uretritis.

### Diagnóstico de CVV

- Examen clínico de los síntomas (ver anteriormente): En mujeres con signos clásicos, suele ser razonable ofrecer tratamiento para un presunto diagnóstico clínico sin más confirmación (consultar el [apartado 5](#)).
- Microscopía: La detección de los micelios típicos y las células de levadura mediante microscopía en fresco o con hidróxido de potasio (que aumenta la sensibilidad) puede realizarse en el centro y posee un valor predictivo positivo muy alto.
- En algunos centros se prefiere el frotis con tinción de Gram y la detección de los brotes de células de levadura y las pseudohifas para la determinación de candidiasis.

### 4.3.2 Vaginosis bacteriana

La vaginosis bacteriana (VB) es la causa más habitual de leucorrea, que se caracteriza por el mal olor y es común en las mujeres en edad fértil, así como en las postmenopáusicas. Este síndrome está relacionado con alternaciones de la ecología vaginal que causan un aumento del pH local, lo que da como resultado una reducción de los lactobacilos que producen peróxido de hidrógeno protector, además del aumento del número de anaerobios, como *Mycoplasma hominis* y *Gardnerella vaginalis*. Es una infección endógena, más que de transmisión sexual, y los episodios sintomáticos se han relacionado con la menstruación, la presencia de un DIU y la irrigación vaginal. La actividad sexual es un factor de riesgo para su adquisición (es decir, se asocia con un mayor número de parejas recientes o durante toda la vida, y con las parejas sexuales nuevas).

<sup>†</sup> La candidiasis vulvovaginal está causada por el hongo *Candida albicans* en aproximadamente un 85 por ciento de los casos; *C. glabrata* es el responsable del 15 por ciento restante.

### Manifestaciones clínicas

- Aumento de la cantidad de leucorrea con mal olor.

### Pruebas diagnósticas

El diagnóstico se basa en la presencia de al menos tres de los siguientes criterios clínicos (criterios de Amsel):

- leucorrea homogénea, adherente, de color blanquecino grisáceo;
- secreción vaginal con pH >4,5;
- prueba de amina/olor positiva (es decir, la emisión de un olor similar al del pescado de la leucorrea al mezclarse con una solución de hidróxido de potasio al 10 por ciento);
- «células clave»<sup>‡</sup> visibles en microscopía.

El diagnóstico también se puede realizar mediante evaluación o índice de bacterias en un frotis vaginal con tinción de Gram.

## 4.4 Infecciones virales persistentes (por VIH, consultar el [capítulo 7](#))

### 4.4.1 Virus del herpes simple genital (VHS)

Tanto el virus del herpes simple de tipo 1 (VHS-1) como el de tipo 2 (VHS-2) pueden causar infección genital por VHS, aunque el VHS-1 se asocia más habitualmente con infección por VHS oral que genital. El herpes genital se transmite principalmente por contacto de piel a piel. No hay cura para el herpes. Es una infección de por vida que ocasiona brotes periódicos de úlceras (o lesiones) genitales e inflamación. Se dispone de tratamiento para reducir los síntomas y disminuir el riesgo de transmisión a una pareja.

### Manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas

- *Todos los sexos*: Lesiones y úlceras vesiculosas en la zona anogenital, dolor y prurito genitales, disuria, fiebre, cefalea, mialgia y malestar, cervicitis, linfadenopatías femoral e inguinal dolorosas a la palpación.
- *Recién nacidos*: El herpes neonatal puede transmitirse verticalmente durante el parto vaginal. Esto puede causar infección generalizada, implicación del sistema nervioso central y posible muerte neonatal.

**Infección primaria/primer episodio clínico:** Casi todas las infecciones iniciales son asintomáticas o atípicas y, por tanto, no se diagnostican. Solamente entre un 10 y un 25 por ciento de las infecciones primarias dan lugar al síndrome clásico en un plazo de 4 a 7 días desde la exposición sexual. Esto incluye grupos de pápulas eritematosas bilaterales, vesículas o úlceras en los genitales externos, en la región perianal o en las nalgas. La persona presenta dolor y prurito genitales y un 80 por ciento de las mujeres también notifica disuria. Son habituales los síntomas generales, como fiebre, cefalea, mialgia y malestar. Las infecciones iniciales suelen estar acompañadas de cervicitis y linfadenopatías femoral e inguinal dolorosas a la palpación. Durante un periodo de 2 a 3 semanas, aparecen nuevas lesiones y las ya existentes evolucionan a vesículas y pústulas para, a continuación, confluir en úlceras antes de formarse costras y curarse. Las presentaciones atípicas de las infecciones debidas al VHS-2 pueden incluir pequeñas erosiones y fisuras, así como disuria o uretritis sin lesiones [16].

**Episodios recurrentes:** Las recaídas suelen ir precedidas de síntomas prodrómicos (que incluyen hormigueo, parestesia y dolor) y se caracterizan por menos lesiones que el primer episodio, y suelen presentarse unilateralmente y sin síntomas sistémicos. El dolor es menos intenso durante las recaídas, y las lesiones se curan en un plazo de 5 a 10 días sin tratamiento antiviral. Las personas inmunodeficientes, incluidas las personas con VIH, suelen tener recaídas más frecuentes con síntomas más graves [16].

### Pruebas diagnósticas

El herpes genital suele diagnosticarse clínicamente; sin embargo, se necesita un diagnóstico de laboratorio para diferenciar entre VHS-1 y VHS-2, a fin de diagnosticar otras causas de ulceración genital (p. ej. otras ITS que causan úlceras genitales dolorosas, como la sífilis), y para detectar causas no infecciosas (p. ej. la enfermedad de Crohn). La elección de la prueba y cómo interpretar los resultados son aspectos importantes que deben tenerse en cuenta.

### Diagnóstico directo a partir de muestras clínicas (material de las lesiones)

- Análisis directo de las muestras y examen citológico usando procedimientos de tinción convencionales: Baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la infección por el virus del herpes.

<sup>‡</sup> Las células clave son «células epiteliales escamosas cubiertas por numerosos cocobacilos de pequeño tamaño que le dan un aspecto granulado y punteado; los bordes de estas células epiteliales no están bien definidos debido al gran número de bacterias presentes y la aparente desintegración de las células» [14].

- **Detección de antígenos virales:** Los antígenos virales en las muestras procedentes de las lesiones mucocutáneas pueden detectarse usando inmunofluorescencia directa, tinción de inmunoperoxidasa o enzimoimmunoanálisis de adsorción (ELISA). Se dispone en el mercado de POCT rápidas para la detección de antígenos del VHS.
- **Cultivo viral:** El aislamiento del VHS en un cultivo celular ha sido el pilar del diagnóstico del VHS, pero solamente se puede hacer en laboratorios especializados, es caro y consume muchos recursos. Posee una alta especificidad, pero una sensibilidad diagnóstica menor que las PAAN.
- **PAAN:** Las PAAN son las pruebas más sensibles actualmente disponibles para detectar el VHS en las muestras genitales. Son hasta cuatro veces más sensibles, dependen menos de las condiciones de recogida y traslado, y son más rápidas que los cultivos virales. Es importante una validación muy estricta en cada entorno concreto de las PCR o PAAN disponibles en el mercado que se realicen en el propio centro.

#### Métodos serológicos indirectos

- Las pruebas serológicas se recomiendan como una ayuda para el diagnóstico de los herpes genitales en personas usuarias con síntomas genitales recurrentes, lesiones atípicas o que tengan lesiones en proceso de curación y cultivos de VHS negativos.
- Hay POCT rápidas para la detección de anticuerpos específicos del VHS-2 usando sangre capilar procedente de una punción digital (o suero). Estas pruebas poseen una buena sensibilidad y especificidad, y pueden dar resultados mientras la persona espera; pero son caras en comparación con los métodos basados en ELISA.

Las pruebas serológicas para VHS no se recomiendan de forma sistemática para personas asintomáticas, pero están indicadas para los grupos siguientes:

- Personas con antecedentes de enfermedad genital recurrente o atípica cuando los métodos de detección directa del virus hayan sido negativos.
- Personas que presenten el primer episodio de herpes genital, en el que la diferenciación entre una infección primaria y ya establecida orienta la consejería y el tratamiento prestados.

- Las parejas sexuales de personas usuarias con herpes genital, cuando se planteen dudas sobre la transmisión.

Serología del VHS y embarazo:

- No se recomienda que las personas embarazadas asintomáticas hagan pruebas sistemáticas, pero sí están indicadas cuando la pareja tenga antecedentes de herpes genital.
- Las personas usuarias seronegativas de VHS-1 o VHS-2 deben recibir consejería sobre estrategias para evitar una nueva infección por cualquier tipo de virus durante el embarazo.

#### 4.4.2 VPH de tipo 6 y 11 (condilomas anogenitales, también conocidos como condilomas acuminados)

La transmisión de los VPH genitales suele producirse fácilmente mediante contacto genital de piel a piel. Existen más de 200 tipos distintos de VPH, de los cuales se sabe que 40 infectan específicamente la mucosa anogenital de los seres humanos. Aunque la mayoría de la gente nunca presenta síntomas y casi todas las infecciones por VPH desaparecen por sí mismas, los VPH puede causar condilomas genitales y ciertos tipos de cáncer. Los tipos de VPH que se detectan con frecuencia en las vías anogenitales se subdividen en tipos de bajo y alto riesgo, según su riesgo relativo para la complicación poco habitual de neoplasia.<sup>§</sup> Los tipos de VPH de bajo riesgo se suelen encontrar en lesiones intraepiteliales de bajo grado (lesiones no precancerosas), así como en los condilomas anogenitales. Los VPH de tipo 6 y 11 suponen entre un 85 y un 90 por ciento de todos los condilomas anogenitales. Los condilomas anogenitales son unas proliferaciones benignas, exofíticas, papuladas o planas que pueden aparecer en cualquier parte de la zona anogenital. Son sumamente habituales, especialmente entre la gente joven que comienza su actividad sexual. En raras ocasiones, las lesiones pueden causar problemas debido a su tamaño y a obstrucción, pero los problemas más habituales son cosméticos y psicosociales. Las lesiones suelen reaparecer después del tratamiento. La adquisición de los VPH de tipo 6 y 11 puede evitarse eficazmente con la administración de la vacuna contra los VPH.

§ Los VPH de alto riesgo se encuentran en lesiones de grado bajo y alto, así como en los cánceres del cuello uterino y otras zonas anogenitales (vulva, vagina, ano, pene). En su conjunto, los VPH de tipo 16 y 18 son responsables de aproximadamente un 70 por ciento de todos los casos de cáncer de cuello uterino a nivel mundial. Para obtener más información sobre el cáncer y el precáncer de cuello uterino, y la vacuna contra los VPH, consultar el [capítulo 8: Ginecología y otros servicios de salud reproductiva](#).

### Manifestaciones clínicas

- *Genitales masculinos/de hombre*: condilomas en el pene y el ano.
- *Genitales femeninos/de mujer*: condilomas en la vulva, el ano y el cuello uterino.

### Pruebas diagnósticas

- Diagnóstico clínico.

#### 4.4.3 Virus de la hepatitis B

La hepatitis B es una infección hepática potencialmente mortal ocasionada por el virus de la hepatitis B (VHB). Es un importante problema de salud mundial y puede causar enfermedad tanto aguda como crónica. El virus se transmite de forma más habitual a través de la vía perinatal, además de por contacto con sangre (p. ej. lesiones con agujas, tatuajes, piercings, sangre menstrual) u otros líquidos corporales infectados (p. ej. saliva, líquidos vaginales y semen). La transmisión sexual de la hepatitis B es más probable en hombres sin vacunar que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y en personas heterosexuales con múltiples parejas sexuales o que tengan contacto con personas trabajadoras sexuales. La infección crónica de hepatitis B se define como la persistencia del antígeno de superficie de la hepatitis B durante 6 o más meses, y puede causar cirrosis hepática y cáncer primario de hígado, que puede ser mortal. La hepatitis B puede prevenirse con una vacuna que tiene una eficacia de entre un 98 y un 100 por ciento. La OMS recomienda que todo el mundo se vacune contra la hepatitis B en la infancia [6].

#### Manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas

##### *Infección aguda de hepatitis B:*

- Recién infectadas, la mayoría de las personas no experimenta ningún síntoma, mientras que otras tienen enfermedad aguda con síntomas que duran varias semanas: piel y ojos amarillentos (ictericia), orina turbia, fatiga extrema, náuseas, vómitos y dolor abdominal.
- Un pequeño subgrupo de personas con hepatitis aguda puede presentar insuficiencia hepática aguda, que podría ser mortal.

##### *Infección crónica de hepatitis B:*

- Entre un 20 y un 30 por ciento de las personas que presentan infección crónica de hepatitis B sufren complicaciones importantes, es decir, cirrosis (cicatrización del hígado) o carcinoma hepatocelular (cáncer de hígado).

### Pruebas diagnósticas

- Las directrices para pruebas de la OMS 2017 [17] recomiendan el uso de una sola prueba diagnóstica serológica in vitro de calidad garantizada para detectar el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) (para detectar la exposición al VHB). Esta prueba puede ser una PDR o un inmunoensayo enzimático (EIA) en un laboratorio, inmunoensayo por quimioluminiscencia (CLIA), o inmunoensayo por electroquimioluminiscencia (ECLIA). Las PDR utilizadas deben cumplir unas normas de rendimiento mínimas y deben proporcionarse en el mismo centro para mejorar el acceso y su vinculación a la atención y el tratamiento.
- Las tecnologías de las pruebas de ácido nucleico suelen utilizarse para detectar la presencia del virus; determinar si la infección está activa y si la persona se beneficiaría de un tratamiento antiviral; determinar cuándo se debe interrumpir el tratamiento antiviral (debido a la ausencia de respuesta o resistencia); o confirmar la eficacia de la supresión (VHB).
- La infección aguda de VHB se caracteriza por la presencia de HBsAg y el anticuerpo inmunoglobulina M al antígeno del núcleo, HBcAg. Durante la fase inicial de la infección, las personas también son seropositivas para el antígeno e de la hepatitis B. HBeAg suele ser un marcador de altos niveles de replicación del virus. La presencia de HBeAg indica que la sangre y los líquidos corporales de la persona infectada son muy infecciosos.
- La infección crónica se caracteriza por la persistencia de HBsAg durante un mínimo de 6 meses (con o sin HBeAg simultáneamente). La persistencia de HBsAg es el principal marcador de riesgo para la aparición de hepatopatías crónicas y cáncer de hígado (carcinoma hepatocelular) más adelante en la vida.
- Datos recientes advierten de la necesidad de hacer pruebas de detección de las infecciones por VHB y plantear el uso de tratamientos antivirales antes de comenzar tratamientos antivirales de acción directa para personas usuarias coinfectadas por VHB/VHC, debido al posible riesgo de reactivación del VHB y empeoramiento de la hepatopatía.
- Valoración no invasiva de la fase de la hepatopatía al inicio y durante el seguimiento: Se recomienda el índice de relación entre plaquetas y aspartato aminotransferasa (ASAT) como prueba no invasiva preferida para evaluar la presencia de cirrosis (puntuación APRI >2 en personas adultas) para entornos con recursos limitados. La elastografía

de transición (p. ej. FibroScan) o FibroTest pueden ser las pruebas no invasivas preferidas en entornos donde estén disponibles y su costo no sea un obstáculo importante [18].

*Notas:*

- No es posible, sobre bases clínicas, diferenciar la hepatitis B de la hepatitis causada por otros virus, por eso es esencial confirmar el diagnóstico con pruebas de laboratorio.
- Muchas personas solamente se diagnostican cuando ya tienen una hepatopatía avanzada. Entre las complicaciones a largo plazo de las infecciones por VHB, la cirrosis y el carcinoma hepatocelular causan una gran carga de morbimortalidad. El cáncer de hígado avanza rápidamente y, puesto que las opciones de tratamiento son limitadas, los desenlaces suelen ser malos. En entornos de rentas bajas, la mayoría de las personas con cáncer de hígado se muere a los pocos meses del diagnóstico.
- La OMS recomienda que todas las donaciones de sangre se sometan a pruebas de detección de la hepatitis B para garantizar su seguridad y evitar la transmisión accidental a las personas que reciben hemoderivados.
- Consultar las directrices completas de la OMS para obtener información sobre quién (y cómo) debe hacerse una prueba para detectar enfermedad crónica, y más detalles sobre las pruebas diagnósticas [17].

#### 4.4.4 Virus de la hepatitis C

El virus de la hepatitis C (VHC) puede causar enfermedad tanto aguda como crónica (hepatopatía), cuya gravedad varía de leve con una duración de unas pocas semanas, a grave para toda la vida. La hepatitis C es la principal causa de cáncer de hígado. El VHC es un virus de transmisión hemática, que se transmite más habitualmente al compartir equipos de inyección para consumo de drogas; reutilizar o esterilizar inadecuadamente el equipamiento médico, especialmente jeringuillas y agujas en entornos sanitarios; hacer transfusiones de sangre y hemoderivados sin analizar; durante el embarazo de la persona embarazada al feto; y con prácticas sexuales que causan exposición a la sangre (p. ej. entre hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, especialmente los que tienen infección por VIH o los que están recibiendo PrEP para la infección por VIH). Aunque es menos habitual, el VHC puede transmitirse por vía tanto sexual como perinatal. El periodo de incubación para la hepatitis C varía de

2 semanas a 6 meses. La mayoría de las muertes por hepatitis C crónica está causada por cirrosis hepática y cáncer primario de hígado. La investigación sobre una vacuna contra el VHC sigue en curso. Los medicamentos antivirales pueden curar a más del 95 por ciento de las personas con infección de hepatitis C, reduciendo así el riesgo de muerte, pero el acceso al diagnóstico y los tratamientos sigue siendo bajo [17,19].

#### Manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas

- Infección inicial: Aproximadamente el 80 por ciento de las personas no presenta ningún síntoma. Las personas con síntomas agudos pueden presentar fiebre, fatiga, disminución del apetito, náuseas, vómitos, dolor abdominal, orina turbia, heces grisáceas, artralgias e ictericia (coloración amarillenta de la piel y la esclerótica).
- Secuelas a largo plazo: Hepatopatía crónica durante toda la vida, cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular (cáncer primario de hígado).

#### Pruebas diagnósticas

- Las directrices para pruebas de la OMS 2017 [17] recomiendan el uso de una sola prueba diagnóstica serológica in vitro de calidad garantizada para detectar el anticuerpo del VHC (para detectar la exposición al VHC). Esta prueba puede ser una PDR o un inmunoensayo enzimático (EIA) en un laboratorio, inmunoensayo por quimioluminiscencia (CLIA), o inmunoensayo por electroquimioluminiscencia (ECLIA). Las PDR utilizadas deben cumplir unas normas de rendimiento mínimas y deben proporcionarse en el mismo centro para mejorar el acceso y su vinculación a la atención y el tratamiento.
- Si la prueba es positiva para anticuerpos contra el VHC, se necesita una prueba de ácido nucleico para el ácido ribonucleico (ARN) del VHC con el objetivo de confirmar infección crónica (alrededor del 30 por ciento de las personas infectadas con VHC eliminará espontáneamente la infección gracias a una sólida respuesta inmunitaria sin necesidad de tratamiento, pero seguirá dando positivo para los anticuerpos contra el VHC). Las pruebas de ácido nucleico también se usan para determinar cuándo se debe interrumpir el tratamiento antiviral (debido a la ausencia de respuesta o resistencia) y para confirmar la cura virológica (VHC).

- Datos recientes advierten de la necesidad de hacer pruebas de detección de las infecciones por VHB y plantear el uso de tratamientos antivirales antes de comenzar tratamientos antivirales de acción directa para personas usuarias coinfectadas por VHB/VHC, debido al posible riesgo de reactivación del VHB y empeoramiento de la hepatopatía.

Notas:

- Se debe evaluar el grado de daño hepático (fibrosis y cirrosis) de las personas diagnosticadas con infección crónica de VHC mediante biopsia hepática o a través de una variedad de pruebas no invasivas.
- El grado de daño hepático se utiliza para orientar las decisiones de tratamiento y el manejo de la enfermedad.
- La OMS recomienda tratamiento con antivirales de acción directa pangenotípicos para personas mayores de 12 años. El tratamiento puede curar a la mayoría de la gente después de 12 a 24 semanas de administración, según la ausencia o presencia de cirrosis.
- Puesto que las nuevas infecciones por VHC suelen ser asintomáticas, se realizan pocos diagnósticos cuando la infección es reciente. En las personas que siguen hasta presentar infección crónica por VHC, la infección también suele pasar sin diagnosticar porque permanece asintomática hasta muchos años después de la infección cuando comienzan a aparecer los síntomas después de haberse producido daños hepáticos graves.
- Consultar las directrices completas de la OMS para obtener información sobre quién (y cómo) debe hacerse una prueba para detectar enfermedad crónica, y más detalles sobre las pruebas diagnósticas [17].

## 4.5 Infecciones emergentes con posibilidad de transmisión por vía sexual

Están surgiendo otros patógenos infecciosos con posibilidad de transmisión por vía sexual, que incluyen los virus del Ébola y de Zika. El personal de servicios de salud debe desempeñar un papel en la provisión de consejería apropiada para unas prácticas sexuales más seguras e informar a la persona de la necesidad de hacerse pruebas y evitar viajar a las regiones afectadas, así como mantener relaciones sexuales sin protección con personas que regresen de esas zonas. Otro virus que debe tenerse en cuenta es el virus linfotrópico humano de los linfocitos T, tipo 1 (HTLV-1).

La enfermedad del **virus del Ébola** es poco frecuente, pero grave y, a menudo, mortal, con tasas de mortalidad durante los brotes epidémicos de entre un 25 y un 90 por ciento. Se suele transmitir por contacto con animales infectados o los líquidos corporales de personas infectadas, o por contacto con artículos contaminados con dichos líquidos corporales. Según la OMS: «Hay muchas probabilidades de que el virus del Ébola se transmita por vía sexual, de hombres a mujeres, pero todavía no se ha demostrado. Menos probable, pero posible en teoría, es la transmisión de mujeres a hombres. Se necesitan más estudios y más datos de vigilancia sobre los riesgos de transmisión sexual, especialmente sobre la prevalencia de virus viables y transmisibles en el semen con el paso del tiempo» [20].

El consejo provisional de la OMS es que, hasta que el semen haya dado negativo dos veces en pruebas de detección del virus del Ébola (con una semana entre pruebas RT-PCR), o hasta que hayan pasado 12 meses desde el inicio de los síntomas, las personas sobrevivientes de la enfermedad por virus del Ébola deben abstenerse de todo tipo de relaciones sexuales y practicar un sexo más seguro con el uso correcto y constante de preservativos. Todas las personas sobrevivientes del Ébola y sus parejas sexuales deben por tanto recibir el consejería adecuada y un suministro de preservativos, y a los hombres se les debe ofrecer pruebas mensuales cuando hayan pasado 3 meses desde el inicio de la enfermedad [20].

La infección por **virus de Zika** durante el embarazo puede causar anomalías congénitas, entre las que figuran microcefalia, y también se asocia con partos prematuros y abortos espontáneos (consultar el [capítulo 9: Salud materna](#)). Casi todas las infecciones por virus de Zika son asintomáticas, pero pueden causar síntomas generalmente leves durante hasta 1 semana, entre los que figuran fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, artralgias y mialgias, malestar y cefaleas. El virus de Zika se transmite principalmente por picaduras de insectos infectados del género *Aedes*, pero también puede transmitirse por vía sexual. Según la OMS: «La transmisión del virus de Zika por vía sexual es mucho más probable de hombres a mujeres que de mujeres a hombres, y la transmisión entre un mismo sexo, de hombres a hombres, solamente se ha documentado una vez» [21].

Los consejos para la prevención de la transmisión sexual del virus de Zika deben tener en cuenta las tasas actuales y previstas de transmisión del virus de Zika por mosquitos en las distintas zonas geográficas. En las zonas en las que no haya transmisión por mosquitos, la transmisión sexual de personas que regresan de esas zonas es una de las principales vías de transmisión del virus de Zika. La OMS

ha publicado directrices detalladas para la prevención de la transmisión sexual del virus de Zika, que incluye lo siguiente:

- Se debe informar a las personas que vivan en zonas con transmisión activa del virus de Zika Y a las personas que viajen a esas zonas o regresen de ellas, y a sus parejas sexuales, especialmente a las personas embarazadas, del riesgo de transmisión por vía sexual del Zika, así como del riesgo de transmisión vertical al feto durante el embarazo, y se debe tener acceso a un servicio completo de atención anticonceptiva, incluida anticoncepción de emergencia, para respaldar una opción bien fundamentada que evite el embarazo.
- También deben ser conscientes del posible riesgo de transmisión por vía sexual del virus de Zika después de una infección conocida o presunta (3 meses para los hombres, 2 meses para las mujeres) y aconsejarles que utilicen preservativos de forma correcta y constante o se abstengan de mantener relaciones sexuales para evitar la transmisión por vía sexual, especialmente durante el embarazo [21].

El **virus linfotrópico humano de los linfocitos T, tipo 1 (HTLV-1)** puede causar leucemia/linfoma de los linfocitos T en personas adultas y una enfermedad progresiva del sistema nervioso conocida como mielopatía asociada al HTLV-1 o paraparesia espástica tropical (MAH/PET). El HTLV-1 se transmite principalmente a través de los líquidos corporales infectados, que incluyen sangre, leche materna y semen. Entre los factores de riesgo figuran relaciones sexuales sin protección, inyección de drogas y trasplantes de tejidos, sangre y hemoderivados [22].

## 5. Manejo sintomático

El manejo sintomático es de uso generalizado para el tratamiento de personas con síntomas de ITS. En los entornos con recursos más limitados, los diagramas de manejo sintomático siguen siendo el tratamiento de referencia cuando no se dispone de diagnóstico mediante pruebas de laboratorio o, si están disponibles, la obtención de resultados tarda varios días. Aunque el enfoque sintomático de las ITS tiene algunas carencias, sigue siendo un elemento básico para el tratamiento de las personas que presentan síntomas de ITS. Si se tiene en cuenta la existencia de las PDR, el enfoque sintomático puede reforzarse mediante su integración siempre que sea posible.

Los síntomas y signos documentados durante la anamnesis y el examen físico pueden agruparse en síndromes. El manejo sintomático ofrece tratamiento para el patógeno o patógenos que más habitualmente causan cada síndrome o síndromes. En algunos casos, el síndrome puede atribuirse a más de una posible infección. Este enfoque se usa principalmente en entornos donde no se dispone de pruebas etiológicas ni análisis de laboratorio para manejar los síntomas notificados por la persona o cuando se advierten signos clínicos sospechosos durante su examen.

Para un manejo sintomático eficaz, el personal debe conocer los patrones locales de la enfermedad, las susceptibilidades antibióticas y el tratamiento adecuado según los consejos nacionales. Los diagramas para el manejo sintomático de las ITS (consultar el [apéndice 3](#)) pueden ofrecer instrucciones claras paso a paso que culminan en uno o más tratamientos eficaces, según los síntomas, signos o factores de riesgo, con la determinación de la infección/patógeno más plausible basándose en la epidemiología del país, la región o la población.

La valoración del riesgo de contraer una ITS es particularmente importante para el manejo sintomático de la leucorrea anormal, que también puede estar ocasionada por una IAR de transmisión no sexual (endógena) (consultar el [apartado 4.3](#)). Para todas las personas que presenten dolor en la parte inferior del abdomen o inflamación escrotal, se debe descartar la necesidad de cirugía de emergencia, y se debe concertar una visita de seguimiento si hay dudas.

Aunque el enfoque sintomático de las ITS tiene algunas carencias, sigue siendo un elemento básico para el tratamiento de las personas que presentan síntomas de ITS [23]. El tratamiento según las directrices terapéuticas nacionales para las ITS/IAR debe comenzar lo antes posible en cuanto se haya realizado un diagnóstico sintomático.

Siempre que sea posible, se recomienda un tratamiento por vía oral de dosis única para garantizar el cumplimiento y la cura (o la supresión de las ITS virales). Para más información de cada infección/organismo, incluidas sus manifestaciones clínicas y diagnóstico, consultar el [apartado 4.3](#); para información sobre tratamientos, consultar el [apéndice 2](#).

## 5.1 Síndrome de secreción uretral

La secreción uretral del pene suele estar ocasionada por *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis* y/u otros patógenos no gonocócidos ni clamidias, como *M. genitalium* y *T. vaginalis*. Las personas con uretritis (inflamación de la uretra) suelen presentar secreción uretral con o sin disuria (dolor al orinar). A veces, los únicos síntomas pueden ser disuria o prurito en la punta de la uretra. La secreción uretral puede variar en cantidad y características de transparente a purulenta. Clínicamente es imposible diferenciar si la secreción está causada por gonorrea, clamidia o cualquier otra causa de uretritis.

Sin un diagnóstico de laboratorio, el tratamiento de una personas con secreción uretral del pene debe cubrir adecuadamente tanto gonorrea (*N. gonorrhoeae*) como clamidia (*C. trachomatis*), ya que no pueden distinguirse entre sí por sus síntomas, presentación clínica o periodo de incubación (normalmente más breve para la gonorrea, de 3 a 7 días, en comparación con la clamidia, entre 5 y 21 días). En general, las infecciones dobles de gonorrea y clamidia son poco habituales. Si se dispone de microscopía, la presencia de diplococos intracelulares en un frotis con tinción de Gram puede ofrecer un diagnóstico provisional de gonorrea, mientras que su ausencia significa que solamente debe considerarse tratamiento para clamidia. Consultar el [apéndice 3](#), [figura 1](#) para el manejo de la secreción uretral del pene.

Los síntomas persistentes o recurrentes de uretritis pueden deberse a resistencia farmacológica, mal cumplimiento terapéutico o reinfección. Si se puede descartar la reinfección mediante una toma exhaustiva de los antecedentes sexuales, se puede pensar en un tratamiento adicional para *T. vaginalis* y *M. genitalium*. Consultar el [apéndice 3](#), [figura 2](#) para el manejo de secreción uretral del pene persistente o recurrente.

**Posibles diagnósticos/patógenos:** *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium* (en casos de secreción uretral persistente, se debe sospechar *T. vaginalis* y *M. genitalium*).

## Tratamiento recomendado

Tratamiento para **gonorrea** sin complicaciones

**MÁS**

Tratamiento para **clamidia**

**Nota especial:** Utilizar las directrices locales, cuando se disponga de ellas, para elegir el tratamiento adecuado, especialmente en el caso de la gonorrea, que cada vez es más resistente a los medicamentos. Consultar el [apéndice 2](#) para ver las opciones de tratamiento recomendadas.

## 5.2 Síndrome de enfermedad con úlceras genitales

Los patógenos causantes de las EUG varían según las regiones y pueden cambiar con el tiempo. Las cinco ITS que más habitualmente causan EUG son VHS genital, sífilis (*T. pallidum*), chancroide (*H. ducreyi*), donovanosis (*K. granulomatis*), y linfogranuloma venéreo (LGV, causado por *C. trachomatis*, serovariedades L1–L3). Las EUG también pueden ser etiologías no relacionadas con ninguna ITS de carácter infeccioso (p. ej. infecciones cutáneas bacterianas, hongos) o no infeccioso (p. ej. erupción fija medicamentosa, síndrome de Behçet, traumatismo sexual, psoriasis), y resulta muy difícil distinguir estas de las causas relacionadas con las ITS. Una persona con úlceras genitales podría tener también más de una enfermedad, y las manifestaciones y cuadros clínicos de las EUG se podrían ver aún más alteradas en presencia de infección por VIH. Un diagnóstico clínico diferencial podría no resultar preciso, especialmente en entornos donde varias causas etiológicas sean prevalentes. Las causas de las EUG relacionadas con alguna ITS han cambiado con el paso del tiempo: el chancroide ha disminuido, mientras que el herpes y la sífilis han aumentado. Las personas con úlceras deben recibir tratamiento para todas las causas localmente relevantes.

Las EUG preocupan particularmente por su sinergia epidemiológica con el VIH. Las personas con EUG, como el VHS, son mucho más susceptibles de infectarse de VIH si se exponen al virus, y las personas con VIH y úlceras genitales tienen más posibilidades de transmitir el VIH a otros [16].

Actualmente se dispone de un análisis de sangre doble para VIH/sífilis rápido y económico, y también de una prueba rápida individual para sífilis (que incluye la posibilidad de autoadministración). Estas pruebas son precisas y fáciles de utilizar con mínima capacitación [7]. Estas PDR para



la sífilis deben utilizarse siempre que estén disponibles. Ofrecen resultados en un plazo de 10 a 20 minutos y pueden realizarse en cualquier entorno porque no necesitan refrigeración ni equipos de laboratorio. La sensibilidad de las PDR varía del 85 al 98 por ciento y su especificidad del 93 al 98 por ciento, en comparación con las pruebas de hemaglutinación para *T. pallidum* y las pruebas de *T. pallidum* por aglutinación pasiva de partículas como normas de referencia [4]. El diagnóstico diferencial asistido por laboratorio apenas resulta útil para otras causas de EUG. Consultar el [apéndice 3, figura 3](#) para ver el manejo de la enfermedad con úlceras genitales, incluidas las úlceras anorrectales.

**Posibles diagnósticos/patógenos:** Virus del herpes simple genital (VHS-2, y menos frecuente VHS-1), *T. pallidum*, *H. ducreyi*, *K. granulomatis*, *C. trachomatis* serovariedades L1–L3.

### Tratamiento recomendado

Tratamiento para **sífilis**

**MÁS**

Tratamiento para **herpes genital (VHS)**

**MÁS**

Tratamiento para **chancroide**, solamente en lugares geográficos donde se notifiquen o surjan casos

**Notas especiales:** Es necesario indicar a las personas con presunta infección por VHS que mantengan la zona afectada limpia y seca, y se les debe informar de que no existe ninguna cura definitiva, aunque el tratamiento (antiviral) inhibidor puede controlar los ataques recurrentes, además de ofrecerles educación sobre la historia natural de la infección por VHS-2 y la importancia de cumplir con el tratamiento [24].

El manejo sindrómico debe incluir tratamiento para sífilis, a menos que la persona haya recibido tratamiento para esta enfermedad durante los últimos 3 meses, y tratamiento para herpes.

Para las personas con úlceras recurrentes que aparecen con demasiada frecuencia (como 4–6 episodios o más al año) o con síntomas graves o que causan molestias, se puede sugerir un tratamiento inhibidor, que puede preferirse al tratamiento episódico. Las personas que reciben tratamiento inhibidor pueden evaluarse después de 1 año y preguntarles si desean continuar o cambiar a un tratamiento episódico. Se debe tener en cuenta que las tasas de recaída pueden volver a los niveles anteriores

al comienzo del tratamiento inhibidor, y la persona debe ser consciente de ello.

Para las personas que viven con VIH y las inmunodeprimidas, se recomiendan ajustes de dosis para el valaciclovir y el famciclovir, pero no para el aciclovir:

- Para episodios recurrentes, se recomiendan 500 mg de valaciclovir durante 5 días en lugar de 3 días, y el famciclovir se recomienda a una dosis de 500 mg dos veces al día durante 5 días en lugar de 250 mg.
- Para el tratamiento inhibidor, se recomienda 500 mg de valaciclovir dos veces al día en lugar de una vez al día, y 500 mg de famciclovir dos veces al día en lugar de 250 mg dos veces al día.

Las personas que indiquen alergia a la penicilina deben tratarse con alternativas eficaces para la sífilis, que incluyen doxiciclina y eritromicina.

## 5.3 Síndrome de leucorrea

Los síntomas vulvovaginales son uno de los motivos más habituales de asistencia a un centro de salud. Entre estos síntomas figuran una leucorrea que a la persona le parece anormal, irritación vulvar o prurito. Otros trastornos pueden incluir bultos vulvovaginales, como condilomas y cáncer, especialmente en el cuello uterino.

El síntoma de leucorrea es muy indicativo de vaginitis causada por infección vaginal, pero también puede deberse, con menor frecuencia, a cervicitis causada por una infección cervical. La vaginitis puede estar causada por tricomoniasis (*T. vaginalis*), vaginosis bacteriana (VB), o candidiasis vulvovaginal (CVV, causada por especies de *Candida*, normalmente *C. albicans*). La tricomoniasis es una ITS causada por un protozoo flagelado. Suele ser casi siempre asintomática, pero algunas personas presentan leucorrea de color amarillento o verdoso y mal olor, además de prurito vulvar. VB y CVV son IAR endógenas y ambas pueden ser asintomáticas. En los casos sintomáticos, la VB se asocia con leucorrea blanco grisácea, fina y con olor a pescado, mientras que la CVV se asocia con prurito y dolor vulvar, así como leucorrea blanca, sin olor y de textura grumosa. La cervicitis puede deberse a gonorrea (*N. gonorrhoeae*) o clamidia (*C. trachomatis*), y *M. genitalium*, pero casi todos los casos son asintomáticos por lo que solamente una minoría de las personas que presentan síndrome de leucorrea tiene infecciones cervicales.

El método más viable para el manejo de personas usuarias que presentan leucorrea depende de la capacidad diagnóstica y los conocimientos existentes en un centro de prestación de servicios de salud. Consultar el [apéndice 3, figura 4](#) para ver un diagrama que ayuda a decidir qué opciones de manejo para la leucorrea se pondrán en marcha.

Si estuvieran disponibles, se deben utilizar pruebas de laboratorio para diagnosticar a las personas usuarias con leucorrea mediante la detección de ITS como *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*. En ausencia de dichas pruebas, el método sintomático para el manejo de la leucorrea puede basarse de forma preferente, si fuera posible, en el examen con espéculo para detectar signos de infección cervical, o alternativamente la presencia de leucorrea, o valoración del riesgo de ITS si el examen con espéculo no fuera posible. La microscopía ofrece precisión para el diagnóstico de las infecciones vaginales, si ya estuviera disponible. No obstante, establecer un examen de microscopía y los recursos necesarios para ello puede ser más difícil que ofrecer tratamiento para una infección vaginal. Los conocimientos sobre la prevalencia local de tricomoniasis, gonorrea y clamidia también resulta útil a la hora de decidir el manejo sintomático de las personas que presentan leucorrea.

Cuando sea posible realizar un examen con espéculo, la CVV suele poder diagnosticarse clínicamente. Si también se dispone de microscopía, la presencia de tricomonadas en una preparación húmeda (en fresco) confirma infección por *T. vaginalis*, células clave indican VB, mientras que los brotes de levaduras o pseudohifas confirman la presencia de la especie de *Candida*, normalmente *C. albicans*. Además, se recomienda el uso de tinción de Gram con las muestras de leucorrea siempre que sea posible. En ausencia de microscopía, todas las personas que presenten leucorrea deben recibir tratamiento tanto para tricomoniasis como para VB, y las parejas sexuales también deben recibir tratamiento para tricomoniasis, a menos que se pueda descartar la transmisión sexual durante la anamnesis. Las personas con leucorrea y una valoración positiva de riesgo de ITS (y posibles signos durante el examen pélvico, si estuviera disponible, es decir, dolor a la palpación abdominal y dolor con el movimiento del cuello uterino) también deben recibir tratamiento para gonorrea y clamidia. Consultar el [apéndice 3, figura 5](#) para ver el manejo de la leucorrea.

**Posibles diagnósticos/patógenos:** Infecciones del cuello uterino (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*) o infecciones vaginales (*T. vaginalis*, *C. albicans*, VB).

### Tratamiento recomendado para las infecciones vaginales

Tratamiento para **vaginosis bacteriana y tricomoniasis**

**MÁS**

Tratamiento para **infección por hongos vaginales** si presenta leucorrea de aspecto grumoso, enrojecimiento y prurito vulvovaginales

### Tratamiento recomendado para las infecciones del cuello uterino

Tratamiento para **gonorrea sin complicaciones**

**MÁS**

Tratamiento para **clamidia**

#### Notas especiales:

- Una persona sana puede tener una cantidad variable de leucorrea blanca y transparente (secreción fisiológica). Esta secreción suele aumentar antes y después de la menstruación y se vuelve más líquida a mitad del ciclo menstrual. También aumenta durante el embarazo, mientras se toman píldoras anticonceptivas por vía oral y cuando se tiene implantado un DIU.
- No se ha demostrado que tratar a las parejas sexuales de las personas con VB reporte algún beneficio. Se recomienda reducir o eliminar factores predisponentes, como el uso de antisépticos/antibióticos vaginales o la irrigación vaginal.
- Entre los factores predisponentes y subyacentes para la CVV se incluye el uso de antibióticos, el uso de antisépticos/antibióticos vaginales o la irrigación vaginal, diabetes mellitus, inmunodepresión y uso de corticoesteroides [24].
- La VB y *T. vaginalis* pueden tratarse simultáneamente con el mismo medicamento, el metronidazol. De forma parecida, en el tratamiento de la cervicitis, algunos medicamentos, como la doxiciclina y la azitromicina, pueden tratar simultáneamente *C. trachomatis* y *M. genitalium*.

## 5.4 Dolor en la parte inferior del abdomen

Este síntoma suele indicar la presencia de enfermedad inflamatoria pélvica, que se refiere a la infección de la parte superior del aparato reproductor femenino (es decir, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios). El dolor en la parte inferior del abdomen puede estar acompañado de dispareunia, disuria, dismenorrea, leucorrea anormal, hemorragia, fiebre y, a veces, náuseas y vómitos. Las personas con este síndrome (con enfermedad inflamatoria pélvica) pueden presentar endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y peritonitis pélvica.

La enfermedad inflamatoria pélvica suele estar causada por una ITS, lo más normal es que se trate de clamidia (*C. trachomatis*), pero también puede ser gonorrea (*N. gonorrhoeae*) y *M. genitalium*, o una enfermedad endógena ocasionada por organismos de la flora vaginal normal (bacterias anaerobias). Asimismo, la enfermedad inflamatoria pélvica puede ser yatrogénica, tras el uso reciente de instrumental en el útero o traumatismo del cuello uterino a causa de, por ejemplo, un aborto o la colocación de un DIU. La enfermedad inflamatoria pélvica puede ocasionar daños irreversibles a las trompas de Falopio, causando infertilidad tubárica, embarazo ectópico o dolor pélvico crónico (para obtener más información sobre asuntos ginecológicos, consultar el [capítulo 8: Ginecología y otros servicios de salud reproductiva](#)).

El diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica puede realizarse clínicamente, especialmente con personas sexualmente activas, basado en un examen bimanual y con espéculo, con resultados de dolor a la palpación en la parte inferior del abdomen (normalmente bilateral), a menudo acompañado de dolor con el movimiento del cuello uterino, dolor anexial o uterino a la palpación, a veces acompañado de leucorrea vaginal/cervical o fiebre. La laparoscopia sirve de ayuda si se dispone de ella. No es necesario retrasar el tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica mientras se esperan los resultados de las pruebas de laboratorio, pero es importante descartar el embarazo ectópico, apendicitis y otras enfermedades (ver las notas especiales más adelante). Consultar el [apéndice 3, figura 6](#) para ver cómo se aborda el dolor en la parte inferior del abdomen.

**Posibles diagnósticos/patógenos:** *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, bacterias anaerobias.

### Tratamiento recomendado para enfermedad inflamatoria pélvica

Tratamiento para **gonorrea sin complicaciones**

**MÁS**

Tratamiento para **clamidia**

**MÁS**

Tratamiento para **infecciones anaerobias**

#### Notas especiales:

- Se debe tener precaución con el uso de analgésicos para evitar enmascarar dolor que podría indicar la necesidad de cirugía abdominal.
- Si una persona con un DIU presenta enfermedad inflamatoria pélvica, hablar sobre la posibilidad de extraer el dispositivo, especialmente si los síntomas no desaparecen con tratamiento en un plazo de 72 horas.
- Debe plantearse la hospitalización de las personas con enfermedad inflamatoria pélvica aguda en las siguientes circunstancias:
  - si el diagnóstico es incierto
  - si no es posible descartar una emergencia quirúrgica, como apendicitis o embarazo ectópico
  - si se sospecha la presencia de un absceso pélvico
  - si la gravedad de la enfermedad impide su tratamiento de forma ambulatoria
  - si hay embarazo
  - si la persona no es capaz de seguir o tolerar un tratamiento ambulatorio
  - si la persona no responde al tratamiento ambulatorio
- Se debe supervisar clínicamente a las personas hospitalizadas durante su ingreso y revisar el caso en un plazo de 24 a 48 horas después de iniciar tratamiento antibiótico por vía intravenosa.

## 5.5. Secreción anorrectal

Las ITS anorrectales pueden adquirirse mediante sexo anal receptor, pero también pueden deberse a la diseminación contigua de una infección genital. Las ITS anorrectales son relativamente habituales entre hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, personas trabajadoras sexuales, personas transgénero y personas que practican el sexo anal.

Las ITS anorrectales suelen ser asintomáticas pero pueden causar proctitis (inflamación de los 10–12 cm distales del recto), lo que no siempre es sintomático. La proctitis aguda puede presentarse con dolor/molestias, inflamación, calambres/tenesmo, secreción anal mucopurulenta, hemorragia anorrectal, estreñimiento, sensación de llenado en el recto o de defecación incompleta. La proctitis crónica debida a LGV puede presentarse con antecedentes de estrías de moco en las heces, estreñimiento, y sensación de defecación incompleta.

La proctitis suele estar causada por gonorrea anorrectal (*N. gonorrhoeae*), clamidia (*C. trachomatis*), pero también puede estar ocasionada por LGV, VHS, sífilis (*T. pallidum*) y *M. genitalium*. Por otro lado, la infección por VPH puede causar condilomas anogenitales benignos (*condylomata acuminata*, ocasionados por los tipos 6 y 11 de VPH) y cáncer anal y lesiones precancerosas (especialmente el tipo 16 de VPH) [25].

El examen anoscópico puede mostrar la presencia de mucopus en el recto, edema en la mucosa rectal y hemorragia por contacto en personas con proctitis por gonococos o clamidias. En la proctitis relacionada con sífilis, herpes y LGV, se pueden apreciar úlceras rectales. En LGV también pueden verse masas inflamatorias granulomatosas. El diagnóstico diferencial puede incluir otras infecciones gastrointestinales del recto y el colon (proctocolitis) entre las que figuran *Shigella*, *Campylobacter*, *Salmonella*, citomegalovirus y amebiasis, además de lesiones neoplásicas, abscesos perineales y enfermedades crónicas como la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. Consultar el [apéndice 3, figura 7](#) para ver el manejo de las secreciones anorrectales.

**Posibles organismos:** *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, incluido LGV (serovariedades L1, L2 de *C. trachomatis*), HSV-1, HSV-2, *T. pallidum*, *M. genitalium*, varios tipos de VPH.

## Tratamiento recomendado

Tratamiento para **gonorrea**

**MÁS**

Tratamiento para **clamidia**

**MÁS**

Tratamiento para **herpes (VHS)** si presenta dolor anorrectal

### Notas especiales:

Las infecciones anorrectales suelen pasar desapercibidas y no tratarse, no solo porque pueden ser asintomáticas, sino también debido a una combinación de bajos niveles de sospecha clínica y la estigmatización del sexo anal.

Si se aprecian úlceras, el tratamiento debe seguir también el diagrama para las úlceras genitales y plantearse ofrecer tratamiento para sífilis o LGV.

## 5.6 Otros síndromes habituales

### 5.6.1 Inflamación en el escroto

La epididimitis (inflamación del epidídimo) suele presentarse con dolor testicular unilateral e inflamación de inicio repentino, a menudo con dolor a la palpación del epidídimo y los conductos deferentes. A veces podría haber eritema y edema en la piel escrotal superpuesta. Los testículos adyacentes también suelen estar inflamados (orquitis) lo que da lugar a orquiepididimitis.

La epididimitis suele estar ocasionada por gonorrea (*N. gonorrhoeae*) o clamidia (*C. trachomatis*) y debe sospecharse en personas con alto riesgo de contraer una ITS. La epididimitis también puede ser una complicación de una infección bacteriana de las vías urinarias, y puede estar causada por tuberculosis, filariasis e infecciones debidas a *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., o *Pseudomonas aeruginosa*. Si no se administra un tratamiento rápido y eficaz, la cicatrización fibrosa y destrucción del tejido testicular podría causar infertilidad.

**Otros posibles diagnósticos:** hidrocele, hernia, varicocele, traumatismo, tumor y torsión testicular. En personas jóvenes, se debe sospechar torsión testicular cuando el inicio del dolor escrotal es repentino. *La torsión testicular es una emergencia quirúrgica que necesita referencia y tratamiento urgentes.*

**Posibles patógenos:** *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*.

**Nota especial:** Utilizar las directrices locales, cuando se disponga de ellas, para elegir el tratamiento adecuado, especialmente en el caso de la gonorrea, que cada vez es más resistente a los medicamentos.

**Terapia de apoyo:** Reposo en cama, antipiréticos y analgésicos, y soporte escrotal hasta que disminuya la fiebre y la inflamación local.

### 5.6.2 Bubón inguinal

Los bubones inguinales y femorales es el aumento de tamaño localizado de los ganglios linfáticos (bubones) en las ingles (inguinales), que son dolorosos y pueden tener líquido. Son una manifestación habitual de chancroide (*H. ducreyi*) y LGV (*C. trachomatis* serovariedades L1, L2 y L3). Ocasionalmente, el bubón podría romperse y habría presencia de pus. Las linfadenomegalias que no presentan inflamación aguda (p. ej. adenopatía indolora debido a la sífilis) no son bubones.

Las infecciones sistémicas y locales de transmisión no sexual también pueden causar inflamación de la zona inguinal y deben tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial (p. ej. hernia inguinal, infecciones de las extremidades inferiores, infección por VIH con linfadenopatía generalizada, filariasis, linfadenopatía tuberculosa y peste).

**Posibles diagnósticos/patógenos:** *H. ducreyi*, *C. trachomatis* serovariedades L1, L2 y L3.

#### Notas especiales:

- Se necesita precaución con las personas embarazadas. Seleccione un tratamiento adecuado.
- Los ganglios linfáticos con líquido deben aspirarse a través de la piel sana. La incisión y drenaje o la extirpación de los ganglios pueden retrasar la curación y no deben realizarse.
- Cuando haya alguna duda o fracase el tratamiento, se aconseja referir para hacer una biopsia diagnóstica.

En la *tabla 4* se enumeran las posibles etiologías de los síndromes de ITS habituales que se comentan en el apartado 5.

**TABLA 4: Síndromes y etiologías habituales de las ITS**

Síndrome de ITS	Posibles etiologías de las ITS
Secreción uretral	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>T. vaginalis</i> , <i>M. genitalium</i>
Enfermedad con úlceras genitales	<i>T. pallidum</i> , <i>H. ducreyi</i> , VHS, <i>K. granulomatis</i> , <i>C. trachomatis</i> (cepas L1–L3 de LGV)
Leucorrea	Infecciones del cuello uterino ( <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>M. genitalium</i> ) e infecciones vaginales ( <i>T. vaginalis</i> , <i>C. albicans</i> , vaginosis bacteriana)
Dolor en la parte inferior del abdomen	Infecciones del cuello uterino ( <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>M. genitalium</i> ), infecciones vaginales ( <i>T. vaginalis</i> , <i>C. albicans</i> , vaginosis bacteriana), e infecciones por anaerobios
Secreción anorrectal	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , (cepas L1–L3 de LGV)
Inflamación en el escroto	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>T. vaginalis</i> , <i>M. genitalium</i>
Bubón inguinal	<i>H. ducreyi</i> , <i>C. trachomatis</i> (cepas L1–L3 de LGV)

## 6. Referencias

- [1] Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. Datos y cifras. Noviembre de 2021. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Consultado el 22 de abril de 2022.
- [2] Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf>. Consultado el 22 de abril de 2022.
- [3] Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246165/9789241549714-eng.pdf>. Consultado el 22 de abril de 2022.
- [4] Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549714>. Consultado el 22 de abril de 2022.
- [5] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Cáncer cervicouterino. Datos y cifras Febrero de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. Consultado el 23 de marzo de 2022.
- [6] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Hepatitis B. Datos y cifras. Junio de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. Consultado el 20 de junio de 2022.
- [7] Organización Mundial de la Salud. Sexually transmitted infections. Evidence Brief. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329888/WHO-RHR-19.22-eng.pdf>. Consultado el 2 de noviembre de 2021.
- [8] Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250253>. Consultado el 22 de abril de 2022.
- [9] Meites E, Szilagyi PG, Chesson HW, Unger ER, Romero JR, Markowitz LE. Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68(32):698–702.
- [10] Organización Mundial de la Salud. Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections, second edition. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43275/9241593407\\_mod1\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43275/9241593407_mod1_eng.pdf). Consultado el 2 de abril de 2020.
- [11] Altarum Institute. Sexual Health and Your Patients: A Provider's Guide. Washington, DC: Altarum Institute; 2016. Actualizado en 2020. <https://nationalcoalitionforsexualhealth.org/tools-for-healthcare-providers/asset/Asking-Essential-Sexual-Health-Questions.pdf>. Consultado el 20 de marzo de 2020.
- [12] Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR, et al. Screening tests to detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections—2002. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51(RR-15):1–38.
- [13] Organización Mundial de la Salud. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>. Consultado el 11 de julio de 2022.
- [14] Organización Mundial de la Salud. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85343>. Consultado el 22 de abril de 2022.
- [15] Organización Mundial de la Salud. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>. Consultado el 22 de abril de 2022.
- [16] Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines for the treatment of *Genital Herpes Simplex Virus*. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/genital-HSV-treatment-guidelines/en/>. Consultado el 12 de marzo de 2020.
- [17] Organización Mundial de la Salud. Guidelines on hepatitis B and C testing. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549981>. Consultado el 31 de marzo de 2020.
- [18] Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549059>. Consultado el 31 de marzo de 2020.
- [19] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Hepatitis C. Datos y cifras. Junio de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>. Consultado el 20 de junio de 2022.
- [20] Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Frequently asked questions on Ebola virus disease vaccine. Disponible en: <https://www.afro.who.int/health-topics/ebola-virus-disease/faq-vaccine>. Consultado el 24 de marzo de 2022.

- [21] Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines for the prevention of sexual transmission of Zika virus: executive summary. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311026/WHO-RHR-19.4-eng.pdf>. Consultado el 2 de abril de 2020.
- [22] Organización Mundial de la Salud. Human T-lymphotropic virus type 1. Key facts. Marzo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-t-lymphotropic-virus-type-1>. Consultado el 2 de noviembre de 2021.
- [23] Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>. Consultado el 19 de julio de 2021.
- [24] Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para el Sudeste Asiático. Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. OMS; 2011. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205471>. Consultado el 22 de abril de 2022.
- [25] Wieland U, Kreuter A. The importance of HPV16 in anal cancer prevention. *Lancet*. 2018;18(2):131–132.

## 6.1 Recursos

Federación Internacional de Planificación Familiar. IMAP Statement on Zika virus and sexual and reproductive health. Marzo de 2016. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_imap\\_zika\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_zika_web.pdf)

Mayaud P, McCartney D, Mabey D. Sexually Transmitted Infections (parte 3, apartado D). En: ET Ryan, DR Hill, T Solomon, NE Aronson, TP Endy, editores. *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases*. Tenth edition. Elsevier Inc; 2020.

National LGBT Health Education Center. Taking Routine Histories of Sexual Health: A System-Wide Approach for Health Centers. Noviembre de 2015. Disponible en: [http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/COM-827-sexual-history\\_toolkit\\_2015.pdf](http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/COM-827-sexual-history_toolkit_2015.pdf)

Toskin I, Blondeel K, Peeling RW, Deal C, Kiarie J. Advancing point of care diagnostics for the control and prevention of STIs: the way forward. *Sex Transm Infect*. 2017;93(S4):S81–S88.

Organización Mundial de la Salud. Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241592656>

Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>



## 7. Apéndices

### Apéndice 1: Lista de consejería de la OMS para el manejo de las ITS

#### En los siguientes documentos claves se ofrece consejería específica de la OMS sobre el manejo de las ITS:

- WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. 2016.  
Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf>
- WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). 2016.  
Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549714>
- WHO guidelines for the treatment of *Genital Herpes Simplex Virus*. 2016.  
Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924154987>
- WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. 2016.  
Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246165/9789241549714-eng.pdf>
- WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. 2017.  
Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>
- Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. 2015.  
Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549059>
- Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. 2018.  
Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>
- Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. 2021.  
Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>



## Apéndice 2: Opciones de tratamiento recomendadas

### Opciones de tratamiento recomendadas para el síndrome de secreción uretral

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> sin complicaciones</li> <li>Más</li> <li>• Tratamiento para <i>Chlamydia trachomatis</i></li> </ul>		
Infecciones abarcadas	Primera opción	Sustitutos eficaces
<p>Para entornos donde no se disponga de datos sobre la resistencia a los antibióticos, la directriz sobre ITS de la OMS indica tratamiento doble para gonorrea.</p>		
<b><i>N. gonorrhoeae</i><sup>a</sup></b>	<b>250 mg de ceftriaxona</b> , por vía intramuscular, dosis única Más <b>1 gramo de azitromicina</b> , por vía oral, dosis única	<b>400 mg de cefixima</b> , por vía oral, dosis única Más <b>1 gramo de azitromicina</b> , por vía oral, dosis única
<b><i>C. trachomatis</i></b>	<b>100 mg de doxiciclina</b> , por vía oral, dos veces al día durante siete días (solamente debe administrarse si el tratamiento para gonorrea no incluyó azitromicina)	<b>1 gramo de azitromicina</b> , por vía oral, dosis única o <b>500 mg de eritromicina</b> , por vía oral, 4 veces al día durante 7 días o <b>200–400 mg de ofloxacina</b> , por vía oral, dos veces al día durante 7 días. (solamente debe administrarse si el tratamiento para gonorrea no incluyó azitromicina)
<p>En aquellos entornos en los que los datos sobre resistencia antibiótica confirmen con fiabilidad la susceptibilidad de <i>N. gonorrhoeae</i> al antibiótico, se puede administrar en monoterapia.</p>		
<b><i>N. gonorrhoeae</i></b>	<b>250 mg de ceftriaxona</b> , por vía intramuscular, dosis única	<b>400 mg de cefixima</b> , por vía oral, dosis única o <b>2 gramos de espectinomicina</b> , por vía intramuscular, dosis única (su disponibilidad hace que este antibiótico no resulte práctico de usar)
<p>Opciones terapéuticas adicionales para infecciones recurrentes o persistentes</p>		
<b><i>T. vaginalis</i></b>	<b>2 gramos de metronidazol</b> , por vía oral, dosis única	<b>400 o 500 mg de metronidazol</b> , dos veces al día durante 7 días
<b><i>M. genitalium</i></b>	<b>500 mg de azitromicina</b> , por vía oral el día 1, <b>250 mg</b> a diario en los días 2–5	

<sup>a</sup> Debido al aumento de la resistencia antibiótica a la azitromicina de *N. gonorrhoeae* y *M. genitalium*, y una susceptibilidad reducida de *N. gonorrhoeae* a las cefalosporinas, la OMS está actualmente revisando las actuales recomendaciones y esquemas posológicos de los tratamientos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Opciones de tratamiento recomendadas para el síndrome de leucorrea

### A. Opciones de tratamiento para las infecciones vaginales

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para vaginosis bacteriana y tricomoniasis</li> </ul> <p>Más</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para infección por hongos vaginales si presenta leucorrea de aspecto grumoso, enrojecimiento y prurito vulvovaginales.</li> </ul>			
Infecciones abarcadas	Opciones de primera línea	Sustitutos eficaces	Nota: Durante el embarazo el metronidazol debería evitarse idealmente durante el primer trimestre
Vaginosis bacteriana	Metronidazol 400 mg o 500 mg, por vía oral, dos veces al día durante 7 días	300 mg de clindamicina, por vía oral, dos veces al día durante 7 días o 2 gramos de metronidazol, por vía oral, dosis única	200 mg o 250 mg de metronidazol, por vía oral, 3 veces al día durante 7 días o Gel de metronidazol 0,75%, un aplicador lleno (5 gramos) por vía intravaginal, dos veces al día durante 7 días o 300 mg de clindamicina, por vía oral, dos veces al día durante 7 días
<i>T. vaginalis</i>	2 gramos de metronidazol, por vía oral, en una dosis única o Metronidazol 400 mg o 500 mg, por vía oral, dos veces al día durante 7 días	2 gramos de tinidazol por vía oral, dosis única o 500 mg de tinidazol por vía oral, dos veces al día durante 5 días	200 mg o 250 mg de metronidazol, por vía oral, 3 veces al día durante 7 días o Gel de metronidazol 0,75%, un aplicador lleno (5 gramos) por vía intravaginal, dos veces al día durante 7 días
<i>C. albicans</i> (infección por hongos vaginales)	Óvulos vaginales de 200 mg de miconazol introducidos por la noche durante 3 noches o Supositorio vaginal de clotrimazol, 100 mg, introducido por la noche durante 7 noches	150 mg (o 200 mg) de fluconazol, por vía oral, dosis única o Supositorio vaginal de nistatina, 200.000 unidades, introducido por la noche durante 7 noches	Óvulos vaginales de 200 mg de miconazol introducidos una vez a día durante 3 días o Supositorio vaginal de 100 mg de clotrimazol introducido por la noche durante 7 días o Óvulos vaginales de nistatina, 200.000 unidades, introducidos por la noche durante 7 noches

Avisar a las personas que toman metronidazol que deben evitar consumir alcohol. No se recomienda usar metronidazol durante el primer trimestre de embarazo, a menos que los beneficios superen los posibles riesgos.

## B. Opciones de tratamiento para las infecciones del cuello uterino

- Tratamiento para *N. gonorrhoeae* sin complicaciones

Más

- Tratamiento para *C. trachomatis*

Infecciones abarcadas	Primera opción (elegir una de cada una de las siguientes casillas)	Sustitutos eficaces	Opciones para personas embarazadas o en periodo de amamantamiento
Para entornos donde no se disponga de datos sobre la resistencia a los antibióticos, las directrices sobre ITS de la OMS indican tratamiento doble para la gonorrea.			
<i>N. gonorrhoeae</i> <sup>a</sup>	250 mg de ceftriaxona, por vía intramuscular, dosis única más 1 gramo de azitromicina, por vía oral, dosis única	400 mg de cefixima, por vía oral, dosis única más 1 gramo de azitromicina, por vía oral, dosis única	250 mg de ceftriaxona, por vía intramuscular, dosis única más 1 gramo de azitromicina, por vía oral, dosis única o 400 mg de cefixima, por vía oral, dosis única más 1 gramo de azitromicina, por vía oral, dosis única
<i>C. trachomatis</i>	100 mg de doxiciclina, por vía oral, dos veces al día durante 7 días (solamente debe administrarse si el tratamiento para gonorrea no incluyó azitromicina)	1 gramo de azitromicina, por vía oral, dosis única o 500 mg de eritromicina, por vía oral, 4 veces al día durante 7 días o 200–400 mg de ofloxacina, por vía oral, dos veces al día durante 7 días (solamente debe administrarse si el tratamiento para gonorrea no incluyó azitromicina)	500 mg de eritromicina, por vía oral, 4 veces al día durante 7 días o 1 gramo de azitromicina, por vía oral, dosis única (solamente debe administrarse si el tratamiento para gonorrea no incluyó azitromicina)
<i>M. genitalium</i>	500 mg de azitromicina, por vía oral el día 1, 250 mg a diario, días 2–5 (ausencia de resistencia a macrólidos)		500 mg de azitromicina, por vía oral el día 1, 250 mg a diario, días 2–5 (ausencia de resistencia a macrólidos)

<sup>a</sup> Debido al aumento de la resistencia antibiótica a la azitromicina de *N. gonorrhoeae* y *M. genitalium* y una susceptibilidad reducida de *N. gonorrhoeae* a las cefalosporinas, la OMS está actualmente revisando las actuales recomendaciones y esquemas posológicos de los tratamientos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021.  
Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Opciones de tratamiento para la enfermedad inflamatoria pélvica

- Tratamiento para *N. gonorrhoeae* sin complicaciones

Más

- Tratamiento para *C. trachomatis*

Más

- Tratamiento para infecciones por anaerobios

Infecciones abarcadas	Primera opción	Sustitutos eficaces
Para entornos donde no se disponga de datos sobre la resistencia a los antibióticos, las directrices sobre ITS de la OMS indican tratamiento doble para la gonorrea.		
<i>N. gonorrhoeae</i> <sup>a</sup>	<b>250 mg de ceftriaxona</b> , por vía intramuscular, dosis única más <b>1 gramo de azitromicina</b> , por vía oral, dosis única	<b>400 mg de cefixima</b> , por vía oral, dosis única más <b>1 gramo de azitromicina</b> , por vía oral, dosis única
<i>C. trachomatis</i>	<b>100 mg de doxiciclina</b> , por vía oral, dos veces al día durante 14 días	<b>500 mg de eritromicina</b> , cuatro veces al día durante 14 días (solamente debe administrarse si el tratamiento para gonorrea no incluyó azitromicina)
En aquellos entornos en los que los datos sobre resistencia antibiótica confirmen con fiabilidad la susceptibilidad de <i>N. gonorrhoeae</i> al antibiótico, se puede administrar en monoterapia.		
<i>N. gonorrhoeae</i> <sup>a</sup>	<b>250 mg de ceftriaxona</b> , por vía intramuscular, dosis única	<b>400 mg de cefixima</b> , por vía oral, dosis única
El tratamiento de anaerobios debe incluirse con cualquier de las anteriores opciones de tratamiento.		
Anaerobios	<b>400 mg o 500 mg de metronidazol</b> , por vía oral, dos veces al día durante 14 días	

<sup>a</sup> Debido al aumento de la resistencia antibiótica a la azitromicina de *N. gonorrhoeae* y una susceptibilidad reducida a las cefalosporinas, la OMS está actualmente revisando las actuales recomendaciones y esquemas posológicos de los tratamientos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021.  
Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Opciones de tratamiento recomendadas para enfermedad con úlceras genitales

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de dosis múltiples para la infección por virus del herpes simple más</li> <li>• Tratamiento con dosis única de penicilina de acción prolongada</li> </ul>			
Infecciones abarcadas	Opciones de primera línea	Sustitutos eficaces	Para personas embarazadas y en periodo de amamantamiento y jóvenes menores de 16 años
Herpes genitales	<p><b><u>Infección primaria</u></b> 400 mg de aciclovir, por vía oral, 3 veces al día durante 10 días</p> <p>o</p> <p>200 mg de aciclovir, por vía oral, 5 veces al día durante 10 días</p>	<p><b><u>Infección primaria</u></b> 500 mg de valaciclovir, dos veces al día durante 10 días</p> <p>o</p> <p>250 mg de famciclovir, por vía oral, 3 veces al día durante 10 días</p>	<p><b><u>Infección primaria</u></b> Usar aciclovir solamente cuando los beneficios superen los riesgos. Cuando no haya embarazo, el esquema posológico es igual que para la infección primaria.</p>
	<p><b><u>Infección recurrente, tratamiento episódico</u></b> 400 mg de aciclovir, por vía oral, 3 veces al día durante 5 días</p> <p>o</p> <p>800 mg de aciclovir, por vía oral, dos veces al día durante 5 días</p> <p>o</p> <p>800 mg de aciclovir, 3 veces al día durante 2 días</p>	<p><b><u>Infección recurrente, tratamiento episódico</u></b> 500 mg de valaciclovir, dos veces al día durante 5 días</p> <p>o</p> <p>250 mg de famciclovir, por vía oral, dos veces al día durante 5</p>	<p><b><u>Infección recurrente, tratamiento episódico</u></b> 400 mg de aciclovir, por vía oral, 3 veces al día durante 5 días</p> <p>o</p> <p>800 mg de aciclovir, por vía oral, dos veces al día durante 5 días</p> <p>o</p> <p>800 mg de aciclovir, 3 veces al día, durante 2 días</p>
	<p><b><u>Tratamiento inhibidor para herpes recurrente<sup>a</sup></u></b> 400 mg de aciclovir, por vía oral, dos veces al día</p> <p>o</p> <p>500 mg de valaciclovir, una vez al día</p>	<p><b><u>Tratamiento inhibidor para recaídas<sup>a</sup></u></b> 250 mg de famciclovir, por vía oral, dos veces al día</p>	<p><b><u>Tratamiento inhibidor para herpes recurrente<sup>a</sup></u></b> 400 mg de aciclovir, por vía oral, dos veces al día</p> <p>o</p> <p>500 mg de valaciclovir, una vez al día</p>
Sífilis (precoz) (tratamiento para sífilis primaria, secundaria y latente precoz [menos de dos años desde la infección])	<p><b>Penicilina benzatina 2,4 millones de unidades</b>, por vía intramuscular en una dosis única</p>	<p>100 mg de doxiciclina, por vía oral, dos veces al día durante 14 días</p> <p>o</p> <p>500 mg de eritromicina, 4 veces al día durante 14 días</p>	<p><b>Penicilina benzatina 2,4 millones de unidades</b>, por vía intramuscular en una dosis única</p> <p>o</p> <p>500 mg de eritromicina, por vía oral, 4 veces al día durante 14 días<sup>b</sup></p>

<b>Sífilis (tardía)</b> (tratamiento para sífilis terciaria y latente tardía)	<b>Penicilina benzatina</b> <b>2,4 millones de unidades</b> mediante inyección intramuscular, una vez a la semana durante 3 semanas consecutivas	<b>Penicilina procaínica</b> <b>1,2 millones de unidades</b> mediante inyección intramuscular, una vez al día durante 20 días consecutivos <b>o</b> <b>100 mg de doxiciclina,</b> por vía oral, dos veces al día durante 30 días	<b>500 mg de eritromicina,</b> por vía oral, 4 veces al día durante 30 días <sup>b</sup>
--	---	---	--

<sup>a</sup> El tratamiento inhibitor para herpes recurrente se recomienda a personas con 4–6 o más episodios recurrentes al año, síntomas graves o episodios que causan molestias. Para las personas que viven con VIH es necesario aumentar las dosis o la duración del tratamiento (27).

<sup>b</sup> Aunque la eritromicina se utiliza para tratar a las personas embarazadas, no cruza completamente la barrera placentaria y el feto no recibe tratamiento. Por tanto el recién nacido necesita tratamiento inmediato después del parto.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Opciones de tratamiento para personas con secreción anorrectal

Esquemas posológicos recomendados para las infecciones anorreales		
Infecciones abarcadas	Opción recomendada	Sustitutos eficaces
<b><i>N. gonorrhoeae</i></b> <sup>a</sup>	<b>250 mg de ceftriaxona,</b> por vía intramuscular, dosis única más <b>1 gramo de azitromicina,</b> por vía oral, dosis única	<b>400 mg de cefixima,</b> por vía oral, dosis única más <b>1 gramo de azitromicina,</b> por vía oral, dosis única
<b><i>C. trachomatis</i></b>	<b>100 mg de doxiciclina</b> por vía oral, dos veces al día durante 7 días <b>o</b> <b>Doxiciclina durante 21 días</b> (para abarcar el linfogranuloma venéreo rectal) si se sospecha o confirma por PAAN (solamente debe administrarse si el tratamiento doble no incluyó azitromicina)	<b>500 mg de eritromicina,</b> por vía oral, 4 veces al día durante 14 días (solamente debe administrarse si el tratamiento doble no incluyó azitromicina)
<b>Sífilis</b> (si presenta úlceras)	<b>Penicilina benzatina 2,4 millones de unidades,</b> por vía intramuscular, dosis única  Personas con una prueba positiva de sífilis y sin úlceras: administrar la misma dosis a intervalos semanales para un total de tres dosis	<b>100 mg de doxiciclina,</b> por vía oral, dos veces al día durante 14 días <b>500 mg de eritromicina,</b> 4 veces al día, por vía oral, durante 14 días Ampliar el tratamiento a 30 días si la prueba serológica de sífilis es positiva

<b>Herpes genitales</b>	<b>Infección recurrente:</b> <b>400 mg de aciclovir</b> , por vía oral, 3 veces al día durante 5 días o <b>800 mg de aciclovir</b> , por vía oral, 3 veces al día durante 2 días o <b>800 mg de aciclovir</b> , por vía oral, 2 veces al día durante 5 días	<b>Infección recurrente:</b> <b>500 mg de valaciclovir</b> , dos veces al día durante 3 días
	<b>Herpes genitales primarios:</b> <b>400 mg de aciclovir</b> , por vía oral, 3 veces al día durante 10 días o <b>200 mg de aciclovir</b> , 5 veces al día, durante 10 días	<b>Herpes genitales primarios:</b> <b>500 mg de valaciclovir</b> , por vía oral, dos veces al día durante 10 días
	<u><b>Tratamiento inhibidor para herpes recurrente</b></u> <b>400 mg de aciclovir</b> , por vía oral, dos veces al día o <b>500 mg de valaciclovir</b> , una vez al día  Para ver la duración, consultar el apartado sobre enfermedad con úlceras genitales	<u><b>Tratamiento inhibidor para recaídas</b></u> <b>250 mg de famciclovir</b> , por vía oral, dos veces al día <b>(500 mg de famciclovir, dos veces al día para personas que vivan con VIH o inmunodeprimidas)</b>

a Debido al aumento de la resistencia antibiótica a la azotromicina de *N. gonorrhoeae* y una susceptibilidad reducida a las cefalosporinas, la OMS está actualmente revisando las actuales recomendaciones y esquemas posológicos de los tratamientos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Tratamiento para los condilomas genitales causados por los tipos 6 y 11 de los virus de los papilomas humanos (VPH)

Ningún tratamiento es completamente satisfactorio. El tratamiento local puede eliminar los condilomas, pero estos pueden reaparecer. Esto es algo que debe explicarse a la persona antes de comenzar el tratamiento. Tener en cuenta que el manejo de los condilomas vaginales o cervicales, los condilomas en el meato uretral y los condilomas anales debe llevarse a cabo en un centro especializado o de más alto nivel.

### Métodos químicos

a. Podofilina al 25 por ciento en tintura compuesta con benzoína, que *el personal de servicios de salud* debe aplicar cuidadosamente sobre los condilomas, evitando el tejido sano. Se debe indicar a la persona lavar la podofilina después de pasadas entre 4 y 6 horas. El tratamiento se repite una vez a la semana. Si los condilomas persisten después de 6–8 aplicaciones, referir a la persona a un centro de salud de nivel superior.

b. Una solución/gel de podofilotoxina al 0,5 por ciento, que *la persona* puede aplicar usando un hisopo de algodón a los condilomas genitales visibles dos veces al día durante 3 días, seguidos de 4 días sin tratamiento. Este ciclo puede repetirse, según sea necesario, durante un máximo de 4 o 5 ciclos. El volumen total de podofilina/podofilotoxina debe limitarse a 0,5 ml al día y la zona total de condiloma tratada no debe ser mayor de 10 cm<sup>2</sup>.

c. Ácido tricloroacético (ATA) al 80–90 por ciento, que *el personal de servicios de salud* puede aplicar cuidadosamente sobre los condilomas, seguido de polvos de talco o bicarbonato sódico para eliminar el exceso de ácido. Repetir la aplicación a intervalos semanales. El ATA causa cauterización química inmediata. No se absorbe sistémicamente, por lo que puede usarse de forma segura durante el embarazo.

- Si los condilomas persisten después de 2 meses de tratamiento con podofilina, podofilotoxina o ATA, referir a la persona a un centro de más alto nivel para recibir otros tratamientos.

d. Crema de imiquimod al 5 por ciento, que *la persona* puede aplicar con un dedo/hisopo de algodón antes de acostarse, dejar actuar durante la noche, 3 veces al día en días alternos hasta un máximo de 16 semanas. La zona tratada debe lavarse con jabón y agua entre 6 y 10 horas después de la aplicación.

**Importante: El uso de podofilina/podofilotoxina está contraindicado durante el embarazo y el periodo de amamantamiento. No se ha determinado la seguridad del imiquimod durante el embarazo.**

**Métodos físicos** (es posible que no sean viables a nivel de atención primaria)

a. Se puede aplicar crioterapia con nitrógeno líquido, dióxido de carbono en estado sólido o una crisonda. Repetir las aplicaciones cada 1 o 2 semanas. La crioterapia no es tóxica, no necesita anestesia y, si se realiza correctamente, no deja cicatrices.

b. Electrocirugía

c. Extirpación quirúrgica

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para el Sudeste Asiático. Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. OMS; 2011. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205471>. Consultado el 31 de marzo de 2020.



## Tratamiento para el virus de la hepatitis B (VHB)

### Hepatitis B aguda:

- No hay ningún tratamiento específico, pero la atención puede ayudar a mantener el confort y un equilibrio nutricional adecuado, incluida la reposición de líquidos perdidos por vómitos y diarrea.
- Evitar medicamentos innecesarios. No se debe administrar acetaminofeno/paracetamol ni antieméticos [1].

### Hepatitis B crónica (persistencia del antígeno de superficie de la hepatitis B [HBsAg] durante 6 o más meses):

- Solamente una proporción (entre el 10 y el 40 por ciento según el entorno y los criterios de elegibilidad) de las personas con infección de hepatitis B necesitará tratamiento. Casi todas las personas que comienzan tratamiento para hepatitis B crónica deben continuarlo durante toda la vida (la cura/desaparición del HBsAg es poco habitual). El tratamiento inhibe el virus y puede ralentizar la progresión de la cirrosis, reducir la incidencia del cáncer de hígado y mejorar la supervivencia a largo plazo. Para más información sobre qué personas con hepatitis B crónica deben recibir o no tratamiento, cómo supervisar dicho tratamiento y cuándo interrumpirlo, consultar las directrices completas de la OMS [2].
- En países de renta alta, la cirugía y la quimioterapia pueden prolongar la vida durante unos pocos años. El trasplante de hígado se utiliza a veces para personas con cirrosis en los países de renta alta, con éxito variable.

### Tratamientos antivirales de primera línea para la hepatitis B crónica

- Se recomienda el uso de análogos de los nucleósidos/nucleótidos (AN) que poseen una alta barrera a la resistencia farmacológica (tenofovir o entecavir) con todas las personas adultas, adolescentes y niñas de más de 12 años para las que esté indicado un tratamiento antiviral. El entecavir está recomendado para niñas de 2 a 11 años de edad.
- Los AN con baja barrera de resistencia (lamivudina, adefovir o telbivudina) pueden generar resistencia farmacológica y no están recomendados.

Para personas con infección simultánea de VHB y VIH (personas adultas/adolescentes/infancias), comprobar el esquema posológico antirretroviral recomendado.

### Tratamientos antivirales de segunda línea para el manejo del fracaso terapéutico

- En personas con resistencia antiviral presunta o confirmada (es decir, antecedentes de anterior exposición o ausencia de respuesta primaria) a lamivudina, entecavir, adefovir o telbivudina, se recomienda el cambio a tenofovir.

### Prevención de la transmisión del VHB perinatal usando tratamientos antivirales

- En personas embarazadas mono infectadas con VHB, las indicaciones del tratamiento son las mismas que para las demás personas adultas, y se recomienda tenofovir. No se ha realizado ninguna recomendación sobre el uso sistemático de un tratamiento antiviral para evitar la transmisión perinatal del VHB.

Para personas embarazadas o en periodo de amamantamiento que estén infectadas por VIH, comprobar el esquema posológico antirretroviral recomendado.

#### Referencias

[1] Organización Mundial de la Salud. Hepatitis B. Datos y cifras. Junio de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. Consultado el 20 de junio de 2022.

[2] Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549059>. Consultado el 31 de marzo de 2020.



## Tratamiento para el virus de la hepatitis C (VHC)

La OMS recomienda ofrecer tratamiento a todas las personas diagnosticadas con infección por VHC de más de 12 años de edad, independientemente de la fase de la enfermedad, según se describe a continuación.

En personas adultas (de más de 18 años) con infección crónica por VHC, se pueden utilizar los siguientes tratamientos antivirales pangenotípicos de acción directa:

- Para personas adultas sin cirrosis:
  - sofosbuvir/velpatasvir 12 semanas
  - sofosbuvir/daclatasvir 12 semanas
  - glecaprevir/pibrentasvir 8 semanas
- Para personas adultas con cirrosis compensada:
  - sofosbuvir/velpatasvir 12 semanas
  - glecaprevir/pibrentasvir 12 semanas
  - sofosbuvir/daclatasvir 24 semanas
  - sofosbuvir/daclatasvir 12 semanas

Para adolescentes de entre 12 y 17 años o que pesen como mínimo 35 kg con infección crónica por VHC:

- sofosbuvir/ledipasvir durante 12 semanas en genotipos 1, 4, 5 y 6
- sofosbuvir/ribavirina durante 12 semanas en genotipo 2
- sofosbuvir/ribavirina durante 24 semanas en genotipo 3

Para personas menores de 12 años con infección crónica VHC, la OMS recomienda:

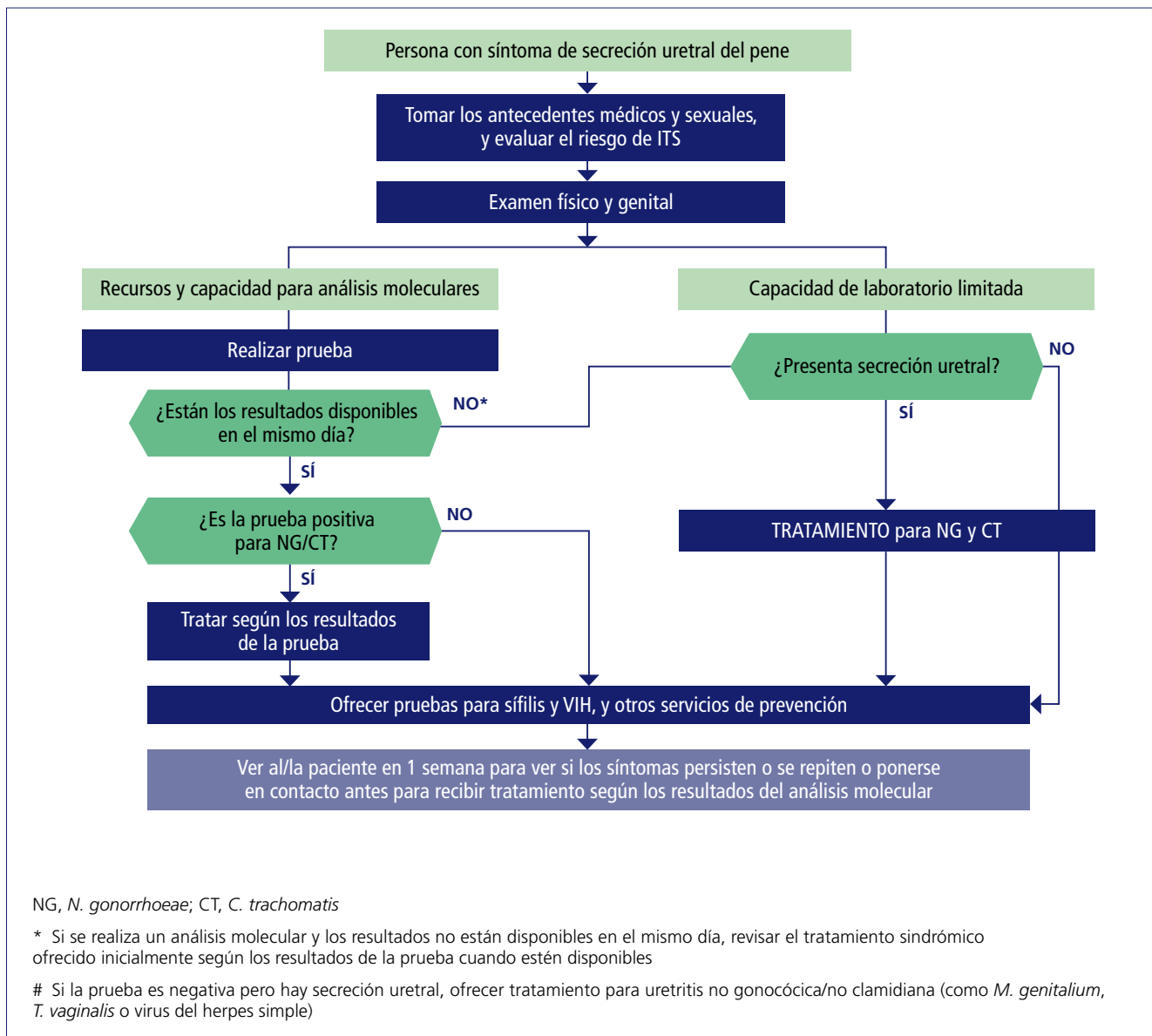
- aplazar el tratamiento hasta los 12 años (recomendación condicional, datos de muy baja calidad)
- ya no se deberían seguir utilizando tratamientos basados en el interferón

Para obtener más información sobre las consideraciones clínicas, incluidas coinfecciones, consultar las directrices originales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Ginebra: OMS; 2018. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241550345>. Consultado el 31 de marzo de 2020.

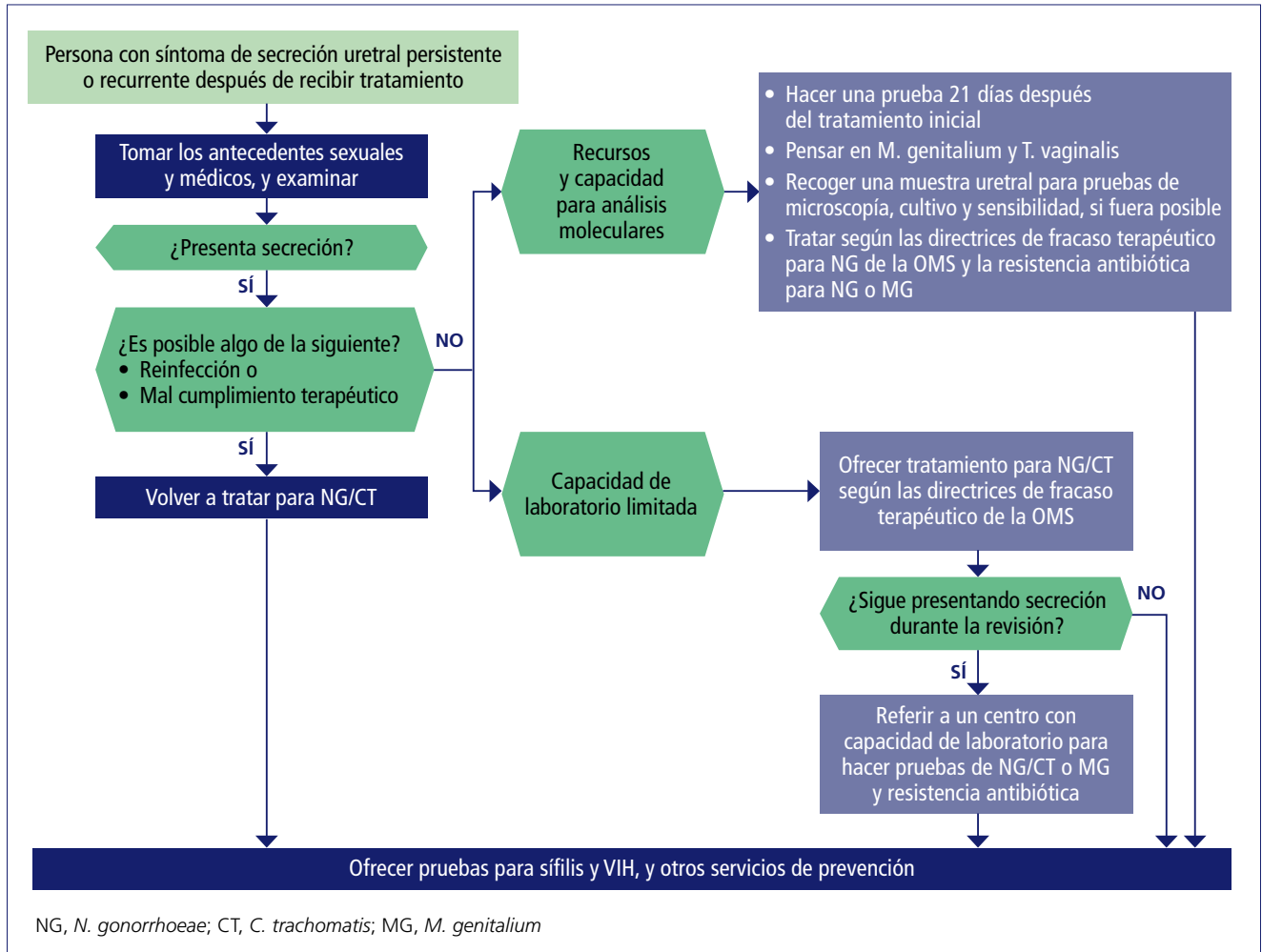
## Apéndice 3: Diagramas de manejo sintomático

Figura 1: Manejo de la secreción uretral del pene



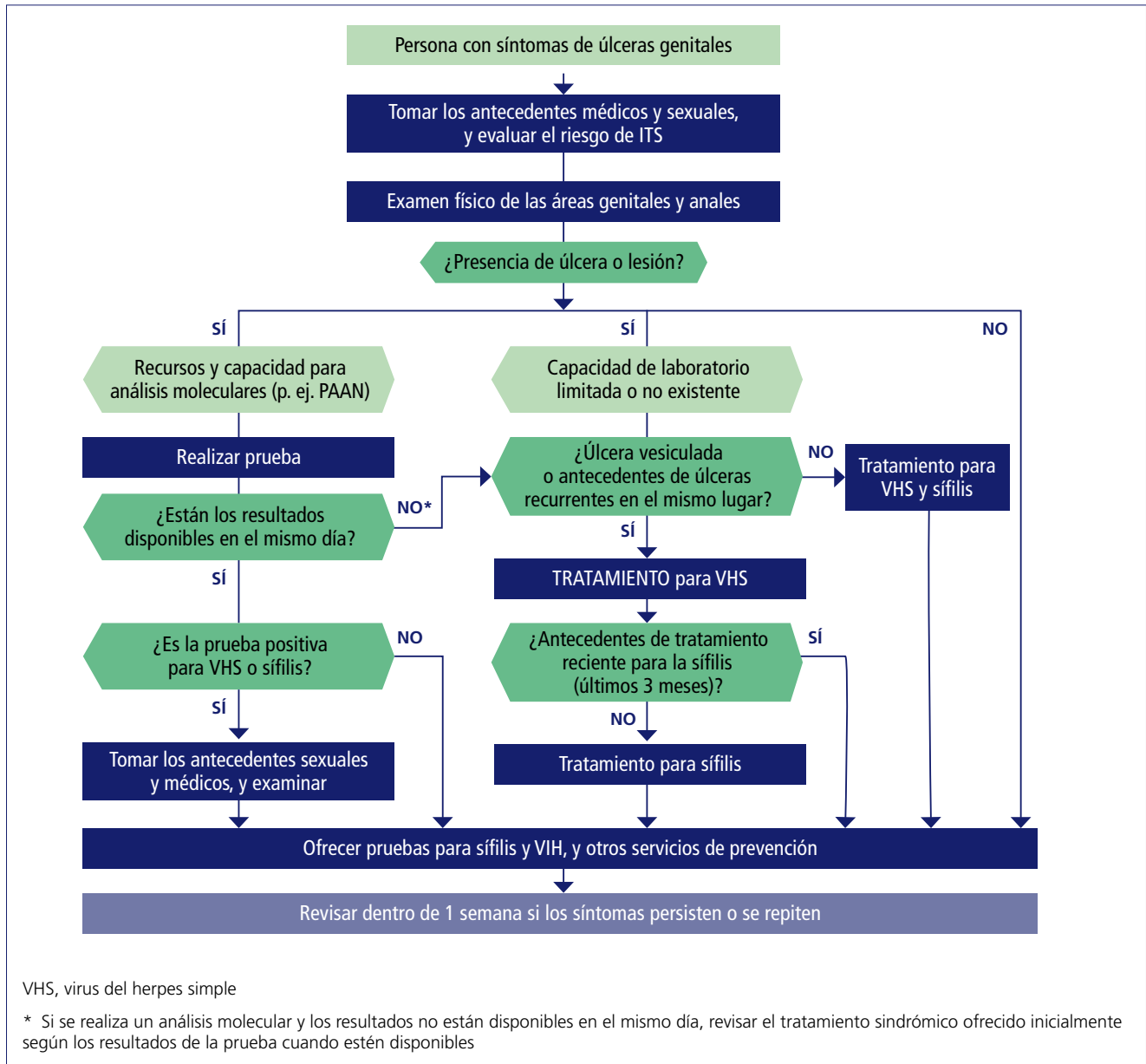
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021.  
Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Figura 2: Manejo de la secreción uretral del pene persistente o recurrente



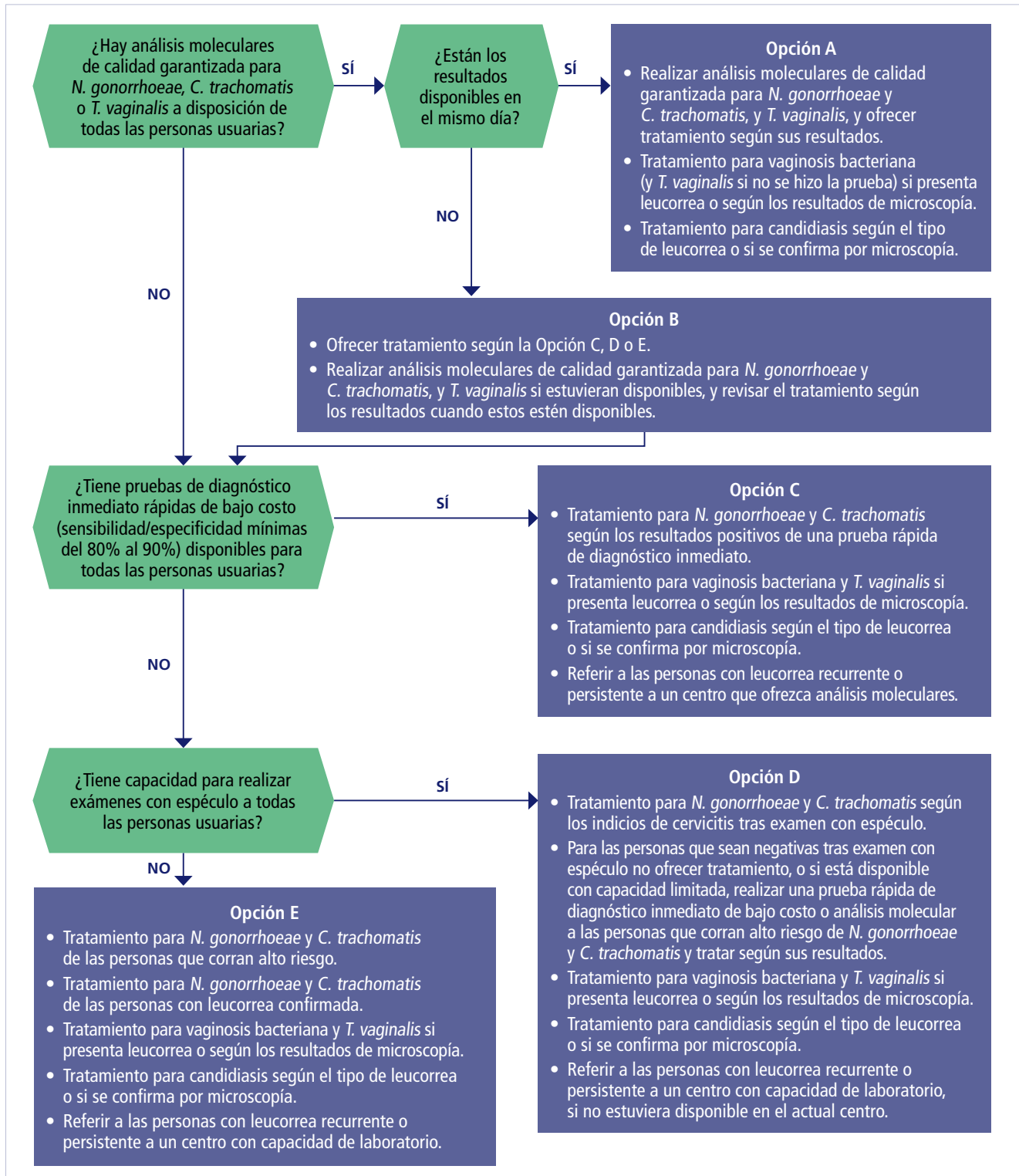
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Figura 3: Manejo de las enfermedades con úlceras genitales, incluidas las úlceras anorrectales**



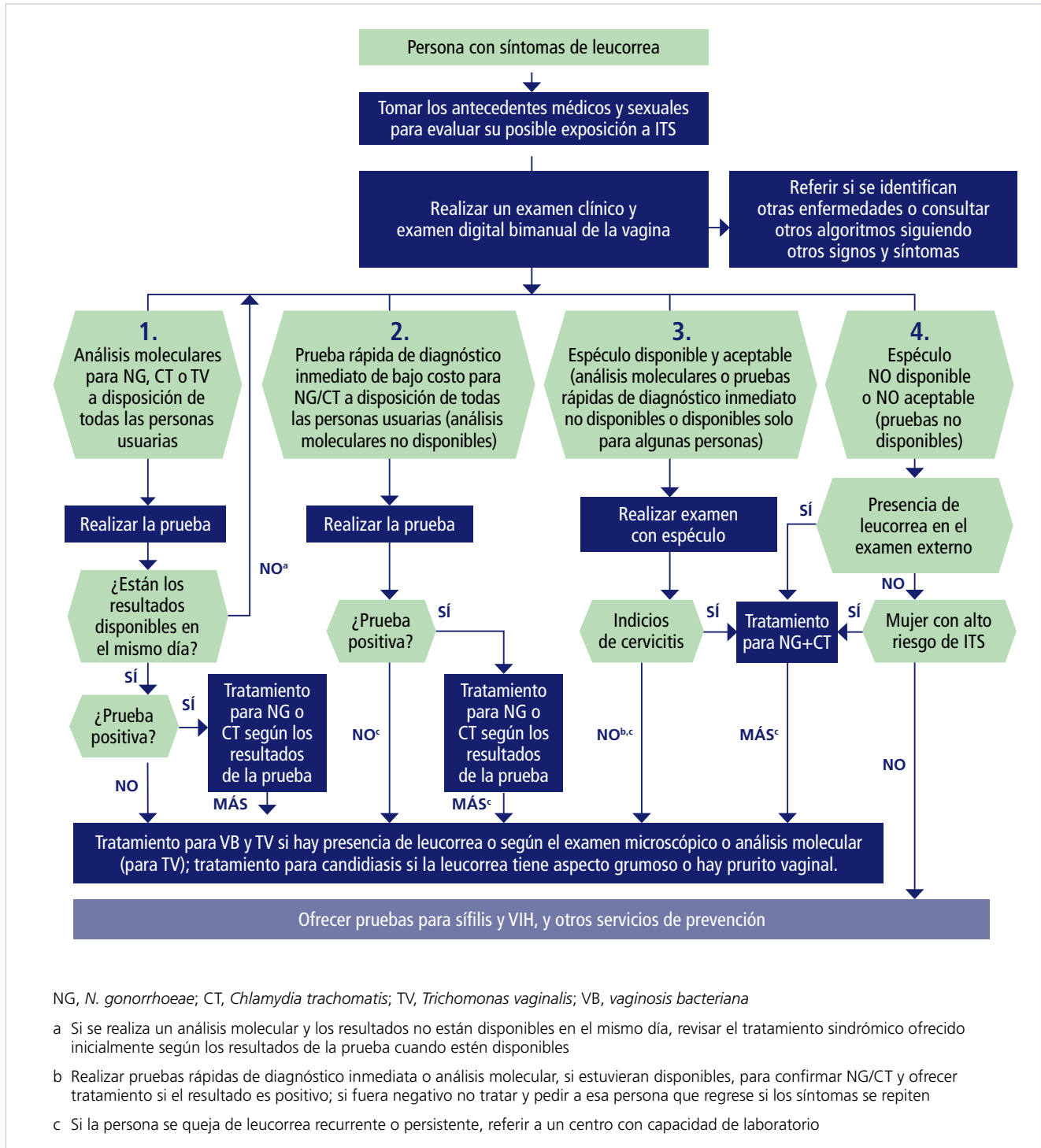
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Figura 4: Diagrama para determinar qué opciones de manejo se pueden seguir en un centro de entrega de servicios para la leucorrea**



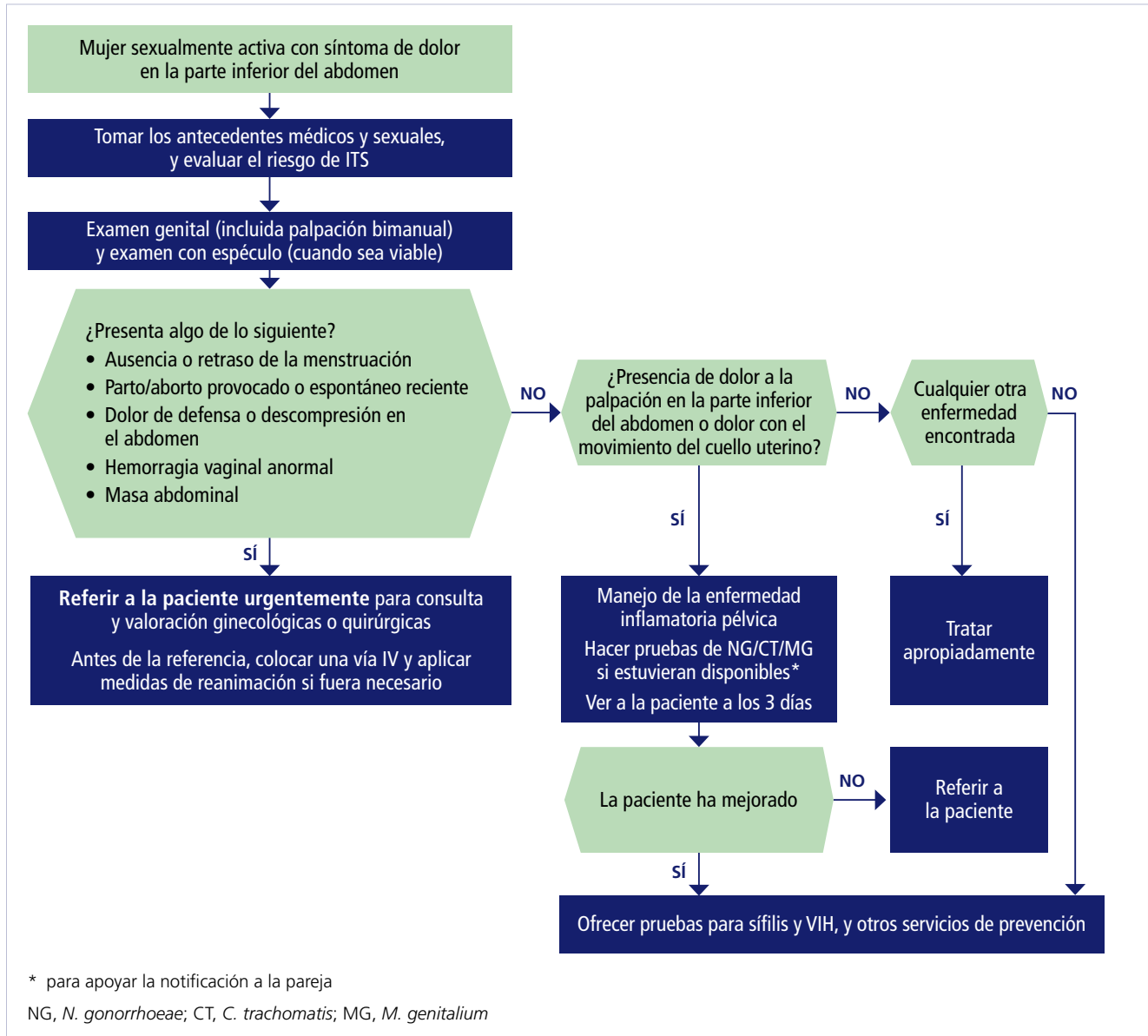
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Figura 5: Manejo de la leucorrea



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

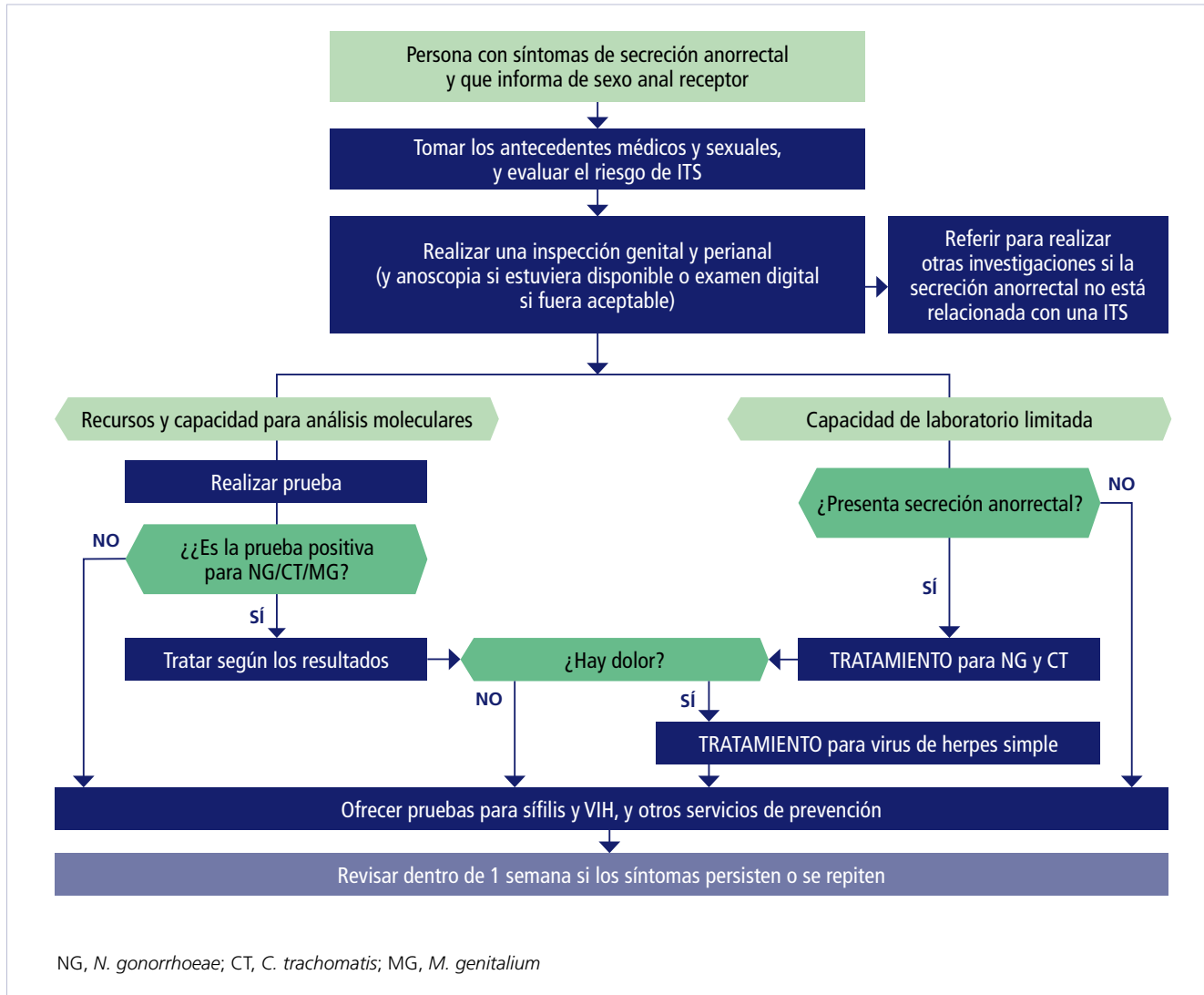
Figura 6: Manejo del dolor en la parte inferior del abdomen



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021.  
Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Figura 7: Manejo de la secreción anorrectal



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: OMS; 2021.  
Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

# Capítulo 7:

## VIH

# Índice

## Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>252</b>
1.1 Información clave	252
<b>2. Prestación de unos servicios de salud integrales para el VIH</b>	<b>252</b>
2.1 Qué necesita saber el personal	253
2.2 Qué necesita hacer el personal	254
2.3 Antecedentes, evaluación de riesgos y examen clínico	255
<b>3. Pruebas de VIH</b>	<b>256</b>
3.1 Información y consejería antes de la prueba	256
3.2 Pruebas diagnósticas de VIH	257
3.3 Intervenciones después de las pruebas	258
<b>4. Prevención del VIH</b>	<b>260</b>
4.1 Preservativos y lubricantes	261
4.2 Prevención basada en antirretrovirales	262
4.3 Circuncisión masculina médica y voluntaria para la prevención del VIH	267
4.4 Reducción de daños para las personas usuarias de drogas	269



<b>5. Tratamiento del VIH</b>	<b>270</b>
5.1 Consejería e intervenciones de apoyo para las personas diagnosticadas con infección por VIH	270
5.2 Tratamiento antirretroviral	271
5.3 Evaluación y manejo de las infecciones y enfermedades concomitantes más habituales	272
<b>6. Prevención de la transmisión por vía perinatal</b>	<b>274</b>
6.1 Consideraciones para las personas embarazadas	274
6.2 Opciones de anticonceptivos para las mujeres que corren un alto riesgo de infección por VIH o que viven con VIH	275
6.3 Servicios móviles y digitales para la salud y el autocuidado en la prevención y tratamiento del VIH	276
6.4 Consideraciones para los contextos humanitarios	277
<b>7. Referencias</b>	<b>278</b>
<b>8. Apéndices</b>	<b>281</b>
Apéndice 1: Resumen de las principales infecciones y enfermedades concomitantes entre las personas que viven con VIH	281



## 1. Introducción

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) se ha comprometido a garantizar que el abordaje del VIH forme claramente parte de una respuesta integral e integrada a los derechos y la salud sexual y reproductiva.

La consejería incluida en este capítulo se ha elaborado para consolidar la prestación de un paquete integral de servicios de salud destinados a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH. Como la consejería se centra en la prestación de servicios de salud, no tiene como objetivo abarcar todas las intervenciones que podrían resultar útiles en una respuesta integral al VIH. En el capítulo no se incluyen elementos de empoderamiento de la comunidad, abordaje del estigma y la discriminación, y otros aspectos.

### 1.1 Información clave

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo un gran problema de salud pública a nivel mundial. El virus afecta al sistema inmunitario y debilita los sistemas de defensa del organismo. Como el virus destruye y altera el funcionamiento de las células inmunitarias, las personas con VIH se vuelven gradualmente inmunodeficientes, presentando una mayor susceptibilidad a un gran número de infecciones, cánceres y otras enfermedades que las personas con sistemas inmunitarios sanos pueden combatir fácilmente.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es la fase más avanzada de la infección por VIH y puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse. El sida se caracteriza por un recuento de los leucocitos CD4 inferior a 200 leucocitos por milímetro cúbico de sangre o la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otros cuadros clínicos graves. El funcionamiento inmunitario se suele medir por el recuento de los leucocitos CD4.

El tratamiento antirretroviral (TAR) ha tenido un importante efecto positivo sobre la progresión de la enfermedad al reducir la carga viral, lo que ha aumentado la calidad y la esperanza de vida. El tratamiento para el VIH es también muy eficaz en la reducción de la transmisión del VIH, con datos claros que demuestran que las personas que viven con VIH y tienen una carga viral indetectable no pueden transmitir el virus por vía sexual, lo que se explica simplemente como «indetectable» = «no transmisible» [1,2].

### ACRÓNIMOS

<b>FDT</b>	fumarato de disoproxilo de tenofovir
<b>IPPF</b>	Federación Internacional de Planificación Familiar
<b>ITS</b>	infección de transmisión sexual
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PDR</b>	prueba de diagnóstico rápido
<b>PPE</b>	profilaxis posterior a la exposición
<b>PrEP</b>	profilaxis preexposición
<b>SIDA</b>	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>TAR</b>	tratamiento antirretroviral
<b>VHB</b>	virus de la hepatitis B
<b>VIH</b>	virus de la inmunodeficiencia humana

## 2. Prestación de unos servicios de salud integrales para el VIH

Los objetivos generales de los servicios de salud para el VIH son los siguientes:

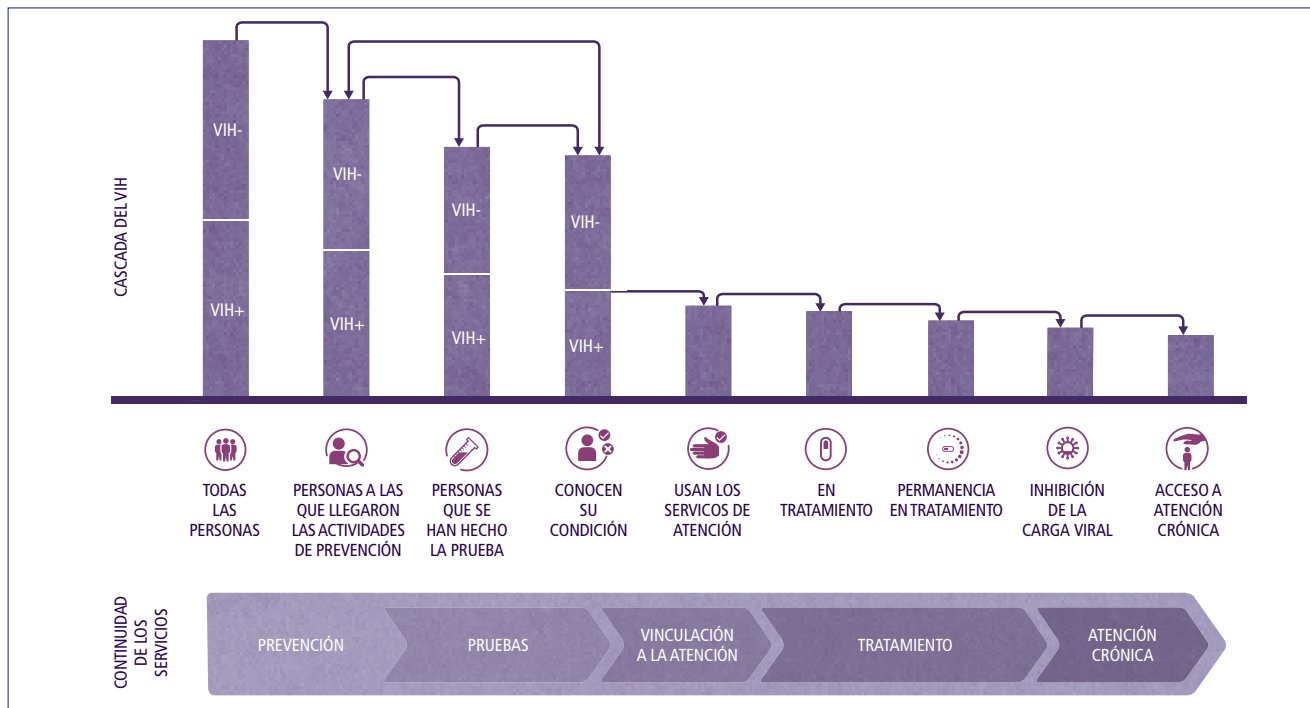
- llegar a las personas no infectadas por el VIH con intervenciones de prevención para ayudarles a seguir sin el virus en el futuro; y
- diagnosticar a las personas que viven con VIH, vincularlas al tratamiento y la atención y que sigan el tratamiento a fin de lograr una supresión viral sostenida y mejorar la salud individual, además de prevenir la transmisión posterior del virus.

Para lograr estos objetivos, la prestación de servicios de salud para el VIH, que incluye prevención, pruebas, tratamiento y atención, debe ofrecerse de forma óptima como parte de un enfoque integral que tenga en cuenta el riesgo de transmisión en la población local o las zonas geográficas.

El personal proveedor y de gerencia de servicios de salud es responsable de revisar y definir los paquetes de atención con el fin de garantizar que estén actualizados y en consonancia con los cambios de la población local, y las directrices y reglamentos nacionales. Los paquetes deben revisarse periódicamente con los interesados clave en lo que respecta a su eficacia, costo, rentabilidad, aceptabilidad, viabilidad, relevancia, demanda y sus



FIGURA 1: Continuidad de los servicios para el VIH y cascada de retención



Fuente: Reproducido/traducido con permiso de la OMS [3]: Global health sector strategy on HIV: 2016–2021. Ginebra: OMS; 2016.

aspectos éticos. En la *figura 1* se muestra cómo se deben prestar servicios de salud de forma continua a través de la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención.

**Prevención:** La prevención del VIH forma parte esencial de un paquete integral de servicios de salud para el VIH. Un enfoque de prevención combinado incluye una variedad de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales, incluidas labores para abordar las barreras de las políticas y los derechos humanos. La prevención primaria sigue siendo algo crítico para la respuesta ante el VIH e incluye la promoción y el uso de preservativos y lubricantes compatibles, prevención basada en antirretrovirales (profilaxis previa y posterior a la exposición, PrEP y PEP respectivamente), circuncisión masculina médica y voluntaria (en los contextos donde sea aplicable), y la reducción de daños a las personas usuarias de drogas. Otras intervenciones incluyen consejería para reducción de riesgos, detección de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), y detección de violencia sexual y basada en el género.

**Pruebas:** Las pruebas del VIH son el primer paso básico para que las personas sepan su condición de VIH, un punto de entrada crítico para la prevención, el tratamiento y la atención, y una parte fundamental de un servicio integral de salud sexual y reproductiva.

**Tratamiento y atención:** Tras un diagnóstico de VIH, es necesario un paquete de tratamiento y atención para todas las personas que viven con VIH, incluido el acceso rápido al TAR, para evitar la progresión de la enfermedad individual y la transmisión posterior del VIH. Puesto que cada vez más personas continúan con el tratamiento del VIH, prevenir y manejar las enfermedades concomitantes, así como proporcionar atención crónica son servicios de salud importantes. Esto incluye satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas con VIH [4].

## 2.1 Qué necesita saber el personal

El personal debe estar informado de los últimos protocolos clínicos nacionales con base empírica y las innovaciones en la prevención, las pruebas y los tratamientos.

Mantener la competencia a la hora de dar consejería sobre las pruebas del VIH, la evaluación de los riesgos y la obtención de consentimiento es algo básico, así como las aptitudes clínicas generales necesarias para valorar la salud física y psicológica de la persona.

La atención del VIH forma parte de los servicios de salud sexual y reproductiva y debe integrarse a la atención para las ITS (consultar el *capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual*) y otros servicios de salud sexual y reproductiva incluidos en las presentes directrices.



Para ofrecer una atención integral, el personal debe:

- Saber cómo asesorar, diagnosticar y tratar las ITS.
- Cumplir los protocolos locales de diagnóstico, tratamiento de las personas que viven con VIH, notificación a las parejas y a las autoridades.
- Conocer la prevalencia e incidencia del VIH en su localidad, lo que junto a la valoración de cada persona dará como resultado una evaluación del riesgo.
- Asegurar el acceso a pruebas diagnósticas de VIH rápidas/inmediatas de calidad garantizada, con resultados en el mismo día; diagnósticos para infecciones relacionadas, incluida la hepatitis B y la sífilis; y medicamentos apropiados de calidad para PEP y PrEP, así como antibióticos.
- Pasar hacia un modelo de «detectar y tratar», acceso inmediato al tratamiento para las personas diagnosticadas con infección por VIH ofreciendo TAR o facilitando referencias a proveedores de tratamiento para el VIH.
- Saber a dónde referir y tener acceso a una variedad de métodos anticonceptivos y de barrera para la prevención del VIH, además de información por escrito sobre el VIH y servicios de salud relacionados.
- Conocer los signos de violencia sexual y basada en el género y qué medidas se deben tomar, incluyendo mecanismos de referencia.
- Identificar si la persona tiene necesidades de salud mental y evaluar si se requiere ayuda adicional en cualquier etapa de la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención.

## 2.2 Qué necesita hacer el personal

- Establecer el motivo principal por el que una persona acude a una consulta de servicios de salud para VIH. Ofrecer información antes de hacer una prueba de detección del VIH y de ofrecer la prueba a todas las personas que desconozcan su condición de VIH o que anteriormente hayan tenido un resultado negativo.
- El personal necesita determinar cuáles son los asuntos claves para esa persona concreta. Es posible que las personas que viven con VIH tengan nuevas inquietudes, quejas específicas o quieran plantear más preguntas.
- Se debe ofrecer a todas las personas información sobre la importancia de conocer su condición de VIH y cómo prevenir la infección por VIH o su transmisión para que puedan tomar decisiones bien fundamentadas sobre su salud sexual.
- Entre algunos consejos generales para las personas proveedoras durante sus consultas figuran los siguientes (consultar el [capítulo 3: Consejería](#)):
  - Mostrar interés, empatía y no distraerse ni emitir juicios a la vez que se trata de establecer una buena relación con la persona en un entorno que ofrezca privacidad visual y auditiva.
  - Ofrecer información de una manera clara, fácil de entender, accesible y apropiada para cada persona.
  - Garantizar que la consulta y todos los resultados sean confidenciales y no se divulguen a nadie más sin su consentimiento.
  - Hacer hincapié en que las preguntas planteadas tienen como objetivo garantizar que esa persona reciba un diagnóstico preciso y la mejor atención.
  - Animar a la persona a que se haga pruebas para otras ITS, si están disponibles, como parte de una atención integral.

Ser consciente de que los diversos grupos tienen necesidades distintas para ofrecerles una atención individualizada a su medida. Se debe llegar a las poblaciones que corran un riesgo más alto de adquisición de VIH y asesorar sobre los beneficios de la prevención, las pruebas y los tratamientos para el VIH, entre las que se incluyen:

- Poblaciones claves con un mayor riesgo de VIH independientemente del tipo epidémico o del contexto local, que pueden tener acceso limitado a los servicios de salud debido a problemas legales y sociales relacionados con sus comportamientos o identidades, entre las que figuran hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, personas usuarias de drogas inyectables, personas trabajadoras sexuales y sus clientes, personas privadas de su libertad y personas transgénero [5].
- Otros grupos marginalizados y con servicios insuficientes como las personas jóvenes, adultas mayores, con discapacidad, desplazadas, sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género y las que tienen barreras para acceder a los servicios de salud.
- Para las personas embarazadas, la consulta prenatal es una oportunidad clave para hablar del VIH y sus posibles consecuencias sobre el feto. Se deben ofrecer pruebas de detección para el VIH y la sífilis.
- Las personas en relaciones sexuales serodiscordantes, donde el riesgo de transmisión a la pareja que no está infectada por el VIH aumenta al no utilizarse métodos preventivos o si la pareja con VIH no presenta inhibición viral [6].



La asistencia para recibir servicios de salud para el VIH también ofrece una oportunidad de hablar sobre las pruebas de detección, la prevención y el tratamiento de ITS, y otros servicios de salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos y la detección del cáncer de cuello uterino. El personal debe asegurarse de aprovechar las oportunidades para hablar sobre las pruebas del VIH cuando las personas acudan para recibir otros servicios de salud reproductiva, como atención del aborto segura y anticonceptivos.

## 2.3 Antecedentes, evaluación de riesgos y examen clínico

Es esencial comenzar la evaluación de una persona preguntando sobre su estado general de salud (como se indica en el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#)). Además de esto, también se necesitan sus antecedentes sexuales y una exhaustiva evaluación de riesgos. Consultar el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#) para ver información detallada sobre cómo tomar los antecedentes sexuales.

### 2.3.1 Evaluación de riesgos

A la persona que desconozca su condición de VIH, el personal debe aconsejarle hacerse pruebas ([apartado 3.1](#)) y determinar si esa persona corre un alto riesgo de adquirir VIH para ayudar a personalizar su atención preventiva (consultar el [apartado 4](#)). Las preguntas deben abordar los factores de riesgo individual de cada persona:

- Sexo vaginal o anal receptor sin utilizar preservativos.
- Relación(es) sexual(es) serodiscordante(s) para la pareja que no tiene infección por VIH.
- Lesión percutánea por pinchazo de aguja para personas usuarias que son personal de servicios de salud.
- Transmisión por vía perinatal para personas embarazadas con una alta carga viral materna.
- Usar instrumentos sin esterilizar para inyectar drogas o compartir esos instrumentos o agujas.

Utilizar los datos epidemiológicos locales para identificar áreas geográficas o factores adicionales de riesgo que podrían aumentar el riesgo de una persona.

A la persona cuya última prueba de VIH haya sido negativa se le debe realizar otra evaluación de riesgo, que incluya si han tenido alguna pareja sexual adicional desde la última

prueba. Recomendar otra prueba si existen riesgos y hablar sobre las opciones de prevención (consultar el [apartado 4](#)).

A las personas que viven con VIH, el personal debe hablarles sobre prevención secundaria ([apartado 4](#)). Para personas embarazadas o no embarazadas que viven con VIH, consultar el [apartado 6](#) para obtener orientación. Esto también puede ser una oportunidad para hablar sobre la notificación a la pareja si no se hubiese mencionado antes (consultar el [apartado 3.3.3](#)).

La persona puede presentar otros síntomas que hagan sospechar progresión de la enfermedad por VIH, y las personas proveedoras deberían hacer una evaluación clínica y referir cuanto antes si fuera necesario. Entre los síntomas figuran los siguientes:

- fiebres o sudoración nocturna
- pérdida repentina de peso
- síntomas o diagnósticos recurrentes como candidiasis, úlceras bucales, diarrea
- cambios cutáneos o erupciones

### 2.3.2 Examen clínico de las personas en el contexto del VIH

El examen clínico no forma parte de la evaluación de rutina de las personas usuarias que acuden buscando servicios de salud relacionados con el VIH. No obstante, se puede ofrecer a las personas que viven con VIH o aquellas que hayan solicitado hacerse la prueba y corran alto riesgo de infectarse, las que hayan notificado síntomas o estén en una zona de alta prevalencia. Entre los resultados sospechosos se incluyen los siguientes:

- apariencia general de un índice de masa corporal bajo o emaciación
- todo el cuerpo: erupciones, sarcoma de Kaposi, linfadenopatía
- boca: úlceras orales, candidiasis o leucoplasia vellosa oral
- tórax: signos de infección a la auscultación, presencia de ganglios linfáticos supraclaviculares o axilares
- presencia de ITS o candidiasis vaginal recurrente (consultar el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#))

Los signos y síntomas de infección aguda por VIH tras una posible exposición reciente al VIH incluyen un cuadro clínico similar al de la gripe. Se puede preguntar a la persona:

- «Durante la última semana, ¿has tenido un resfriado o gripe con dolor de garganta, fiebre, sudoración, ganglios inflamados, úlceras bucales, dolor de cabeza o erupciones en la piel?».



Las aptitudes necesarias para una hacer examen general o examen bimanual y con espéculo se explican en el (*capítulo 8: Ginecología y otros servicios de salud reproductiva*).

## 3. Pruebas de VIH

Las pruebas de VIH deben ser voluntarias, hacerse sin ningún tipo de coerción y siguiendo los principios de las «5 Ces»: Consentimiento, Confidencialidad, Consejo, Correctos resultados y Conexión o vinculación con los servicios de prevención, atención y tratamiento. [7]

Las pruebas de VIH son un punto de entrada clave para ofrecer un servicio de salud integral para el VIH. Se debe ofrecer una prueba de VIH a todo el mundo que desconozca su condición de VIH, si hay embarazo o se corre un riesgo constante de infectarse por VIH (según se indica en el *apartado 2.2*).

Referir a personas usuarias con resultado positivo de VIH para que reciban más servicios de salud y a quienes tengan resultado negativo ofrecerles atención preventiva adicional y asesorarlas para que vuelvan a hacerse la prueba, especialmente quienes corran un mayor riesgo de infectarse por VIH.

Las pruebas pueden ser *iniciadas por la persona* (la persona pide hacerse la prueba), o *iniciadas por el personal* (la persona acude por otros servicios de salud sexual y reproductiva y el personal recomienda que se hagan una prueba de VIH).

El personal de servicios de salud debe mantener la confidencialidad, lo que significa que todo lo que se hable entre la persona proveedora y la persona usuaria no se divulgará a nadie más sin el consentimiento expreso de la persona a la que se realiza la prueba. La confidencialidad se aplica no solo a los resultados de la prueba de VIH, sino también a toda la información personal (p. ej. conductas sexuales, consumo de drogas).

Es crucial evitar prácticas que podrían revelar involuntariamente a otras personas los resultados de la prueba de una persona o su condición de VIH en la sala de espera o en el centro de salud (p. ej. dar consejería a todas las personas con un resultado de VIH positivo en una sala especial o con una persona proveedora en concreto). La ausencia de confidencialidad disuade a las personas de hacerse las pruebas de VIH y de utilizar otros servicios de salud sexual y reproductiva [7,8].

### 3.1 Información y consejería antes de la prueba

Anteriormente la consejería sobre VIH se ofrecía tanto antes como después de las pruebas de VIH. Sin embargo, con la disponibilidad de las pruebas diagnósticas rápidas (PDR) de VIH, casi todo el mundo puede recibir los resultados de su prueba de VIH durante la misma visita. Por tanto, ya no se recomienda una consejería intensiva antes de la prueba, ya que esto puede crear obstáculos a la prestación de los servicios de salud, sin embargo, puede hacerse cuando sea necesario.

Aunque suele ofrecerse en un entorno individualizado, la información antes de la prueba puede proporcionarse en un entorno de grupo; sin embargo, todas las personas deben tener la oportunidad de hacer preguntas en un entorno privado [7]. Esto puede ser también una oportunidad para hacer pruebas de detección de tuberculosos y otras ITS, incluidas las hepatitis virales.

#### 3.1.1 Qué necesita saber la persona sobre las pruebas de VIH

Ofrecer o recomendar las pruebas de VIH a una persona o un grupo de personas incluye facilitar una información clara y precisa sobre lo siguiente:

- los beneficios de las pruebas de VIH;
- el significado de un diagnóstico positivo y negativo de VIH;
- los servicios de salud disponibles en caso de un diagnóstico de VIH positivo, que incluya donde se ofrece TAR;
- una breve descripción de los métodos de prevención y alicientes para que las parejas se hagan la prueba;
- que el resultado de la prueba y cualquier información que haya facilitado esa persona es confidencial y no se divulgará a ninguna pareja sexual ni familiares sin su consentimiento;
- que las pruebas de VIH son voluntarias, incluso después de la consejería y la información antes de la prueba, la persona puede negarse a hacerse la prueba, y que rechazar la prueba no afectará a su acceso a ningún servicio de salud;
- los posibles riesgos de las pruebas para la persona en entornos en los que haya repercusiones legales para las personas con resultado positivo o para aquellas cuya conducta sexual o de otro tipo esté marcada por el estigma;
- la oportunidad de hacer preguntas al proveedor.





Entre la información adicional figura la siguiente:

- Conocer la condición de VIH es un primer paso hacia la prevención del VIH. En caso de un resultado positivo, la persona puede iniciar TAR, que inhibe la carga viral y ayuda a la persona a mantenerse sana y eliminar la transmisión del VIH (cuando la carga viral sea indetectable).
- Se debe informar a las personas embarazadas de los beneficios para el feto de conocer su condición. Si se vive con VIH, hay estrategias demostradas que evitarán la transmisión al bebé.
- El resultado de la prueba podría ser no concluyente, en cuyo caso el personal necesita hablar de cuándo se volverá a repetir la prueba. Según la posible exposición al riesgo, el personal puede recomendar volver a hacerse la prueba inmediatamente o dentro de 1, 3, 6 ó 12 meses.
- Si se utiliza una PDR, dar información sobre la muestra necesaria (gota de sangre o saliva) y el tiempo que se necesita.
- La persona también debe ser consciente de que podrían seguir corriendo riesgo de contraer otra ITS.
- Posibilidad de resultados incorrectos (falsos negativos) si una persona que ya está tomando TAR se hace la prueba.

## 3.2 Pruebas diagnósticas de VIH

Después de la anamnesis, la evaluación de riesgos, la consejería y el consentimiento informado, se puede ofrecer una prueba de VIH a aquellas personas que no estén infectadas por VIH o desconozcan su condición.

Aunque suele realizarse de forma individualizada en una clínica, otros enfoques para la prestación de servicios de salud para el VIH podrían incluir lo siguiente:

- Pruebas en pareja:
  - Hacerse la prueba en pareja puede servir para que se ofrezcan apoyo mutuo y ser más transparentes, se pueden tomar decisiones conjuntas sobre las estrategias de prevención del VIH y el cumplimiento del TAR.
  - Las pruebas de VIH en parejas deben ofrecerse a todo el mundo, independientemente de cómo definan sus relaciones.
  - La prestación de consejería y pruebas en pareja solamente debe ofrecerse cuando exista un riesgo muy bajo de acciones violentas y peligro para alguna de las partes [9].

- Pruebas en la comunidad, incluidas clínicas móviles y pruebas en el lugar de trabajo.
- Autodiagnóstico o pruebas en casa.

Es posible que haya falsos positivos si los kits de prueba son de mala calidad. Las personas proveedoras solamente deben utilizar kits de prueba de calidad garantizada, que se almacenen en un lugar donde la temperatura ambiente no exceda la temperatura de almacenamiento recomendada por el fabricante. A fin de asegurar que los resultados de las pruebas sean precisos y evitar errores diagnósticos, es de vital importancia que las personas proveedoras utilicen servicios de pruebas que sigan unos algoritmos de comprobación validados y las estrategias para pruebas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (consultar la *figura 2* en la página siguiente).

Una estrategia habitual para las pruebas es ofrecer un cribado inicial usando una PDR y, si esta fuera positiva, referir a otro servicio para hacer pruebas de confirmación y vincular al tratamiento. Una muestra de sangre puede enviarse a un laboratorio como primera línea, pero esto tiene la desventaja de retrasar los resultados, por lo que se corre el riesgo de perder personas usuarias en el seguimiento y posiblemente sea un sistema más caro. Los algoritmos nacionales también pueden exigir pruebas de confirmación.

*Ejemplo:*

Personas con un resultado positivo (o «reactivo»):

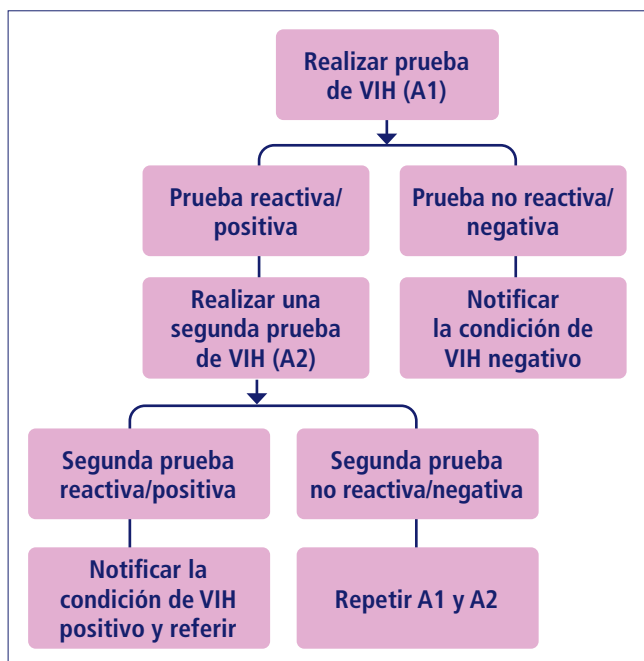
- Deben volver a hacerse la prueba inmediatamente usando otra PDR o inmunoensayo enzimático antes de su referencia, o deben ser referidas directamente a otro servicio para confirmar el resultado.
- Si se confirma como positivo, se las debe referir o se debe llevar a cabo la siguiente línea de intervenciones: consejería, prueba de CD4, carga viral si estuviera disponible, TAR, apoyo para notificar y tratar de la pareja.

Personas con un resultado negativo (o «no reactivo»):

- Se les debe recomendar y ofrecer volver a hacerse la prueba según la situación de cada persona y su evaluación de riesgo a los 3, 6 o 12 meses (también se les puede ofrecer hacerlo antes según los antecedentes de exposición).
- Si estuviera indicado, se les debe informar de los síntomas de la seroconversión (enfermedad parecida a la gripe).
- Se les debe ofrecer información adicional sobre la prevención del VIH y otras ITS y materiales de consejería para reducir los riesgos.



**FIGURA 2:** Algoritmo de la prueba de VIH para entornos con alta prevalencia (prevalencia de >5 por ciento en la población)



Fuente: Adaptado de OMS [10].

### Pruebas de diagnóstico rápido (PDR)

Las pruebas de VIH usando PDR pueden ser realizadas por distintos proveedores, incluidos trabajadores en la comunidad y educadores inter pares calificados. Estas pruebas se realizan al mismo tiempo que la consejería de la persona para evitar pérdidas durante el seguimiento. La persona con pruebas reactivas debe realizar otras pruebas de confirmación (según los algoritmos nacionales de pruebas). A las personas que se confirmen como VIH positivas se les puede ofrecer iniciar el tratamiento inmediatamente o vincularlas a los servicios de salud para su tratamiento. Las PDR son baratas y fáciles de usar, por eso la capacitación para utilizarlas es menos intensiva.

Las PDR deben cumplir las «5 ces»: Consentimiento, Confidencialidad, Consejo, Corrección de los resultados y Conexión a la prevención, tratamiento y atención para el VIH [7]

## 3.3 Intervenciones después de las pruebas

### 3.3.1 Información y consejería

Después de todas las pruebas de VIH se debe facilitar información o consejería de calidad, basado en cada resultado concreto y la condición de VIH notificada.

Para personas con resultado negativo, se debe asesorar sobre la reducción de riesgos, cómo mantener el resultado negativo según las circunstancias de cada quien, y ofrecer servicios de salud preventiva (p. ej. PrEP, si estuviera disponible).

Se debe informar a todo el mundo de que pueden regresar en cualquier momento si tienen alguna pregunta o inquietud. No es esencial hacer un seguimiento sistemático, pero se debe fomentar la realización de pruebas voluntarias periódicamente.

### 3.3.2 Manejo de las personas usuarias con resultado positivo

Se debe asesorar a la persona con empatía y ofrecer oportunidades para recibir más consejería y plantear preguntas. En concreto, el personal debería hablar con la persona de lo siguiente:

- El significado del resultado de la prueba, cómo abordar un diagnóstico de VIH, y la disponibilidad de una red de familiares y amigos que puedan ofrecer apoyo.
- Los beneficios del TAR para tomar una decisión bien fundamentada sobre el tratamiento.
- Cómo prevenir la transmisión del VIH (uso de preservativos con lubricantes compatibles; ausencia de riesgo de transmisión cuando hay inhibición viral gracias al uso del TAR según se haya recetado).
- Los riesgos y beneficios de la divulgación y las opciones de asistencia para la notificación voluntaria a las parejas.
- El programa de seguimiento recomendado para recibir atención y el inicio puntual del tratamiento.

El personal debe estar familiarizado con las directrices de referencia a otros centros para poder ofrecer a la persona acceso al tratamiento sin demoras y vincularla directamente a otros servicios de atención y tratamiento especializados para el VIH, incluidas opciones como grupos de apoyo para personas que viven con VIH, cuando estén disponibles.

La comunicación y la consejería sobre prevención positiva implica un enfoque integral para atender a las personas que viven con VIH, así como consejos de autocuidado.



Esto incluye pruebas de detección y consejería para ITS, además de consejos sobre cómo reconocer las enfermedades concomitantes y otras infecciones.

#### Seguimiento de las personas diagnosticadas con VIH:

- El personal debe reconocer los signos de deterioro en la salud mental mientras la persona asume su diagnóstico y las repercusiones sociales relacionadas.
- Se debe priorizar el inicio del TAR en cuanto sea posible. Puede que muchos proveedores no tengan acceso inmediato a todas las pruebas o tratamientos para el VIH y deban planificar la referencia para las personas que necesiten atención o seguimiento en otro lugar.
- Tras un diagnóstico de VIH (y lo ideal es que el tratamiento ya haya comenzado), el personal debe ofrecer información, consejería y apoyo sobre la notificación a las parejas sexuales, así como información para prevenir la transmisión posterior. Esto debe incluir referir a la persona a grupos de apoyo comunitarios o entre pares, si están disponibles.
- Reducir el estigma es un elemento clave de las intervenciones más amplias para el VIH. Esto es particularmente importante cuando la divulgación de la condición de VIH esté penalizada. Las interacciones con el personal de servicios de salud ofrecen un espacio seguro y sin prejuicios donde las personas con VIH pueden hablar libremente y conseguir ayuda.
- Ponerse en contacto con las personas usuarias cuando no regresan para las visitas de seguimiento podría constituir un riesgo de violación de la confidencialidad. El personal necesita comunicar la importancia del seguimiento para mantener un buen estado de salud a largo plazo. Esto puede incluir la vinculación a cualquier servicio local para recibir asistencia social.

#### Seguimiento de las personas usuarias que decidan no iniciar el tratamiento o cuando no se disponga de tratamiento:

- Anime a las personas a regresar a la clínica si tienen alguna pregunta o inquietud o si cambian de opinión.
- Se debe tener conocimiento de los signos y síntomas del avance de la enfermedad.
- Para ver información sobre el manejo de las personas usuarias con resultado positivo en contextos humanitarios, consultar el [capítulo 11: Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios](#).

### 3.3.3 Notificación a las parejas

Se deben mostrar las opciones de asistencia para la notificación voluntaria a las parejas como parte de un paquete integral de pruebas y atención a disposición de las personas con VIH [11].

La notificación a las parejas es un proceso voluntario mediante el cual una persona proveedora calificada pregunta a las personas diagnosticadas con VIH sobre sus parejas sexuales o aquellas con las que comparten instrumentos para la inyección de drogas y, a continuación, si la persona accede, ofrecer a sus parejas pruebas de VIH junto con el tratamiento o la prevención relevantes. La notificación a las parejas se ofrece usando métodos pasivos o asistidos [11].

Este proceso puede resultar difícil por varios motivos:

- El concepto de notificar a las parejas puede ser intimidatorio para muchas personas. Es esencial respetar los deseos de la persona y conservar su confianza. El personal necesita reconocer que muchas personas pueden tener miedo de notificar a su(s) pareja(s) y es posible que solamente accedan a proporcionar información si la clínica se ha ganado una buena reputación de mantener la confidencialidad.
- A muchas personas les puede resultar muy difícil hablar del problema con sus parejas, especialmente las que corren riesgo de enfrentarse a una reacción violenta.
- Algunas de las parejas sexuales de la persona o aquellas personas con las que comparten instrumentos para la inyección de drogas pueden no creer que han estado expuestas a la infección por VIH, especialmente si no tienen ningún síntoma y, por tanto, negarse a hacerse una prueba.
- Es posible que algunas personas desconozcan los nombres y los datos de contacto de sus parejas sexuales o aquellas personas con las que comparten instrumentos para la inyección de drogas.

**Es de vital importancia que el personal no obligue a la persona a tomar ninguna decisión ni a actuar en contra de su voluntad. El personal puede aportar información sobre por qué es importante, pero en última instancia cada persona debe elegir si desea o no informar a su(s) pareja(s).**

Hay distintos métodos que pueden aplicarse para notificar a la pareja, pasivos o asistidos, y el personal puede comentar estas opciones con las personas usuarias. En el [recuadro 1](#) (página siguiente) se describen los métodos pasivos y asistidos para notificar a las parejas.



### RECUADRO 1: Definiciones y enfoques para la notificación a la pareja pasiva y asistida

**La notificación pasiva de VIH a la pareja** es cuando una persona proveedora calificada anima a las personas que viven con VIH a divulgar su condición por sí mismas a sus parejas sexuales o a las personas con las que comparten instrumentos para inyectarse drogas, y a sugerir que su(s) pareja(s) se hagan la prueba de VIH debido a su posible exposición al VIH. Ejemplos de notificación pasiva:

- El personal ofrece consejería y anima a las personas con resultado positivo de VIH a divulgar su condición a su(s) pareja(s) y notificarles de su posible exposición al VIH, tanto en persona como por teléfono, a través de mensajes de texto, e-mail, etc.
- El personal da a las personas usuarias con resultado positivo de VIH una carta o tarjeta invitando a la(s) pareja(s) a acudir al centro de salud. Cuando la(s) pareja(s) acude(n) al centro de salud, se les ofrece hacerse la prueba de VIH.
- Las personas que viven con VIH también pueden utilizar servicios de mensajería anónima como llamada telefónica, e-mail o Internet para notificar ellas mismas a su(s) pareja(s).

**La notificación asistida de VIH a la pareja** es cuando una persona proveedora calificada ayuda a las personas con resultado positivo de VIH que hayan dado su consentimiento a divulgar su condición o a notificar de forma anónima a su(s) pareja(s) sexual(es) o a las personas con las que comparten instrumentos para inyectarse drogas de su posible exposición a la infección por VIH.

Fuente: Adaptado de OMS [11].

La(s) pareja(s) pueden contactarse por teléfono, Internet, e-mail o con una visita en persona a sus casas. Después el personal ofrece la prueba de VIH a estas parejas.

La notificación asistida a la pareja se realiza usando los métodos de referencia por contrato, referencia de proveedor y referencia dual:

- **Referencia por contrato:** Las personas con resultado positivo de VIH participan en un contrato con una persona proveedora calificada y acuerdan divulgar su condición y la posible exposición al VIH a su(s) pareja(s) por sí mismas y a referir a su(s) pareja(s) para hacerse una prueba de VIH dentro de un periodo determinado de tiempo. Si la(s) pareja(s) de las personas con resultado positivo de VIH no se hace(n) la prueba de VIH ni se ponen en contacto con el personal durante ese periodo, entonces dicho proveedor se pondrá directamente en contacto con ellas y les ofrecerá unas pruebas de VIH voluntarias.
- **Referencia de proveedor:** Con el consentimiento de la persona con resultado positivo de VIH, una persona proveedora calificada se pondrá en contacto de forma confidencial con la(s) pareja(s) directamente y les ofrecerá una prueba de VIH voluntaria.
- **Referencia dual:** Una persona proveedora calificada acompaña y ofrece ayuda a las personas con resultado positivo de VIH mientras divulgan su condición y la posible exposición a la infección por VIH a su(s) pareja(s). El personal también ofrece la prueba de VIH a estas parejas.

## 4. Prevención del VIH

**IPPF promueve un enfoque de prevención combinada, que reconoce que ninguna intervención preventiva puede funcionar de forma aislada.**

La prevención combinada del VIH trata de lograr el máximo efecto sobre la prevención del VIH al combinar intervenciones estructurales, conductuales y biomédicas con base empírica y basadas en los derechos humanos. Las intervenciones estructurales tratan de alterar el entorno físico, legal y social en el que tienen lugar las conductas individuales [12].

Para el personal de servicios de salud, una prevención del VIH combinada se refiere a una estrategia individual de prevención mediante la combinación de distintas herramientas y enfoques (a la vez o secuencialmente), según la situación, el nivel de riesgo y las opciones de la persona.

Las personas proveedoras desempeñan múltiples papeles en la prevención del VIH, con la prioridad de mantener negativas a las personas sin VIH. Aunque algunos servicios de salud necesitarán referir a instalaciones de alto nivel, las personas proveedoras pueden organizar unos paquetes de atención eficaces personalizados según los deseos y la situación clínica de cada persona.

**El personal debe tener en cuenta que existe un riesgo de transmisión yatrogénica del VIH a través de intervenciones médicas invasivas y siempre se deben seguir unos sólidos procedimientos para el control de las infecciones** (consultar el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#)).



Los principales elementos de prevención del VIH son [6]:

- Preservativos (masculinos/externos y femeninos/internos) y lubricantes compatibles.
- Prevención basada en TAR: PrEP y PEP.
- Circuncisión masculina médica y voluntaria en zonas concretas de alta prevalencia.
- Reducción de daños para las personas que se inyectan drogas, incluido el suministro de agujas y jeringas estériles, y acceso a tratamiento farmacológico para la adicción a opiáceos.
- Información y consejería sobre reducción de riesgos a través de un enfoque positivo sobre el sexo, que incluya retrasar el inicio de las relaciones sexuales, reducir el número de parejas sexuales, la selección serológica y el seroposicionamiento (consultar el [capítulo 3: Consejería](#)).
- Detección, diagnóstico y tratamiento de las ITS y otras infecciones, incluidas la tuberculosis y las hepatitis virales (consultar el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#)).
- Examen para la detección de violencia sexual y basada en el género (consultar el [capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género](#)).

## 4.1 Preservativos y lubricantes

### 4.1.1 Información clave (consultar también el [capítulo 4: Anticoncepción](#))

- El uso correcto y constante de preservativos masculinos/externos y femeninos/internos con lubricantes compatibles reduce considerablemente la transmisión del VIH y otras ITS por vía sexual tanto con el sexo vaginal como el anal, además de reducir el riesgo de un embarazo no deseado [13].
- Un preservativo masculino/externo se coloca sobre el pene erecto y está hecho de látex muy fino (goma), poliuretano (plástico) o poliisopreno. Es una barrera que evita el intercambio de semen y otros líquidos corporales.
- Un preservativo femenino/interno está hecho de poliuretano (plástico suave), polímero de nitrilo (goma sintética) o látex. Se introduce en la vagina (o el recto) y la recubre de forma holgada.
- Hay disponibles muchos tipos y marcas diferentes de preservativos. Difieren en características como el tamaño (delgado, normal, grande), espesor (ultrafino

o estándar), lubricación (con silicona, geles, polvos o sin lubricar), color (opacos, transparentes, varios colores), textura (con superficie lisa, texturizada o estriada).

- Además de los preservativos, también se debe disponer de lubricantes compatibles (acuosos o de silicona) que pueden distribuirse en bolsitas o frascos individuales [14].

### 4.1.2 Qué necesita hacer el personal

- Educar a las personas usuarias sobre los motivos por los que es importante utilizar un preservativo, cómo usarlo y empoderarlas para que hablen sobre su uso con sus parejas sexuales.
- Hacer hincapié en que el uso del preservativo es importante incluso si una persona de sexo masculino está circuncidada. Los preservativos pueden fallar a la hora de evitar un embarazo o una ITS, incluido el VIH, si no se usan de forma correcta y constante.
- Ofrecer información sobre cómo utilizar los preservativos correctamente, incluido cómo introducir y extraer un preservativo femenino (vaginal o rectalmente) o ponerse y quitarse un preservativo masculino mediante una demostración y práctica con un modelo de pene (consultar el [capítulo 4: Anticoncepción, apartado 6.1](#) y el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#)). La información impresa también es útil.
- Las decisiones sobre el uso de los preservativos suelen tomarse en el contexto de una interacción concreta entre las personas. Ayudar a las personas a desarrollar aptitudes comunicativas para abordar esta interacción con sus parejas, como puede ser seguridad en sí mismas para hablar sobre la prevención del VIH y otras ITS, sugerir el uso de preservativos y convencer para hacerlo, y rechazar las relaciones sexuales no deseadas, incluido cuando las parejas se niegan a utilizar un preservativo.
- Facilitar el acceso (idealmente gratuito) a varios tipos de preservativos masculinos/externos y femeninos/internos en los puntos de prestación de los servicios de salud y ofrecer preservativos a todas las personas (incluidas las personas adolescentes, hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y otras personas marginalizadas o con servicios insuficientes. Evitar hacer suposiciones sobre a quién podría beneficiar la información acerca de los preservativos (p. ej. según la edad, relación o estado civil, género). Los lubricantes pueden ofrecerse en bolsitas individuales o en frascos



multiuso. Hacer hincapié en el importante papel que desempeñan los lubricantes compatibles:

- Ayudan a evitar que los preservativos masculinos/externos se rompan o se deslicen, especialmente durante el sexo anal, y pueden aumentar el confort y el placer durante el sexo con penetración.
- Subrayar que los lubricantes oleosos (entre los que se incluyen lociones, vaselina, aceites) no deben utilizarse nunca con preservativos de látex, ya que puede aumentar la posibilidad de que se rompan.
- Los preservativos masculinos/externos y femeninos/internos que no sean de látex son compatibles con los lubricantes oleosos.
- Usar lubricación adicional para el sexo vaginal puede ayudar si se han experimentado varios fallos de los preservativos.
- Los efectos secundarios por el uso de preservativos son muy poco habituales. A veces puede haber personas que experimenten reacción alérgica a la goma de látex, o al lubricante o espermicida utilizado con el preservativo. Si esto ocurre:
  - Recomendar el cambio de marca o tipo de preservativo, preservativos femeninos incluidos.
  - Si la persona utiliza un preservativo con espermicida, recomendar un preservativo sin espermicida.
  - Si la persona tiene alergia al látex, en algunas zonas hay disponibles preservativos no alergénicos hechos de goma purificada.
  - Recomendar el uso de PrEP (si está disponible) y hacerse pruebas periódicas de VIH y otras ITS.

## 4.2 Prevención basada en antirretrovirales

La prevención del VIH basada en antirretrovirales, incluida tanto la PrEP como la PEP, debe estar disponible como una de las opciones dentro de un paquete integral de prevención del VIH.

También es importante educar a las personas que viven con VIH para que sepan que, si siguen el tratamiento y tienen una carga viral indetectable constante, no transmitirán el VIH a sus parejas sexuales; no transmitirán el VIH a sus bebés durante el embarazo y el parto; tienen una posibilidad menor de transmitir el VIH a través de la lactancia; y tienen menos posibilidad de transmitir el VIH a las personas con las que comparten instrumentos para la inyección de drogas.

### 4.2.1 Profilaxis preexposición (PrEP)

#### 4.2.1.1 Información clave

- La PrEP es una intervención sumamente eficaz que utiliza medicamentos antirretrovirales para evitar la transmisión a personas no infectadas por VIH antes de una exposición al virus. Actualmente, la PrEP está disponible por vía oral o como anillo vaginal, y se están investigando otros métodos como inyecciones o implantes de larga duración.
- La OMS actualmente recomienda que la **PrEP por vía oral**, que contiene fumarato de disoproxilo de tenofovir (FDT), se ofrezca como una opción de prevención adicional a las personas que corren un riesgo sustancial de infectarse por VIH.
- La PrEP administrada mediante un anillo vaginal que contiene dapivirina también puede ser una opción aceptable para las personas que no puedan o no quieran tomar PrEP por vía oral. La OMS recomienda que el anillo vaginal de dapivirina se pueda ofrecer como una opción preventiva adicional a las personas que corren un riesgo sustancial de infectarse por VIH como parte de los enfoques de prevención combinados.
- Al contrario que el tratamiento para infección por VIH, la PrEP puede iniciarse e interrumpirse según decida cada persona. Para aumentar el cumplimiento terapéutico y la aceptación del tratamiento, el personal de servicios de salud debe promover los beneficios de la PrEP, es decir, que es muy eficaz y segura, y que la inmensa mayoría de los usuarios de PrEP no experimenta ningún efecto secundario. Crear oportunidades para que los usuarios de PrEP puedan compartir sus experiencias también puede ayudar a aumentar la aceptación.
- En aquellos lugares en los que aún no se disponga de PrEP o no esté disponible de forma gratuita, se debe indicar a las personas que decidan adquirir PrEP por sí mismas cómo tomarla de forma segura y ayudar con el acceso a los servicios de supervisión (pruebas periódicas de VIH y otras ITS, pruebas funcionales renales anuales, cuando estén disponibles) [6].

#### 4.2.1.2 ¿Para quién es adecuada?

Se debe ofrecer PrEP a las personas que no están infectadas por VIH y corren un riesgo sustancial de adquirir VIH. Entre los grupos prioritarios figuran parejas serodiscordantes, hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, mujeres transgénero, personas trabajadoras sexuales, mujeres jóvenes (en áreas de alta prevalencia) y otros grupos con alta incidencia de VIH (p. ej. 3 de cada



100 años-persona o superior). Las decisiones de ofrecer PrEP deben basarse en la evaluación individual en lugar de en la pertenencia a un grupo de población concreto [6].

La PrEP es segura durante el embarazo, o mientras se utilizan anticonceptivos hormonales. Se debe animar a las mujeres que usan PrEP a utilizar un método anticonceptivo. Para las personas transgénero que estén tomando hormonas, la PrEP no afecta ni reduce los niveles hormonales [15].

Se puede ofrecer PrEP y consejería sobre sus beneficios a quienes lo soliciten, aunque se considere que no corren riesgo de infectarse por VIH. Estas personas tendrán otras preocupaciones e inquietudes o puede que no les resulte cómodo hablar de los riesgos, y el personal debe tomarse el tiempo necesario para hablar con ellas.

#### 4.2.1.3 ¿Cuál es la eficacia de la PrEP?

La PrEP es muy eficaz en la prevención de las infecciones por VIH cuando se usa según se haya recetado; sin embargo, la PrEP no evita otras ITS ni el embarazo, y debe ofrecerse junto a otros métodos preventivos como preservativos y anticonceptivos. En los ensayos clínicos, la reducción del riesgo de contraer VIH fue superior al 90 por ciento cuando la PrEP se utilizó de forma constante [16].

#### 4.2.1.4 Qué necesita hacer el personal

El personal debe educar y asesorar a las personas que pueden utilizar la PrEP sobre sus beneficios y riesgos, además de realizar una evaluación individualizada de los beneficios. El personal debe informar a las personas usuarias de que la PrEP es muy eficaz cuando se toma de forma correcta y es también segura.

Algunos de los criterios para recomendar el uso de la PrEP incluyen los siguientes:

- ser VIH negativo;
- que no se sospeche infección aguda por VIH;
- estar en riesgo continuo de exposición al VIH;
- no tener contraindicaciones con los medicamentos de PrEP (p. ej. FDT/emtricitabina);
- tener deseo de usar PrEP según se haya recetado, incluido hacerse pruebas de VIH periódicas.

#### *Detección cuando exista riesgo continuo de exposición al VIH o infección*

Se debe ofrecer PrEP a las personas que corren riesgo de contraer VIH. Para determinar si alguien corre un riesgo constante de exposición al VIH o infección, el personal debe comprobar si esa persona ha tenido alguno de los siguientes factores de riesgo durante los últimos 6 meses:

- sexo anal o vaginal sin preservativo con más de una pareja, O
- antecedentes recientes (durante los últimos 6 meses) de una ITS detectada mediante pruebas de laboratorio o autonotificada o un tratamiento sintomático de una ITS, O
- uso de PEP por exposición sexual durante los últimos 6 meses.

Los indicadores de un riesgo constante de infección por VIH varían según la epidemiología local del VIH y el grupo de población.

Las preguntas de cribado también se pueden utilizar para presentar la PrEP a las personas que acuden para recibir atención pero que no lo hicieron específicamente para lograr acceso a PrEP (consultar el [recuadro 2](#) en la página siguiente).

Consultar el [recuadro 3](#) (página siguiente) para ver ejemplos de una breve consejería destinada a promocionar la aceptación y ayudar a reducir el estigma.

Los tratamientos de PrEP con tenofovir pueden tardar hasta 1 semana en ofrecer protección completa; se debe aconsejar a la persona el uso de preservativos durante este periodo. Si se produce alguna exposición durante este periodo, se debe indicar a la persona que regrese en cuanto sea posible, y en un plazo de 72 horas, ya que podría cumplir los requisitos para la PEP, y deberían plantearse visitas de seguimiento después de hacerse una prueba de VIH.

Aunque la mayoría de personas que utiliza la PrEP no tiene ningún efecto secundario, el personal debe informar a la persona sobre los posibles efectos secundarios (es decir, cefaleas, náuseas y molestias abdominales) y tranquilizarla diciéndole que esto posiblemente desaparezca en 2 semanas.

La PrEP no es una intervención aislada. Debe ofrecerse como parte de un paquete de herramientas preventivas que se han personalizado, como el uso constante de preservativos, pruebas periódicas para la detección de ITS, consejería para reducir riesgos, uso de jeringas/aguja estériles, y referencia a centros de atención especializada para violencia sexual y basada en el género.



## RECUADRO 2: Preguntas prácticas de cribado

Algunas de las siguientes preguntas podrían utilizarse para identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la PrEP.

**1. Preguntas generales de cribado.** Cualquier «sí» de una persona que se presente en un entorno con alta incidencia de VIH debe dar pie a una conversación y educación sobre PrEP.

Durante los últimos 6 meses:

- ¿Has tenido relaciones sexuales con más de una persona?
- ¿Has tenido relaciones sexuales sin preservativo?
- ¿Has tenido relaciones sexuales con alguna persona sin saber su condición de VIH?
- ¿Te has inyectado drogas y compartido los instrumentos de inyección?
- ¿Corre alguna de tus parejas riesgo de contraer VIH por vía sexual o consumo de drogas?
- ¿Has tenido relaciones sexuales con una persona que tiene VIH o que desconoce su condición de VIH?
- ¿Te han diagnosticado de alguna infección de transmisión sexual?
- ¿Quieres un embarazo?
- ¿Has utilizado o quieres utilizar PrEP o PEP por exposición al VIH por prácticas sexuales o el consumo de drogas?

**2. Para las personas que hayan tenido una pareja sexual con VIH,** las siguientes preguntas ayudarán a determinar si esa persona podría beneficiarse de la PrEP:

- ¿Está tu pareja tomando TAR para el VIH?
- ¿Lleva tu pareja más de 6 meses tomando TAR?
- Al menos una vez al mes, ¿hablas con tu pareja para ver si está tomando todos los días la medicación para el VIH?

- Si lo sabes, ¿cuándo fue la última vez que tu pareja se hizo una prueba de carga viral del VIH? ¿Cuál fue el resultado?

- ¿Quieren tú y tu pareja un embarazo?

**3. Factores adicionales sobre los que preguntar,** que podrían indicar situaciones que crean una mayor vulnerabilidad al VIH y ayudan a identificar a las personas que podrían beneficiarse de PrEP:

¿Hay algún aspecto de tu vida que podría indicar riesgos de exposición al VIH? ¿Has...?

- ¿Comenzado a tener relaciones sexuales con una nueva pareja?
- ¿Finalizado una relación de larga duración y estás buscando una nueva pareja?
- ¿Recibido dinero, alojamiento, comida o regalos a cambio de sexo?
- ¿Tenido que mantener relaciones sexuales en contra de tu voluntad?
- ¿Sufrido alguna agresión física, incluida agresión por parte de tu pareja sexual?
- ¿Utilizado drogas u hormonas inyectables y compartido los instrumentos de inyección?
- ¿Consumido drogas recreativas o psicoactivas?
- ¿Tenido que dejar tu casa en contra de tu voluntad (especialmente si fue debido a tu orientación sexual o violencia)?
- ¿Cambiado tu lugar de residencia (posiblemente en un lugar con una prevalencia más alta de exposición al VIH)?
- ¿Perdido una fuente de ingresos (lo que te obligó a tener que ofrecer sexo a cambio de alojamiento, comida o dinero)?
- ¿Dejado el colegio antes de lo que tenías pensado?

Fuente: Adaptado de OMS [16].

## RECUADRO 3: Ejemplos breves de consejería y educación sobre la PrEP

- La PrEP es un comprimido que se toma por vía oral todos los días [para los esquemas posológicos de *tenofovir*] indicado para personas sin infección por VIH a fin de evitar que se infecten. La PrEP es para personas que quieren reducir su ansiedad/estrés sobre el VIH y asumir el control de su salud sexual. **¿Crees que la PrEP podría ser beneficiosa?**
- La PrEP ha demostrado ser muy eficaz para proteger a las personas frente al VIH.

- La PrEP ayuda a fomentar la confianza de una persona al sentirse segura y sana, protegida frente al VIH.
- Independientemente de la situación en la que se encuentre una persona, tanto si utiliza preservativos como si no, puede tener la confianza de haber añadido una capa adicional de protección.
- Todo el mundo que no esté infectado por el VIH puede tomar PrEP, sin importar el estado de la relación ni las prácticas sexuales en las que se participe.





#### 4.2.1.5 Cómo se usa la PrEP y cuál es el seguimiento

Las contraindicaciones de la PrEP son:

- infección por VIH;
- signos/síntomas de infección aguda por VIH, posible exposición reciente al VIH;
- aclaramiento de creatinina estimado de menos de 60 ml/min (si se conoce, para los tratamientos con FDT);
- alergia o contraindicación a cualquier medicamento incluido en el tratamiento de PrEP.

Realice la prueba de VIH el mismo día que se inicia la PrEP usando una prueba de diagnóstico inmediato. Si hay signos o síntomas de infección viral aguda, incluido un cuadro clínico similar al de la gripe, pensar en la posibilidad de que la causa sea una infección aguda por VIH. En tales circunstancias, plantearse retrasar la PrEP durante 4 semanas y volver a hacer una prueba de VIH. Esto deja tiempo para detectar una posible seroconversión.

Las mediciones de creatinina varían de un día a otro, según el nivel de hidratación, ejercicio, la dieta, el uso de creatina (por parte de culturistas), y otros factores. Por tanto, si una sola medición de creatinina se encuentra por encima de los valores normales, repetir la medición antes de excluir a esa persona de la PrEP (para los tratamientos con FDT).

Hacer la prueba del virus de la hepatitis B (VHB) para que, si el resultado es negativo, esa persona pueda vacunarse del VHB (el tenofovir también es activo contra el VHB).

#### 4.2.1.6 Tratamientos de PrEP recomendados

La OMS recomienda tratamientos de PrEP por vía oral que contengan FDT, mientras que el anillo vaginal recomendado contiene dapivirina.

Para la PrEP por vía oral, la selección de un tratamiento que contenga FDT depende de qué combinaciones de medicamentos estén disponibles en el país, los costos relativos, la situación reglamentaria y la orientación normativa de las asociaciones profesionales o las autoridades de salud pública. Los resultados de los ensayos clínicos han confirmado claramente la eficacia del FDT en monoterapia o en combinación con emtricitabina.

El número óptimo de comprimidos que deben dispensarse variará según el entorno y la población. Algunas clínicas dispensan suministros para 1 mes en la primera visita y, a continuación, un suministro para 3–4 meses en visitas posteriores. Si estuviera disponible, proporcionar un suministro para un mes extra en la primera visita asegura la cantidad adecuada de dosis diarias hasta la próxima visita a la clínica [6].

#### 4.2.1.7 Seguimiento

El seguimiento recomendado incluye:

- Pruebas de VIH cada 3 meses (plantearse también hacer pruebas al mes de la visita inicial).
- Pruebas de detección de ITS cada 3 ó 6 meses según los factores de riesgo (también la política nacional).
- Charlas sobre el uso de anticonceptivos, en cada visita.
- Consejería breve sobre cumplimiento terapéutico y abordar los efectos secundarios en cada visita.
- Consejería relacionada con la salud mental, violencia sexual y basada en el género y consumo de drogas según sea necesario.
- Aclaramiento de creatinina estimado cada 6 meses (plantearse hacerlo con mayor frecuencia si hay antecedentes de enfermedades que afecten al riñón, como diabetes o hipertensión; plantearse hacerlo con menor frecuencia si la persona es menor de 45 años, tiene un aclaramiento de creatinina estimado inicial superior a 90 ml/min y pesa más de 55 kg).
- Control de anticuerpos de hepatitis C. Para hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres las pruebas deben realizarse cada 12 meses.

### 4.2.2 Profilaxis posterior a la exposición (PEP)

#### 4.2.2.1 Información clave sobre la PEP

- La OMS recomienda que la PEP esté disponible para todas las personas de forma voluntaria después de una posible exposición al VIH.
- La PEP es una intervención de emergencia con medicamentos antirretrovirales para evitar la infección por VIH después de una posible exposición, cuyo objetivo es impedir la replicación del VIH.
- Un tratamiento de PEP con dos medicamentos antirretrovirales es eficaz, pero se prefieren tres medicamentos.
- La PEP debe administrarse en cuanto sea posible, preferiblemente en un plazo de 24 horas desde la exposición, pero puede ofrecerse hasta 72 horas más tarde.
- No es necesaria si el origen de la posible exposición no presenta infección por VIH. No suele recomendarse cuando el origen es una persona que vive con VIH y sigue tratamiento con una carga viral indetectable confirmada de forma sostenida (durante más de 6 meses) [6,17].



#### 4.2.2.2 ¿Para quién resulta adecuada la PEP de prevención del VIH?

- La PEP puede ofrecerse a todas las personas sin infección por VIH o que desconozcan su condición y que hayan estado expuestas a una posible infección por sexo sin protección, rotura de preservativo, violación, lesión con aguja y uso de agujas sin esterilizar.
- El criterio utilizado para indicar la PEP a una persona debe basarse en su condición de VIH, siempre que sea posible, y puede incluir el análisis de la prevalencia y los patrones epidemiológicos locales. Las personas en situación de riesgo son aquellas que se han visto expuestas a través de líquidos corporales a membranas mucosas por exposición sexual u ocupacional. Entre las exposiciones que justifican la PEP figuran las siguientes:
  - Exposición sexual: con personas en situación de alto riesgo, especialmente mediante sexo anal receptor.
  - Líquidos corporales: sangre, saliva sanguinolenta, leche materna, secreciones genitales, así como los líquidos cefalorraquídeo, amniótico, peritoneal, sinovial, pericárdico o pleural. Todos los casos deben evaluarse clínicamente, y el personal debe tomar decisiones sobre si la exposición propiamente dicha constituye un riesgo significativo.
  - Tipos de exposición: 1) membrana mucosa (es decir, exposición sexual), salpicaduras en el ojo, la nariz o la cavidad bucal; y 2) parenteral.
- Entre las exposiciones que no necesitan el uso de PEP figuran las siguientes:
  - Cuando la persona expuesta ya estaba infectada por VIH; cuando se ha confirmado que la persona origen no está infectada por VIH; y exposiciones a líquidos corporales que no suponen un riesgo importante (es decir, lágrimas, saliva no sanguinolenta, orina y sudor) [17].

#### 4.2.2.3 ¿Cuál es la eficacia de la PEP?

La PEP reduce considerablemente el riesgo de contraer una infección por VIH cuando se toma lo antes posible y antes de pasadas 72 horas desde la presunta exposición, y se toma el ciclo completo de 28 días.

#### 4.2.2.4 Qué necesita hacer el personal

Evaluar la exposición y si esa persona tiene un riesgo alto de infectarse por VIH. El personal debe saber qué fármacos están disponibles localmente y tener suficientes existencias,

estos fármacos deben seguir la pauta recomendada por la OMS o los protocolos locales/nacionales.

Los tratamientos de PEP recomendados por la OMS [6] son:

- **Para personas adultas:** Fumarato de disoproxilo de tenofovir (FDT) combinado con lamivudina (3TC) o emtricitabina (FTC) como tratamiento de base preferido. El tercer fármaco recomendado es el dolutegravir (DTG).
- **Para infancias:** Los fármacos de base para menores de 10 años o menos son la zidovudina (AZT) y la lamivudina (3TC), el dolutegravir (DTG) se recomienda como tercera opción de fármaco.

El personal debe garantizar la aceptación de la PEP asesorando a las personas de alto riesgo sobre sus beneficios. Después de evaluar los riesgos y obtener el consentimiento de la persona, se debe iniciar el tratamiento de PEP lo antes posible antes de pasadas 72 horas desde la exposición con una receta de antirretrovirales para 28 días. Si no pueden ofrecer PEP, el personal debe saber a dónde referir a la persona.

Entre las recomendaciones para simplificar las recetas y apoyar el cumplimiento figuran las siguientes:

- **Recetas:** Para mejorar la aceptación y finalización del tratamiento con PEP, la OMS recomienda otorgar el ciclo completo de 28 días en la primera visita, en lugar de pedir a la persona que regrese varias veces.
- **Apoyo al cumplimiento terapéutico:** Para mejorar las tasas de cumplimiento y finalización del tratamiento, la OMS sugiere programas que ofrezcan consejería de apoyo.

Es de vital importancia indicar a la persona que debe tomar el ciclo completo de TAR durante 28 días para que la intervención tenga éxito. Se debe hablar de los posibles efectos secundarios de la PEP como náuseas, vómitos, diarrea, cefaleas y letargia, haciendo hincapié en que no son perjudiciales y no son motivo para interrumpir la PEP.

Se debe ofrecer seguimiento, incluso a aquellas personas que rechacen PEP y se les haya asesorado sobre el riesgo de infección en el futuro. También se debe ofrecer la repetición de las pruebas de VIH a todas las personas usuarias a los 3 y 6 meses.

Se debe asesorar exhaustivamente tanto a las personas a las que se recete PEP como a aquellas que la rechacen sobre cómo evitar más exposiciones tanto durante como después del ciclo de tratamiento y se debe hablar de los beneficios de la PrEP.



Atención adicional:

- Se debe ofrecer a todas las personas usuarias pruebas de detección y tratamiento para ITS.
- Se debe ofrecer a las personas que hayan estado expuestas a la posibilidad de quedarse embarazadas anticonceptivos de emergencia (*capítulo 4: Anticoncepción*).
- Se debe ofrecer consejería, tratamiento y referencia adicionales a todas las personas que hayan sido agredidas sexualmente (*capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género*).

## 4.3 Circuncisión masculina médica y voluntaria para la prevención del VIH

### 4.3.1 Información clave

- Se debe promover la circuncisión masculina médica y voluntaria como una eficaz opción adicional de prevención del VIH dentro de un enfoque de prevención combinada para los adolescentes de 15 o más años y los hombres adultos en entornos con epidemia generalizada para reducir el riesgo de infección por VIH adquirida por vía heterosexual [18].
- Otros beneficios de la circuncisión masculina médica incluyen un menor riesgo de contraer otras ITS como los VPH, que causan cáncer de cuello uterino [19].

#### 4.3.1.1 ¿Cuál es la eficacia de la circuncisión masculina médica y voluntaria en la reducción del HIV?

- Cuando está realizada por profesionales médicos calificados, la circuncisión masculina médica reduce en un 60 por ciento el riesgo transmisión del VIH de mujeres a hombres.
- Los datos sobre los efectos de la transmisión a través del sexo anal son limitados y, por tanto, la circuncisión masculina médica y voluntaria no se recomienda para los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. La circuncisión no evita que los hombres que viven con VIH infecten a sus parejas [20].
- La circuncisión masculina médica y voluntaria por sí sola únicamente ofrece una eficacia parcial a la hora de reducir la transmisión del VIH. Debe ofrecerse como parte de un paquete integral de servicios de salud preventiva combinada, por ejemplo, preservativos y lubricante.

#### 4.3.1.2 ¿Para quién resulta adecuada la circuncisión masculina médica y voluntaria?

- La circuncisión masculina médica y voluntaria es adecuada en países con una alta prevalencia de VIH entre la población general (más del 15 por ciento) y donde la mayoría de los hombres no están circuncidados (80 por ciento).
- La circuncisión masculina médica y voluntaria también se recomienda en países donde la prevalencia del VIH es de entre el 3 y el 15 por ciento en la población general y donde la transmisión del VIH se produce principalmente a través del coito penianovaginal.
- En estos contextos, las personas más idóneas para la circuncisión masculina médica y voluntaria son los hombres y los adolescentes que no estén circuncidados, se sepa que no viven con el VIH y estén en situación de riesgo de transmisión del VIH por vía heterosexual.
- Las edades de las personas usuarias pueden variar considerablemente según la ubicación, y el personal debe conocer los consejos locales para obtener el consentimiento legal apropiado.
- En los entornos donde se ofrezca circuncisión masculina médica y voluntaria, no se debe excluir a los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y viven con el VIH.

#### 4.3.1.3 ¿Quién puede realizar una circuncisión masculina médica y voluntaria?

- La circuncisión masculina médica y voluntaria debe ser realizada por personas profesionales de la medicina calificadas y competentes para ofrecer este servicio de salud.
- Todas las personas proveedoras de circuncisión masculina médica y voluntaria deben tener acceso a la capacitación autorizada a fin de garantizar la seguridad y la calidad conforme a las directrices nacionales. Estas incluyen equipamiento y suministros homologados, además de dispositivos y fármacos de alta calidad.

#### 4.3.1.4 Qué necesitan hacer las personas proveedoras

El personal debe dar información sobre la circuncisión masculina médica y voluntaria y referir a otros proveedores de servicios de salud si no pueden ofrecer la intervención quirúrgica.



#### Valorar la pertinencia clínica

- Se deben tomar todos los antecedentes y realizar un examen completo (consultar el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#)).
- Siempre se deben ofrecer pruebas para el VIH, a menos que ya se conozca la condición de VIH de esa persona.
- Se deben ofrecer pruebas de detección de ITS e información adicional sobre prevención del VIH (p. ej. PrEP y PEP).

#### Asegurarse de obtener consentimiento informado

- Se debe garantizar que la persona otorgue su consentimiento informado y voluntario para realizar la intervención.
- El formulario de consentimiento debe estar firmado por la persona que va a someterse a la circuncisión masculina médica y voluntaria. Para las personas analfabetas, el formulario debe leerse en voz alta y explicarse, y una huella digital o marca de esa persona puede reemplazar a la firma. También se recomienda la firma de testigos que sepan leer y escribir.
- Quien está a cargo de la cirugía también debe firmar el formulario de consentimiento, indicando que se ha confirmado que la persona que opta a la circuncisión masculina médica y voluntaria comprende y elige voluntariamente someterse a la operación.

#### 4.3.1.5 Qué necesita saber la persona

La persona necesita dar su consentimiento, sin ninguna indicación de coerción, después de recibir consejería sobre los riesgos y beneficios en un lenguaje que pueda comprender. Se puede consultar más información sobre el consentimiento informado en el [capítulo 3: Consejería](#).

La intervención no debe programarse durante un periodo de estrés.

Entre los aspectos concretos sobre la circuncisión que deben explicarse para permitir la plena comprensión de la naturaleza y las consecuencias de la intervención figuran los siguientes:

- existe un pequeño riesgo de infección (reducido con unos estrictos procedimientos de control de infecciones) y riesgo de hemorragia y daño al pene;
- después de la intervención, la persona tendrá que esperar varias semanas antes de reiniciar su actividad sexual para evitar el riesgo de adquirir VIH y otras ITS, además de retrasar la curación;

- tras la recuperación, no hay ningún efecto sobre la libido o la función eréctil, ni ningún dolor;
- la persona debe continuar usando métodos de barrera para reducir aún más el riesgo de infectarse por VIH.

#### 4.3.1.6 Operación de circuncisión masculina médica y voluntaria

La circuncisión masculina médica y voluntaria solamente debe ser realizada por proveedores de servicios de salud que cuenten con capacitación y competencia, con el equipamiento y los suministros correctos, en un entorno con control de infecciones, independientemente del método utilizado.

#### Circuncisión quirúrgica

- Las intervenciones de *circuncisión quirúrgica* incluyen: método guiado por pinzas, que exige la mínima habilidad quirúrgica, y los métodos de hendidura dorsal y resección en manguito, que exigen unos niveles más altos de habilidad quirúrgica, pero que resultan más apropiados cuando existen indicaciones médicas para la circuncisión (p. ej. fimosis).
- *Ventajas y desventajas:* Los métodos quirúrgicos presentan más ventajas que la circuncisión con dispositivos porque el prepucio se elimina en el momento de la intervención y puede ser menos probable que surja una infección por tétanos. La desventaja es que necesitan anestesia local infiltrativa y, para las hendiduras dorsales y resecciones en manguito, se necesita un ayudante.
- *Antes de dar el alta a la persona:* Aconsejar que esté atenta a la aparición de complicaciones y regresar inmediatamente o buscar asistencia médica si experimentan un aumento de la hemorragia, dolor intenso en el pene o la zona genital o al orinar, incapacidad de orinar, pus en la herida quirúrgica y aumento de la inflamación. Pedir a la persona que regrese para hacer un seguimiento después de pasados 7 días, idealmente con la misma persona que hizo la cirugía [20].

#### Circuncisión con dispositivos

La circuncisión con dispositivos (incluido PrePex y Shang Ring) ofrece una alternativa adecuada a los métodos quirúrgicos y puede ser realizada por varios tipos de proveedores de nivel intermedio, aumentando así el acceso a la circuncisión masculina médica y voluntaria [21].

Se recomienda que estas intervenciones se realicen cuando se disponga de instalaciones quirúrgicas de apoyo en caso de desplazamiento del dispositivo o fracaso en su colocación.



Aunque esta intervención puede realizarse en aproximadamente la mitad de tiempo que se tarda con la circuncisión quirúrgica:

- El proceso de curación es más lento, puede ser hasta dos veces más lento que el proceso de curación después de una circuncisión quirúrgica.
- La cicatrización por segunda intención también puede causar olor en el prepucio al volverse este necrótico.
- El periodo de abstinencia sexual después de una circuncisión con dispositivos es más largo.
- Algunos dispositivos (como PrePex) necesita otra visita para su retirada después de 1 semana. También existe un mayor riesgo de tétanos (consultar el *recuadro 4*).

#### Consejos posoperatorios

- La OMS recomienda a todo el mundo la abstinencia sexual (incluida la masturbación) durante 6 semanas después de una circuncisión.
- El seguimiento a los 7 días es importante porque la detección temprana de infecciones, hemorragias o suturas apretadas puede exigir un seguimiento adicional [20].

## 4.4 Reducción de daños para las personas usuarias de drogas

La OMS define la reducción de daños como «un conjunto de políticas, programas, servicios y medidas destinado a reducir el daño a las personas, las comunidades y la sociedad en relación con las drogas, incluida la infección

por VIH. La reducción de años es esencial en la prevención de la infección por VIH entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales» [5].

### 4.4.1 Qué necesita saber el personal

- Las intervenciones de reducción de daños son un elemento importante y eficaz para la prevención del VIH y suelen centrarse en los riesgos que rodean al consumo de drogas.
- Las personas que se inyectan drogas corren riesgo de contraer hepatitis B y C (consultar el *capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual*), además de VIH de transmisión hemática por compartir instrumentos para inyectarse drogas.
- Hay muchas intervenciones dentro de un paquete de reducción de daños en las que las personas proveedoras pueden ofrecer información y consejería.
- El paquete integral de reducción de daños incluye lo siguiente [5,22]:
  - programas de intercambio de agujas y jeringuillas;
  - tratamiento de sustitución de opioides y otros tratamientos con base empírica para las adicciones;
  - programas de preservativos para personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales;
  - información, educación y comunicación dirigida a las personas usuarias de drogas y sus parejas sexuales;
  - distribución comunitaria de naloxona para el manejo de las sobredosis.

#### RECUADRO 4: Circuncisión: tétanos y control de las infecciones

Existe un mayor riesgo de tétanos después de una circuncisión con un dispositivo de compresión con collar elástico en comparación con otros métodos de circuncisión que eliminan el prepucio en el momento de la intervención. La circuncisión con un dispositivo, en la que el prepucio se deja en su sitio y se elimina varios días después de su aplicación, solamente debe realizarse si la persona está adecuadamente protegida frente al tétanos con una vacuna antitetánica [20].

Se debe seguir un método de atención limpia con todos los métodos de circuncisión [20]. Esto incluye:

- Promover la higiene personal, pidiendo a la persona que se lave la zona genital, incluido el prepucio, antes de la circuncisión e indicarle que se ponga ropa interior limpia.
- Seguir los protocolos quirúrgicos estándar de preparación de la piel en la zona genital, esto tiene relevancia para todos los métodos de circuncisión.
- Mejorar la educación individual y comunitaria sobre el cuidado limpio de la herida después de la circuncisión. Esto incluye ofrecer unas instrucciones claras y comprensibles sobre el cuidado de las heridas y la higiene genital, gasas limpias o estériles para usar en casa, instrucciones claras sobre cuándo se debe regresar al centro de salud para recibir atención después de la intervención, educación sobre los beneficios de la vacuna antitetánica, y educación sobre los peligros de aplicar sobre las heridas sustancias que puedan contener *Clostridium tetani* (p. ej. emplastos con estiércol animal o productos de herboristería).



- Las personas usuarias de otras drogas (como alcohol, 3,4-metilendioximetanfetamina [MDMA], cocaína y nitrilo de amilo) que reducen las inhibiciones y afectan a la capacidad de tomar decisiones seguras también pueden correr riesgo de infectarse por VIH [23]. Asimismo, hay personas que pueden tener factores fisiológicos que facilitan la transmisión del VIH. Por tanto, además de las demás estrategias de prevención del VIH, el personal necesita conocer qué recursos para la reducción de daños están disponibles localmente.

#### 4.4.2 Qué necesita hacer el personal

- Apoyar a la persona ofreciendo acceso a agujas y jeringas limpias, consejería para reducir el consumo de opiáceos, ayudar con el cambio a la metadona o equivalente (con referencia y asistencia cuando sea necesario), estar al día sobre el manejo de las sobredosis (ofrecer naloxona).
- Plantearse otras intervenciones de reducción de daños, como capacitación sobre prácticas de inyección más seguras y consejería sobre reducción de riesgos.
- Ofrecer información basada en los derechos sobre drogas concretas y los riesgos asociados a fin de empoderar a la persona para que tome decisiones bien fundamentadas y haga elecciones saludables.
- Para las personas usuarias con problemas relacionados con el alcohol, ofrecer cribado y una breve intervención después de recibir capacitación específica. Esta intervención a corto plazo puede reducir el consumo de alcohol.
- Saber dónde están situados localmente los servicios de apoyo relevantes para permitir la vinculación o referencia de la persona, si fuera necesario, pero asegurarse de que cualquier servicio que resulte apropiado adopte un enfoque basado en los derechos.
- Conocer las políticas locales y nacionales para la prevención del VIH en las personas usuarias de drogas e identificar los puntos de referencia clave cuando no se ofrezcan a nivel local, incluida la disponibilidad de la PrEP para las personas que se inyectan drogas.

## 5. Tratamiento del VIH

- Se necesita un paquete de tratamiento y servicios de salud de apoyo para todas las personas que viven con VIH, que incluya acceso al TAR.
- Según aumenta el número de personas que inician y continúan su tratamiento para el VIH, prevenir y manejar las enfermedades concomitantes, así como proporcionar atención crónica, son servicios de salud cada vez más importantes.
- El apoyo a las personas que viven con VIH es multidisciplinar e incluye consejería, tratamiento, diagnóstico precoz y tratamiento de las complicaciones relacionadas con el VIH, la salud mental y la nutrición.

### 5.1 Consejería e intervenciones de apoyo para las personas diagnosticadas con infección por VIH

Ofrezca intervenciones de apoyo después de un diagnóstico de VIH, garantizando una vinculación oportuna a los servicios de salud para todas las personas que viven con VIH. Esto es:

- Ayudar a las personas con resultado positivo en las pruebas de VIH para vincularlas a los servicios clínicos de salud apropiados.
- Repetir las visitas para recibir consejería para maximizar el compromiso con equipos multidisciplinarios.
- Hacer un cribado para ver si hay alguna necesidad de salud mental, como depresión o ansiedad (o demencia o disfunción cognitiva como parte del avance de la enfermedad) y ofrecer referencias. Es importante otorgar a las intervenciones de salud mental la misma importancia que a las necesidades físicas e identificar qué servicios de salud pueden integrarse fácilmente con otras intervenciones.
- Referir a las personas usuarias a grupos de apoyo siempre que sea posible.
- Asesorar a las personas usuarias sobre el acceso a otros servicios de salud sexual y reproductiva que incluyan prevención y detección de ITS.
- Asesorar sobre los riesgos/beneficios de notificar la condición de VIH a las parejas, los familiares y los empleadores, ya que esto puede dar lugar a estigma, violencia y aislamiento. El personal debe conocer el contexto jurídico nacional, ya que podría ser imposible realizar una notificación segura.



- Explicar a las personas usuarias que se puede vivir una vida larga y de buena calidad, seguir teniendo relaciones saludables y felices, y evitar la transmisión del VIH a sus parejas sexuales y por vía perinatal si cumplen con el tratamiento que reduce el VIH a una carga viral indetectable.

## 5.2 Tratamiento antirretroviral

### 5.2.1 Información clave

- Todas las personas que viven con VIH deben tener acceso y apoyo para mantener el TAR, que consta de una combinación de fármacos antirretrovirales. El TAR protege el sistema inmunitario y evita el avance de la enfermedad y la transmisión del VIH al reducir la carga viral, lo que a su vez reduce enormemente la morbilidad y mortalidad.
- La OMS recomienda iniciar el TAR para todas las personas que viven con VIH en cuanto sea posible después del diagnóstico sin ninguna restricción por recuento de los leucocitos CD4. La prioridad es iniciar el tratamiento en cuanto sea posible.
- El personal debe conocer las directrices locales para el inicio del tratamiento del VIH.
- Las directrices globales recomiendan que el TAR se inicie para todas las infancias, adolescentes, personas embarazadas y en periodo de lactancia, y personas adultas que viven con VIH, independientemente de la fase clínica y con cualquier recuento de los leucocitos CD4 [24]. Si no hay recursos suficientes, el inicio del TAR debe priorizarse para:
  - infancias, adolescentes y personas adultas con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada
  - personas adultas con un recuento de CD4 de  $\leq 350$  leucocitos/mm<sup>3</sup>
  - personas menores de 5 años de edad en fase clínica 3 o 4 según la OMS o con un recuento de CD4 de  $\leq 750$  leucocitos/mm<sup>3</sup> [25].

### 5.2.2 Qué necesita saber el personal

- Todas las personas que viven con VIH deben seguir un TAR.
- Se deben conocer las directrices locales para el tratamiento.
- Las combinaciones de fármacos del TAR disponibles localmente y cómo conseguirlos según las directrices

nacionales. Si el tratamiento no puede ofrecerse en el centro, saber a dónde referir.

- La supervisión de la carga viral es el método recomendado para identificar si el TAR está funcionando bien. La carga viral puede utilizarse para determinar si hay fracaso o incumplimiento terapéuticos. Cuando una persona que vive con VIH tiene una carga viral inferior al umbral de detección usando pruebas virales, esto se conoce como «inhibición viral». Cuando el virus no puede detectarse, tampoco es transmisible. La carga viral debe medirse y revisarse a los 6 meses después del inicio del tratamiento y, si es indetectable, entonces, como mínimo cada 12 meses. Si la carga viral es detectable, ofrecer un mejor apoyo al cumplimiento terapéutico y repetir la prueba a los 3 meses [26].
- Para las personas que viven con VIH, con cargas virales medidas y estables con TAR, es seguro dejar de hacer las pruebas de CD4, lo que ayuda a reducir costos. Las pruebas de diagnóstico inmediato para carga viral o las de gotas de sangre seca están cada vez más disponibles y pueden mejorar el acceso y la puntualidad de la atención [25].
- El éxito del TAR depende del cumplimiento terapéutico. Las personas adolescentes corren un alto riesgo de perderse durante el seguimiento y de tener un cumplimiento terapéutico deficiente. Las estrategias para mantener el cumplimiento en todos los grupos pueden incluir asesores de pares, SMS por teléfono móvil, dispositivos de recordatorio y apoyo social.

### 5.2.3 Qué necesita hacer el personal

- Ofrecer a la persona información y consejería sobre la importancia del TAR, sus beneficios, qué conlleva el tratamiento, posibles efectos secundarios y planificar el seguimiento, incluso si se refiere a otros lugares.
- Informar a la persona de que el TAR puede reducir drásticamente la carga viral, que es solamente una de varias intervenciones que reducen la transmisión del VIH, y que debe seguir practicando sexo seguro para evitar embarazos u otras ITS.
- Obtener el recuento de CD4 antes del tratamiento cuando esté disponible. Dar consejería sobre el cumplimiento terapéutico y referir para recibir ayuda si fuera necesario. Sugerir algunas estrategias básicas para mejorar el cumplimiento, como poner una alarma o tomar los comprimidos inmediatamente después de una comida o de lavarse los dientes.



- Supervisar a personas que siguen TAR para fomentar el cumplimiento, asegurarse de que el tratamiento está funcionando y detectar otras infecciones. Recetar un tratamiento alternativo o referir a esa persona para su revisión si se confirma que la combinación inicial de fármacos no está funcionando.
- Recomendar un primer seguimiento a los 6 meses o antes.

### 5.2.3.1 Pruebas de carga viral y recuento de los leucocitos CD4

La carga viral es la cantidad de ARN de VIH en una muestra de sangre. El recuento de CD4 mide los leucocitos (células T) y es un marcador del funcionamiento inmunitario. Según se reduce la carga viral, va aumentando el recuento de CD4.

Si está disponible, el recuento de los linfocitos CD4 se recomienda para:

- Indicar el nivel inicial de la enfermedad en el momento del diagnóstico para todas las personas usuarias, tanto si comienzan TAR como si no.
- Evaluar quiénes necesitan referencia urgente para TAR o profilaxis (p. ej. para PEP).
- Ayudar con el diagnóstico de otras enfermedades concomitantes como el tipo de neumonía.

Cuando la prueba de recuento de CD4 no esté disponible:

- No se debe negar el tratamiento a nadie. La supervisión clínica y las pruebas de carga viral pueden permitir identificar a aquellas personas que corren un alto riesgo de que avance la enfermedad por VIH.
- El personal debe saber si hay algún cambio en la disponibilidad de las pruebas de CD4 en su localidad, ya que este es el mejor método para evaluar el riesgo de avance de la enfermedad.

### 5.2.4 Qué necesita saber la persona usuaria

- La escasez de conocimientos sobre el tratamiento del VIH es una de las causas del incumplimiento terapéutico, algo que ocasiona el fracaso del tratamiento y la resistencia farmacológica. Asegúrese de que la información facilitada a la persona sea fácil de entender, comprensible, correcta y se ofrezca de una forma positiva, sin estigmas y que empodere a las personas para ayudarles a tomar sus propias decisiones sobre si inician o no el tratamiento.

- El TAR impide con éxito el avance de la infección por VIH al inhibir el virus del VIH y proteger el sistema inmunitario. Cuanto menos tiempo pase entre el diagnóstico de VIH y el inicio del TAR, mejor serán los resultados. Esto es particularmente importante para las personas embarazadas y en lactancia.
- La decisión de iniciar el TAR corresponde a la persona. Se debe animar a la persona a plantear sus preguntas y a regresar para recibir más consejo si no tiene las cosas claras o cambia de opinión.
- Es posible que se produzca un aumento de las infecciones oportunistas durante los 3 primeros meses de tratamiento, y estas serán más habituales en personas con enfermedad por VIH más avanzada.
- La persona necesitará tomar el TAR durante el resto de su vida y volver para hacerse revisiones según sea necesario.
- Es importante tomar el TAR periódicamente para mantener un buen estado de salud, no hacerlo aumentará el riesgo de fracaso del tratamiento y el riesgo de resistencia farmacológica.
- También se debe hablar con la persona sobre los asuntos relacionados con los efectos secundarios, las interacciones medicamentosas y la fatiga terapéutica, además de sobre la oportunidad de recibir ayuda con el cumplimiento terapéutico.

## 5.3 Evaluación y manejo de las infecciones y enfermedades concomitantes más habituales

Hay varias infecciones y enfermedades concomitantes, así como otros trastornos de salud que son habituales entre las personas que viven con VIH y tienen repercusiones para su tratamiento y atención, incluido el momento y la elección de fármacos antirretrovirales.

Las personas que viven con VIH deben tener disponibles servicios de prevención, detección y manejo de varias infecciones, enfermedades y trastornos de salud concomitantes (consultar el [apéndice 1](#)). Para más información, consultar también el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#) y el [capítulo 8: Ginecología y otros servicios de salud reproductiva](#)). En el [recuadro 5](#) (página siguiente) se resume la profilaxis con cotrimoxazol.





### RECUADRO 5: Profilaxis con cotrimoxazol

La profilaxis con cotrimoxazol es una intervención viable, bien tolerada y económica que reduce la morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH entre las personas que viven con VIH. El cotrimoxazol es un fármaco sin patente que está ampliamente disponible en entornos con recursos limitados.

Es una dosis fija que combina dos fármacos antimicrobianos (sulfametoxazol y trimetoprima) y se utiliza para tratar varias infecciones bacterianas, micóticas y por protozoos.

La profilaxis con cotrimoxazol debe implantarse como un complemento integral de los servicios de salud relacionados con el VIH. Esto incluye su inicio con personas adultas, adolescentes, embarazadas e infancias que vivan con el VIH para la prevención de la neumonía neumocistósica, la toxoplasmosis y las infecciones bacterianas, y también resulta beneficiosa para la profilaxis de la malaria.

Las personas que viven con VIH corren un mayor riesgo de contraer infecciones por malaria con mayor frecuencia y de mayor densidad, malaria grave y muerte relacionada con la malaria, según la intensidad de la transmisión de la malaria en la zona. Entre las intervenciones clave para controlar la malaria figuran el diagnóstico precoz, un tratamiento rápido y eficaz con terapias de combinación con artemisinina, y el uso de mosquiteras tratadas con insecticida e insecticidas de acción residual en interiores para controlar los mosquitos vectores.

En aquellos lugares donde la malaria o las infecciones bacterianas graves tengan alta prevalencia, la profilaxis con cotrimoxazol debe iniciarse independientemente del recuento de los linfocitos CD4 o de la fase de progresión de la enfermedad.

Fuente: OMS [17].

### 5.3.1 Enfermedades no contagiosas

El personal necesita saber lo siguiente:

- La intersección del VIH y las enfermedades no contagiosas está muy influida por el aumento de la supervivencia debido a la eficacia del TAR, el estilo de vida y factores medioambientales, aspectos de las enfermedades asociados al envejecimiento y, en algunos casos, complicaciones a largo plazo del TAR.
- En comparación con las personas sin infección por VIH, las personas que viven con VIH corren un mayor riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares, cuyas causas se deben a muchos factores, incluido un mayor riesgo debido al tabaquismo y los efectos del envejecimiento.
- Las personas que viven con VIH también corren riesgo de presentar otras enfermedades relacionadas con la edad como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, nefropatía y cáncer.
- Las personas proveedoras de servicios de salud sexual y reproductiva deben desempeñar un papel importante en la identificación de estas enfermedades y referir a las personas usuarias a los centros adecuados, cuando sea necesario, para mejorar la salud de las personas que viven con VIH [24].
- Siempre que sea posible, ofrecer intervenciones integradas como consejería sobre nutrición, deshabituación tabáquica, tratamiento para adicciones, promoción del ejercicio físico y manejo de las enfermedades no contagiosas (tensión arterial, colesterol).



## 6. Prevención de la transmisión por vía perinatal

La transmisión del VIH por vía perinatal, también conocida como transmisión vertical, se refiere a la transmisión del VIH de una persona que vive con VIH a su bebé durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o la lactancia. La prevención se centra en iniciar pronto el TAR de la persona que vive con VIH y garantizar su salud.

La prevención de la transmisión por vía perinatal no debe dirigirse únicamente a las personas embarazadas que viven con el VIH. En la *tabla 1* se resumen las estrategias destinadas a reducir la transmisión.

**TABLA 1: Cuatro elementos de una estrategia integral para la prevención de la transmisión por vía perinatal.**

<b>Prevención primaria de la infección por VIH entre mujeres en edad fértil</b>	Esto incluye servicios de salud como información/consejería sobre el VIH, el tratamiento como prevención, detección y manejo de las ITS, promoción de los preservativos, la PrEP, pruebas de VIH para mujeres en edad fértil, incluidas personas embarazadas o en periodo de lactancia que no viven con VIH.
<b>Prevención de embarazos no deseados entre las mujeres que viven con VIH</b>	Esto incluye servicios de salud como información y consejería para respaldar una salud sexual y reproductiva basada en los derechos que incluya acceso a una variedad de opciones anticonceptivas y acceso al aborto seguro.
<b>Prevención de la transmisión del VIH de las mujeres que viven con VIH a sus bebés</b>	Esto incluye atención de la salud como iniciar el TAR de todas las personas embarazadas que viven con VIH (o hacer referencia); ofrecer información sobre el tratamiento; apoyar el cumplimiento terapéutico durante el embarazo y la lactancia; apoyar la nutrición durante la aceptación temprana de los fármacos antirretrovirales y la lactancia; dar consejería sobre la lactancia y la nutrición; profilaxis del VIH para bebés expuestos al VIH según las directrices, facilitando u ofreciendo el parto en una unidad médica.
<b>Prestación de servicios apropiados de tratamiento, atención y apoyo para mujeres con VIH y sus familias</b>	Para bebés expuestos al VIH esto incluye una prueba de diagnóstico precoz neonatal según las directrices, inicio de TAR para bebés diagnosticados como infectados por VIH según las directrices.  Para las mujeres y sus parejas infectadas por VIH, esto incluye consejería en pareja sobre planificación familiar y ayuda para lograr cumplimiento terapéutico durante todo el tratamiento.

Fuente: OMS [27].

### 6.1 Consideraciones para las personas embarazadas

- Las personas embarazadas corren un riesgo más alto de infectarse por VIH con un mayor riesgo de transmisión vertical durante el parto y la lactancia. Las actividades para evitar la transmisión del VIH por vía perinatal son paquetes basados en los derechos de intervenciones centradas en la persona que reducen las posibilidades de que esto ocurra.
- Las mujeres que viven con VIH están expuestas a violencia sexual y basada en el género y a un acceso no equitativo a los servicios de salud.
- La prevención de la transmisión por vía perinatal incluye ofrecer TAR a las personas embarazadas que viven con VIH.
- El seguimiento de bebés y su testeo periódico durante el periodo de nutrición infantil es algo crítico y debe organizarse localmente o derivarse.



### ¿Cuáles son los beneficios de evitar la transmisión por vía perinatal?

- Una reducción del número de transmisiones verticales de VIH y un aumento del número de bebés a los que se les hace pruebas al nacer (diagnóstico precoz neonatal). A nivel global, solamente se hace pruebas a un 50 por ciento de bebés con exposición al VIH durante las 8 primeras semanas de vida y solamente un 30 por ciento tienen vínculo con servicios de salud que ofrecen TAR.
- La prevención de la transmisión por vía perinatal en este contexto ofrece un punto de entrada a servicios de salud sexual y reproductiva más amplios y a otra atención médica para las personas y sus bebés, y las personas no embarazadas que viven con VIH. Estos incluyen detección de ITS, detección del cáncer de cuello uterino, métodos anticonceptivos, acceso al aborto seguro y prevención de la violencia sexual y basada en el género.

### ¿Quién puede prestar estos servicios de salud?

- Una gran variedad de proveedores de servicios de salud según el traspaso de tareas y las directrices locales.

Las recomendaciones para las personas embarazadas se resumen en el *recuadro 6*.

## 6.2 Opciones de anticonceptivos para las mujeres que corren un alto riesgo de infección por VIH o que viven con VIH

Evitar un embarazo no deseado también forma parte de un paquete de atención destinado a reducir la transmisión del VIH por vía perinatal.

Mujeres con alto riesgo de infección por VIH:

- El riesgo de que una persona se infecte con el VIH no limita su elección de método anticonceptivo.
- Las mujeres que corren alto riesgo de infección por VIH pueden usar todos los métodos anticonceptivos sin restricciones (categoría 1 de los criterios médicos de elegibilidad) incluidas píldoras de progestágeno solo; acetato de medroxiprogesterona de depósito por vía intramuscular y subcutánea (AMPD-IM/SC), inyectables de enantato de noretisterona; implantes de levonorgestrel y etonogestrel; dispositivos intrauterinos de cobre y levonorgestrel; y anticonceptivos hormonales combinados (anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables combinados, parches anticonceptivos combinados, y anillos vaginales combinados) [28] (consultar el *capítulo 4: Anticoncepción, apéndice 1*)

### RECUADRO 6: Recomendaciones para personas embarazadas que vive con VIH

- La OMS recomienda que no se sugiera de forma sistemática el parto por cesárea electiva a las mujeres que viven con VIH.
- Independientemente del momento de inicio del TAR, todas las personas embarazadas deben hacerse una prueba de carga viral a las 34–36 semanas de embarazo (o como muy tarde en el momento del parto) para identificar las que corren riesgo de fracaso terapéutico o que puedan dar a luz a bebés con mayor riesgo de transmisión por vía perinatal.
- Se recomienda pinzamiento tardío del cordón umbilical (realizado aproximadamente entre 1 y 3 minutos después del parto) para todos los partos a la vez que se inicia simultáneamente la atención básica del recién nacido.
- El TAR debe iniciarse con todas las personas embarazadas y en periodo de lactancia que vivan con VIH, independientemente de la fase clínica de la OMS y del recuento de los linfocitos CD4, y debe seguir tomándose durante toda la vida.
- Para todas las personas en periodo de lactancia, independientemente de cuando se inicie el TAR, realizar una prueba de carga viral 3 meses después del parto y, a continuación, cada 6 meses para detectar episodios virémicos durante el periodo postnatal.
- Las mujeres que viven con VIH pueden amamantar durante al menos 12 meses y pueden continuar haciéndolo hasta 2 años o más siempre que estén cumpliendo con el TAR.

Fuente: OMS [26].



Mujeres que viven con VIH:

- Se debe ofrecer el uso de anticonceptivos para evitar el embarazo a las mujeres que viven con VIH y no deseen quedar embarazadas; no obstante, nunca se debe obligar a nadie a utilizarlos. Para las personas que desean quedar embarazadas, se debe hablar sobre las estrategias para disminuir la transmisión del VIH por vía perinatal y ofrecerlas.
- Las opciones anticonceptivas para las mujeres que viven con VIH se resumen bajo los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos hormonales (consultar el *capítulo 4: Anticoncepción, apéndice 1*).
- Debido a posibles interacciones entre ciertos anticonceptivos hormonales y ciertos medicamentos antirretrovirales, el personal necesita seguir las recomendaciones sobre interacciones de los antirretrovirales (disponible en los criterios médicos de elegibilidad, consultar el *capítulo 4: Anticoncepción, apéndice 1*) a la hora de asesorar a las personas que viven con VIH sobre la eficacia de los anticonceptivos. Una persona que vive con VIH y toma medicamentos antirretrovirales debe hablar con sus proveedores sobre su posible efecto en la eficacia de los anticonceptivos, ya que las recomendaciones varían según las distintas fases del VIH.
- Esto subraya la necesidad de disponer de una amplia gama de anticonceptivos, una elección bien fundamentada y proveedores con sensibilidad, para que todas las mujeres que viven con VIH se sientan capaces de analizar a fondo sus opciones. Según los criterios médicos de elegibilidad (consultar el *capítulo 4: Anticoncepción, apéndice 1*), las mujeres asintomáticas con infección por VIH y las mujeres con sida pueden utilizar la mayoría de los métodos anticonceptivos de forma segura y eficaz.
- Los preservativos (tanto masculinos como femeninos) siguen siendo el único método anticonceptivo que también puede reducir la transmisión del VIH y otras ITS.

### 6.2.1 Qué necesita hacer el personal

Hay muchas oportunidades para que las personas proveedoras que trabajan en las clínicas prenatales ofrezcan un paquete de intervenciones para la prevención del VIH. Entre ellas figuran las siguientes:

- Prevenir que las mujeres que corren alto riesgo de infección por VIH contraigan el virus mediante la consejería sobre las pruebas de VIH, el uso de métodos de barrera, PrEP y PEP, y la detección y tratamiento de ITS entre aquellas que viven con VIH.
- Evitar la transmisión del VIH al feto mediante el diagnóstico de VIH durante la consulta prenatal

y asesorar sobre la importancia de tomar TAR y el cumplimiento terapéutico.

- Ofrecer seguimiento y apoyo continuos a las mujeres que viven con VIH y sus familias, y organizar y fomentar vínculos más estrechos entre las personas que viven con VIH y los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Dar consejería sobre anticonceptivos después del parto para evitar embarazos no deseados (consultar el *capítulo 4: Anticoncepción*).
- Ofrecer información sobre prácticas de alimentación de bebés, diagnóstico precoz neonatal y referencia para seguimiento y apoyo si no está disponible localmente.

Esta es una oportunidad clave para que las personas proveedoras hablen sobre el parto en las unidades médicas, asesorar sobre las prácticas de parto seguro y detectar casos de violencia sexual y basada en el género. Es posible que la persona necesite referencia a una persona especialista para recibir más consejería y tratamiento.

El personal debe:

- Asesorar a todas las adolescentes sobre los beneficios del TAR y los anticonceptivos.
- Asesorar a todas las mujeres que viven con VIH sobre los beneficios de los anticonceptivos.
- Asesorar a todas las mujeres sobre las medidas de prevención más amplias como el uso de métodos de barrera.

## 6.3 Servicios móviles y digitales para la salud y el autocuidado en la prevención y tratamiento del VIH

### 6.3.1 Servicios de salud móviles y digitales

Los teléfonos móviles, Internet u otras plataformas digitales (p. ej. SMS, aplicaciones de redes sociales, aplicaciones/sitios web de contactos) ofrecen una oportunidad sin precedentes para llegar y atraer a comunidades y personas a fin de ayudarlas a mejorar su salud sexual y reproductiva, lo que incluye la prevención y atención para las ITS y el VIH. Hay varias estrategias para diseñar y utilizar las herramientas tecnológicas a fin de mejorar los resultados, incluido cómo estas herramientas pueden ayudar a las clínicas a mejorar la eficiencia, cobertura y calidad de la atención, así como abordar conductas de salud en las poblaciones claves.

Para obtener información adicional sobre cómo incorporar la salud móvil y digital a los programas para ITS/VIH, consultar el *capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual, apartado 2.2.1*.



### 6.3.2 Autocuidado y autodiagnóstico del VIH

El autodiagnóstico del VIH es una forma segura, precisa y eficaz de llegar a personas que, de lo contrario, podrían no hacerse nunca una prueba de VIH. Se ha demostrado que el autodiagnóstico del VIH es una opción discreta, que empodera a las personas y les resulta muy aceptable, incluidas poblaciones claves y las personas jóvenes, entre otras. El autodiagnóstico del VIH ayuda a aumentar la autonomía de la persona, descentraliza los servicios de salud y genera demanda para las pruebas de VIH entre las personas a las que no llega la atención existente.

Con el autodiagnóstico del VIH, una persona utiliza un sencillo kit de prueba de VIH rápida para recoger su propia muestra, realizar la prueba e interpretar el resultado, en el momento y lugar que más le convenga. Las personas con un resultado de prueba reactiva deben hacer otras pruebas con una persona proveedora de servicios de salud. Tras un resultado de autodiagnóstico negativo, volver a hacerse la prueba solamente es necesario para las personas que corran un riesgo constante y las que hayan notificado una posible exposición al VIH durante las 12 semanas anteriores.

La OMS recomienda ofrecer el autodiagnóstico del VIH como método adicional a las pruebas de VIH [29,30].

## 6.4 Consideraciones para los contextos humanitarios

### 6.4.1 Prevención y tratamiento del VIH en contextos humanitarios y de crisis

La prevalencia de las ITS, incluido el VIH, puede aumentar en situaciones de emergencia si no hay una prestación de servicios de salud para su prevención, detección y tratamiento. Las ITS pueden afectar gravemente a la salud sexual y reproductiva, y algunas pueden incrementar el riesgo de transmisión del VIH.

Para aquellas personas que viven con VIH y ya han comenzado un TAR, la alteración o interrupción del tratamiento podría ocasionar resistencia a los medicamentos antirretrovirales y aumentar considerablemente la posibilidad de enfermedad grave o incluso la muerte. Vincular a esas personas que están tomando antirretrovirales a un tratamiento continuo es vital y podría salvarles la vida.

Llevar a cabo pruebas de VIH para la población general de personas que acuden a servicios no es viable al comienzo de una crisis; la única excepción son las pruebas y la consejería de VIH en el contexto de los programas de prevención de la transmisión por vía perinatal, que deben continuar para reducir el riesgo de infección fetal o neonatal por VIH.

La oferta de pruebas de VIH debe reiniciarse en su totalidad en cuanto se hayan establecido el resto de prioridades del paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM). Esto asegura que el TAR pueda iniciarse rápidamente con las personas que estén infectadas por el VIH. La OMS recomienda iniciar el TAR con todas las personas infectadas por el VIH, independientemente de su fase clínica según la OMS y del recuento de los linfocitos CD4 [25].

La profilaxis con cotrimoxazol es un tratamiento médico sencillo y bien tolerado para la prevención de infecciones oportunistas en personas que viven con el VIH. Se recomienda para personas adultas (incluidas personas embarazadas), bebés, niñas y adolescentes con VIH, además de personas con VIH y enfermedad activa de tuberculosis [17].

### Objetivo 3 del PSIM: Prevenir la transmisión del VIH y otras ITS y reducir su morbilidad y mortalidad

- Establecer un uso seguro y racional de las transfusiones de sangre.
- Velar para que se apliquen las precauciones estándar.
- Garantizar la disponibilidad de preservativos masculinos gratuitos y, cuando corresponda (p. ej. cuando la población ya los use), garantizar que se proporcionen preservativos femeninos, así como lubricantes compatibles con preservativos.
- Apoyar el suministro de antirretrovirales (ARV) para permitir que las personas que ya estaban siguiendo un tratamiento antirretroviral (TAR) antes de la emergencia sigan con su tratamiento sin interrupciones, incluidas mujeres que participan en programas de prevención de transmisión vertical.
- Ofrecer PEP a las personas sobrevivientes de violencia sexual según resulte apropiado, y para la exposición ocupacional.
- Apoyar la provisión de profilaxis con cotrimoxazol para prevenir infecciones oportunistas en personas diagnosticadas con VIH o que ya se sepa que viven con VIH.
- Garantizar que en los establecimientos de salud se ofrezca el manejo sindrómico de ITS.

Fuente: IAWG [31].



Las personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género y las que hayan estado expuestas accidentalmente a sangre (p. ej. profesionales de los servicios de salud por una lesión con una aguja) deben tener a su disposición PEP para el VIH.

Las medidas para reducir la transmisión de ITS y del VIH deben incluir una gran disponibilidad de preservativos y entrega gratuita de los mismos. Asegurar la disponibilidad de preservativos masculinos y femeninos (lubricados, o con lubricantes compatibles, según sea necesario) en todos los lugares apropiados (tanto dentro como fuera del centro) desde los primeros días de la respuesta humanitaria es algo crucial, ya que los preservativos ofrecen la mejor protección frente a las ITS, incluido el VIH.

## 7. Referencias

- [1] Organización Mundial de la Salud. Infección por el VIH Datos y cifras [sitio web]. Noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. Consultado el 12 de diciembre de 2021.
- [2] Organización Mundial de la Salud. HIV/AIDS. Health topics [sitio web]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/hiv-aids>. Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [3] Organización Mundial de la Salud. Global health sector strategy on HIV: 2016–2021. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.05>. Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [4] Federación Internacional de Planificación Familiar. IPPF comprehensive HIV services package. Londres: IPPF; 2020. Disponible en: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-07/PPF%20-%20Comprehensive%20HIV%20Services%20Package.pdf>. Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [5] Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>. Consultado el 17 de febrero de 2020.
- [6] Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>. Consultado el 12 de diciembre de 2021.
- [7] Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179870>. Consultado el 12 de febrero de 2020.
- [8] Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre los servicios de detección del VIH para una epidemia cambiante. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.31>. Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [9] Organización Mundial de la Salud. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44646/9789241501972\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44646/9789241501972_eng.pdf). Consultado el 3 de marzo de 2020.
- [10] Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations to assure HIV testing quality. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179521>. Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [11] Organización Mundial de la Salud. Guidelines on HIV self-testing and partner notification supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251655>. Consultado el 17 de febrero de 2020.
- [12] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. UNAIDS Terminology Guidelines. Ginebra: ONUSIDA; 2015. Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2015\\_terminology\\_guidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf). Consultado el 2 de marzo de 2020.
- [13] UNFPA, OMS, ONUSIDA. Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado. Julio de 2015. Disponible en [https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702\\_condoms\\_prevention](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention). Consultado el 28 de febrero de 2018.
- [14] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Condom and lubricant programming in high HIV prevalence countries. Nueva York: ONUSIDA; 2014. Disponible en [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/condoms\\_guidancenote\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/condoms_guidancenote_en.pdf). Consultado el 28 de febrero de 2018.
- [15] Grant RM, Pellegrini M, Defechereux PA, et al. Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clin Infect Dis*. 2021;73(7):e2117–e2123.



- [16] Organización Mundial de la Salud. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255889>. Consultado el 19 de febrero de 2020.
- [17] Organización Mundial de la Salud. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach – December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145719>. Consultado el 20 de febrero de 2020.
- [18] Organización Mundial de la Salud. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333841>. Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [19] Farley TM, Samuelson J, Grabowski MK, Ameyan W, Gray RH, Baggaley R. Impact of male circumcision on risk of HIV infection in men in a changing epidemic context—systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2020;23:e25490.
- [20] Organización Mundial de la Salud. Manual for male circumcision under local anaesthesia and HIV prevention services for adolescent boys and men. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/manual-for-male-circumcision-under-local-anaesthesia-and-hiv-prevention-services-for-adolescent-boys-and-men>. Consultado el 20 de febrero de 2020.
- [21] Organización Mundial de la Salud. Guideline on the use of devices for adult male circumcision for HIV prevention. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/93178>. Consultado el 28 de febrero de 2020.
- [22] Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Red Internacional de Personas que usan drogas, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2017. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2017\\_HIV-HCV-programmes-people-who-inject-drugs\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_HIV-HCV-programmes-people-who-inject-drugs_en.pdf). Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [23] Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs. Technical Guide. Viena: ONUDD; 2019. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People\\_who\\_use\\_drugs/19-04568\\_HIV\\_Prevention\\_Guide\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf). Consultado el 26 de junio de 2020.
- [24] Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach, second edition. Ginebra: OMS; 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>. Consultado el 12 de febrero de 2020.
- [25] Organización Mundial de la Salud. What's new in treatment monitoring: viral load and CD4 testing. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2017.22>. Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [26] Organización Mundial de la Salud. Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022232>. Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [27] Organización Mundial de la Salud. Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH – Directrices. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241549998>. Consultado el 15 de abril de 2022.
- [28] Organización Mundial de la Salud. Contraceptive eligibility for women at risk of HIV. Guidance statement: recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550574>. Consultado el 2 de marzo de 2020.



- [29] Organización Mundial de la Salud. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf>. Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [30] Organización Mundial de la Salud. WHO recommends HIV self-testing. Policy brief. Diciembre de 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251549/1/WHO-HIV-2016.21-eng.pdf>. Consultado el 24 de octubre de 2021.
- [31] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios. Nueva York: IAWG; 2018. Disponible en: <https://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-Spanish-web.pdf>. Consultado el 24 de octubre de 2021.





## 8. Apéndices

### Apéndice 1: Resumen de las principales infecciones y enfermedades concomitantes entre las personas que viven con VIH

Infección	Información clave	Manifestaciones clínicas	Detección y diagnóstico	Profilaxis y tratamiento
<b>Tuberculosis (TB) y enfermedad criptocócica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es la infección oportunista mortal más frecuente entre las personas que viven con VIH. Una causa principal de muerte.</li> <li>El inicio puntual del tratamiento antirretroviral (TAR) y la ejecución de las «tres íes» para VIH/TB (Incremento de los casos de TB; tratamiento preventivo con isoniazida y control de las Infecciones) son aspectos claves para prevenir la TB y la mortalidad por TB asociada al VIH.</li> <li>El personal debe estar atento a los signos y referir cuanto antes a un centro especializado si sospecha o se diagnostica alguna infección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fiebre</li> <li>Tos de cualquier duración</li> <li>Pérdida de peso</li> <li>Sudoración nocturna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas sistemáticas de detección con un algoritmo que contiene las manifestaciones clínicas.</li> <li>Identificar a las personas que se han priorizado para diagnóstico de TB o a las que se haya administrado tratamiento preventivo para la TB.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El uso combinado del tratamiento preventivo con isoniazida y el TAR ha demostrado beneficios tanto en la prevención de la TB como en la mortalidad, incluido con personas que presentan un recuento de CD4 más alto.</li> <li>Se recomienda excluir la TB en la etapa de pruebas del VIH.</li> </ul>
<b>Meningitis criptocócica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infección oportunista habitual y una causa principal de muerte entre las personas que viven con VIH antes y después del inicio con el TAR, especialmente en el África Subsahariana y el Sudeste Asiático.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Exige diagnóstico, detección y prevención de la infección criptocócica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamientos de inducción, consolidación y mantenimiento.</li> <li>Supervisión y manejo de las reacciones adversas.</li> </ul>



Infección	Información clave	Manifestaciones clínicas	Detección y diagnóstico	Profilaxis y tratamiento
<b>Infecciones de transmisión sexual (ITS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las ITS pueden causar complicaciones, transmitirse a las parejas sexuales y aumentar la transmisión del VIH. Estas tienen una mayor incidencia entre las personas que viven con VIH a causa de su efecto inmunodepresor.</li> <li>La infección por HIV también puede alterar la evolución natural de las ITS; como la infección por el virus del herpes simple.</li> <li>Además, se observan VPH, sífilis y otras ITS entre las personas con enfermedad avanzada por VIH.</li> <li>Es necesario detectar, diagnosticar y tratar apropiadamente las ITS, ya que la mayoría de las infecciones son asintomáticas, especialmente entre las mujeres.</li> <li>Si una persona presenta una ITS (tanto sintomática como no), esto puede ser una señal de alerta de un riesgo más alto de transmisión del VIH, especialmente para los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y personas trabajadoras sexuales.</li> <li>Se debe informar a las personas que acuden a las clínicas de salud sexual y reproductiva que las ITS, como la sífilis o la gonorrea, aumentan quizás el doble o el triple el riesgo de contraer o transmitir el VIH.</li> </ul>			
<b>Cánceres del aparato reproductor, incluido el cáncer de cuello uterino</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Están causados por la transmisión sexual de los VPH de alto riesgo (normalmente los subtipos 16 y 18).</li> <li>Son curables si se diagnostican y tratan a tiempo.</li> <li>Las mujeres que viven con VIH corren un mayor riesgo de presentar precáncer y cáncer invasivo del cuello uterino.</li> <li>El riesgo y la persistencia de la infección por VPH aumenta con un recuento bajo de leucocitos CD4 y una carga viral alta de VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la fase precancerosa, no hay síntomas.</li> <li>El cáncer se presenta con hemorragia vaginal y leucorrea anormales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con citología o inspección visual con ácido acético según los protocolos locales, independientemente de si siguen TAR, su recuento CD4 o su carga viral.</li> <li>Necesitarán pruebas de detección más a menudo que las mujeres sin VIH y a cualquier edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con crioterapia o una escisión con asa de gran tamaño.</li> <li>Se recomienda vacuna contra los VPH antes de iniciar la actividad sexual para evitar cánceres y condilomas genitales.</li> </ul>
<b>Condilomas genitales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Están causados por la transmisión sexual de los VPH de bajo riesgo (normalmente los subtipos 16 y 11).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bultos de color carne, a veces en forma de coliflor.</li> <li>A veces son dolorosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escisión.</li> <li>Vacuna de los VPH como se indicó anteriormente.</li> </ul>



Infeción	Información clave	Manifestaciones clínicas	Detección y diagnóstico	Profilaxis y tratamiento
<b>Hepatitis vírica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una causa cada vez mayor de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH en algunas regiones, incluso entre las personas que reciben TAR.</li> <li>Un enfoque integral incluye prevención, pruebas del virus de la hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC), vacuna contra la hepatitis B, y tratamiento y atención para las personas con VIH que también estén infectadas con hepatitis B o hepatitis C.</li> </ul>			
<b>Hepatitis B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La infección crónica por VHB afecta a entre un 5 y un 20 por ciento de las personas que viven con VIH en todo el mundo.</li> <li>Transmisión hemática y a través del semen y otros líquidos corporales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signos de enfermedad aguda y crónica (cirrosis o cáncer de hígado), ictericia en piel y ojos</li> <li>Pérdida de peso</li> <li>Dolor abdominal</li> <li>Prurito cutáneo</li> <li>Orina de color oscuro y heces pálidas/sanguinolentas/oscuras</li> <li>Fatiga crónica</li> <li>Náuseas y vómitos</li> <li>Inflamación de las piernas y los tobillos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La hepatitis B se diagnostica mediante análisis de sangre.</li> <li>Tras el diagnóstico, es necesario hacer una valoración del grado de daño hepático.</li> <li>Desde 2015, la OMS recomienda tratamiento para todas las personas diagnosticadas con infección simultánea por VHB y VHC, independientemente de la fase de la hepatopatía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se recomienda tratamiento por vía oral (tenofovir, entecavir), ya que son los más potentes inhibidores del VHB.</li> <li>Prevención con la serie de vacunas para la hepatitis B.</li> </ul>
<b>Hepatitis C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El VHC afecta a entre un 5 y un 15 por ciento de las personas, cifra que asciende al 90 por ciento entre las personas que se inyectan drogas.</li> <li>Una causa cada vez mayor de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con VIH en algunas regiones, incluso entre las personas que reciben TAR, personas que se inyectan drogas al compartir instrumentos de inyección.</li> <li>Transmisión hemática.</li> </ul>			
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Se diagnostica mediante detección de los anticuerpos contra el VHC con un análisis serológico. Si el análisis es positivo para anticuerpos contra el VHC, se necesita una prueba de ácido nucleico para el ARN del VHC a fin de confirmar la infección crónica por VHC (algunas personas infectadas por VHC poseen una fuerte respuesta inmunitaria, curando la infección sin necesidad de tratamiento).</li> <li>Tras el diagnóstico, es necesario hacer una valoración del grado de daño hepático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los fármacos antirretrovirales, denominados antivirales de acción directa (AAD) son el tratamiento más nuevo y eficaz.</li> <li>No hay vacuna para la hepatitis C.</li> </ul>

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach, second edition. Ginebra: OMS; 2016. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Ginebra: OMS; 2015. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Ginebra: OMS; 2018. Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Hepatitis B. Datos y cifras. Junio de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. Consultado el 27 de junio de 2022.

# Capítulo 8:

## Ginecología y otros servicios de salud reproductiva

# índice

<b>1. Introducción</b>	<b>286</b>
<b>2. Pubertad</b>	<b>286</b>
<b>3. Manejo de las enfermedades ginecológicas habituales</b>	<b>287</b>
3.1 Hemorragia uterina anormal	287
3.2 Miomas uterinos	289
3.3 Dolor pélvico	290
3.4 Menopausia	294
<b>4. Manejo de las enfermedades andrológicas habituales</b>	<b>295</b>
4.1 Hiperplasia benigna de próstata	295
4.2 Hidrocele	296
4.3 Torsión testicular	296
4.4 Disfunción eréctil	297
<b>5. Grupos transgénero</b>	<b>298</b>
5.1 Anamnesis y examen físico	298
5.2 Tratamientos quirúrgicos y médicos	298
5.3 Mantenimiento sistemático de la salud	299



<b>6. Esterilidad</b>	<b>299</b>
6.1 Causas y factores de riesgo	299
6.2 Evaluación en pareja	300
6.3 Consejería y consejos médicos para las parejas que viven con la esterilidad	300
6.4 Manejo y tratamiento	301
<b>7. Cánceres habituales del aparato reproductor</b>	<b>301</b>
7.1 Cáncer de cuello uterino	301
7.2 Cáncer de mama	303
7.3 Cáncer de próstata	305
7.4 Otros cánceres del aparato reproductor	306
<b>8. Referencias</b>	<b>307</b>
<b>9. Apéndices</b>	<b>310</b>
Apéndice 1: Opciones de tratamiento y supervisión de la terapia hormonal para personas transgénero	310
Apéndice 2: Inspección visual con ácido acético (IVAA)	312
Apéndice 3: Descripción de la crioterapia y el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)	314
Apéndice 4: Resumen del riesgo de cáncer de mama	316
Apéndice 5: Pasos para el autoexamen de las mamas	317



## 1. Introducción

La ginecología es la rama de la medicina que se especializa en el sistema reproductor femenino, mientras que la andrología aborda el sistema reproductor masculino. Las personas intersexuales, transgénero y transexuales pueden presentar una combinación de órganos reproductores y características sexuales masculinas y femeninas, tanto por nacimiento como debido a una o varias intervenciones quirúrgicas o farmacológicas.

La salud reproductiva se refiere a la salud del sistema reproductor de las personas, sus procesos y funciones, en todas las etapas de la vida. Una buena salud reproductiva implica que una persona tiene la capacidad de «tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura» y «la capacidad de procrear y la libertad para decidir si hacerlo o no, en qué momento y con qué frecuencia» [1].

En este capítulo se explican los elementos básicos de la evaluación (detección, pruebas, diagnósticos) y el manejo (tratamiento o referencia) en la salud reproductiva, además de hablar sobre las enfermedades ginecológicas y andrológicas habituales, los cánceres del aparato reproductor y la esterilidad. Para más información sobre la evaluación inicial de la persona, consultar el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#).

### Acrónimos

<b>AINE</b>	fármacos antiinflamatorios no esteroideos
<b>DIU-LNG</b>	dispositivo intrauterino con levonorgestrel
<b>HUA</b>	hemorragia uterina anormal
<b>ITS</b>	infección de transmisión sexual
<b>IVAA</b>	inspección visual con ácido acético
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PDE5</b>	fosfodiesterasa tipo 5
<b>PQO</b>	poliquistosis ovárica
<b>VPH</b>	virus de los papilomas humanos

## 2. Pubertad

La pubertad es la etapa de la vida en la que tiene lugar la madurez sexual. Las niñas suelen experimentar la pubertad antes que los niños. Es un proceso que suele ocurrir entre los 8 y los 13 años de edad para las niñas, y entre los 9 y los 14 años para los niños. Causa cambios físicos y afecta a los niños y las niñas de diferente manera. La pubertad conlleva una serie de transformaciones biológicas y físicas, que incluyen el desarrollo de las características sexuales secundarias y el inicio de la fertilidad (*tabla 1*). El comienzo y la evolución de los cambios puberales suelen describirse mediante las etapas de Tanner [2]. Los niños y las niñas se clasifican según una escala de cinco puntos. La etapa 1 es la preadolescencia, mientras que la etapa 5 significa que los genitales ya tienen su tamaño y forma adulta final. El proceso suele ocurrir naturalmente. Además de los cambios físicos, también puede afectar a la salud mental y emocional, y algunas

**TABLA 1: Signos y síntomas de la pubertad**

	Niños (de 9 a 14 años)	Niñas (de 8 a 13 años)
<b>Signos y síntomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta el tamaño de los testículos (escroto) y el pene</li> <li>• Crece el vello en la zona púbica y las axilas</li> <li>• Aparece vello facial</li> <li>• Crecen los músculos, la voz se agrava</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo mamario (algunas personas pueden usar el término «brotes» mamarios)</li> <li>• Crece el vello en la zona púbica y las axilas</li> <li>• Las caderas y los muslos aumentan de tamaño (acumulación de grasa)</li> <li>• Menstruación (esto suele ser lo último que ocurre)</li> </ul>
	Tanto los niños como las niñas pueden presentar acné y experimentar un crecimiento repentino	



personas adolescentes podrían notificar depresión, ansiedad y seguir conductas peligrosas, como el consumo de drogas y mantener relaciones sexuales no seguras.

La pubertad precoz, un estado que se produce cuando la madurez sexual comienza antes de lo normal, empieza antes de los 8 años para las niñas y antes de los 9 para los niños. Es posible que las niñas con pubertad precoz no alcancen su estatura plena y experimenten problemas psicológicos y sociales relacionados con su apariencia física. La pubertad tardía es el nombre de un trastorno en el que la madurez sexual del cuerpo se produce más tarde de los intervalos de edad normales (>14 años). Tanto la pubertad precoz como la tardía pueden indicar trastornos genéticos y de producción hormonal. Se necesita una anamnesis exhaustiva, exámenes y pruebas para confirmar las causas subyacentes. También se deben prestar servicios de consejería y salud mental a las personas usuarias y sus familias durante el proceso. Además de abordar las enfermedades subyacentes, se pueden utilizar hormonas para frenar o aumentar el desarrollo sexual. Si fuera necesario, las personas usuarias pueden referirse a un especialista.

### 3. Manejo de las enfermedades ginecológicas habituales

La persona puede presentar síntomas que exigen exámenes, evaluaciones, pruebas y tratamientos de ginecología. Los procedimientos de examen y evaluación se describen en el *capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios*. En este apartado se ofrece más información sobre las siguientes enfermedades ginecológicas habituales: hemorragia uterina anormal, miomas uterinos, dolor pélvico, menopausia y esterilidad.

#### 3.1 Hemorragia uterina anormal

El sangrado menstrual normal se produce cada 24–38 días con una cantidad de flujo variable y suele durar menos de 8 días, sin presencia de sangrado entre las menstruaciones. La hemorragia uterina anormal (HUA) es cualquier desviación del ciclo menstrual normal y se clasifica según el sistema PALM-COEIN (*tabla 2*).

Se han abandonado términos diagnósticos como menorragia, metrorragia, oligomenorrea y hemorragia uterina disfuncional, ya que no tienen un significado o definición universalmente acordado. La HUA crónica se define como una HUA presente durante la mayor parte de los 6 meses anteriores [3,4,5].

#### 3.1.1 Causas y factores de riesgo

Hay muchas causas de la HUA y cada persona puede tener más de una enfermedad subyacente. En algunos casos no se puede averiguar la causa. Las posibles causas de la HUA se clasifican según causas estructurales y no estructurales según el sistema de clasificación PALM COEIN (*Tabla 2*). Entre las causas más habituales de HUA figuran causas estructurales como pólipos (HUA-P), miomas (HUA-L) y cánceres del útero o el cuello uterino (HUA-M); y causas no estructurales como trastornos de la ovulación (HUA-O); efectos de los métodos anticonceptivos, como los dispositivos intrauterinos o las píldoras anticonceptivas orales (HUA-I); y trastornos hemorrágicos (HUA-C). Este sistema no abarca el sangrado vaginal durante el embarazo, como el embarazo ectópico o un aborto incompleto (consultar el *capítulo 9: Salud materna*) o las hemorragias relacionadas con causas infecciosas (consultar el *capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual*).

**TABLA 2: Sistema de clasificación PALM COEIN para las hemorragias uterinas anormales**

PALM (causas estructurales)	COEIN (causas no estructurales)
Pólipo (HUA-P)	Coagulopatía (HUA-C)
Adenomiosis (HUA-A)	Disfunción Ovulatoria (HUA-O)
Leiomioma (HUA-L)	Endometrial (HUA-E)
Malignidad e hiperplasia (HUA-M)	Iatrogenia (HUA-I)
	No clasificada de otro modo (HUA-N)

Fuente: Munro et al. [5].



### 3.1.2 Evaluación y manejo de la HUA crónica (presencia de síntomas durante $\geq 6$ meses)

#### 3.1.2.1 Anamnesis

Además de una anamnesis básica, las preguntas para descartar la HUA crónica deben centrarse en descartar la posibilidad de embarazo, infección y cánceres del aparato reproductor, así como determinar hasta qué punto son molestos los síntomas para cada persona.

#### 3.1.2.2 Examen

Después de un examen físico general, comenzar con el examen del aparato reproductor femenino como se describe en el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#). Es de vital importancia identificar si hay algún signo clínico de anemia, causas hormonales de la HUA como hipotiroidismo, u observaciones patológicas sospechosas como pólipos y cáncer.

Según el resultado del examen, realizar más pruebas como análisis de sangre, pruebas funcionales tiroideas, ecografía, biopsia del endometrio o detección de cáncer de cuello uterino para confirmar el diagnóstico.

#### 3.1.2.3 Manejo de la HUA crónica

El manejo de la HUA crónica depende de la causa subyacente. Cuando se trata de causas estructurales, como miomas o cáncer, es posible que sean necesarias intervenciones quirúrgicas (consultar el [apartado 3.2.2](#) para ver información sobre las opciones para el manejo de los miomas uterinos). Cuando la causa subyacente no sea estructural, el tratamiento debe centrarse en mejorar cualquier efecto perjudicial sobre la calidad de vida (vida social, empleo, bienestar psicológico y vida sexual) en lugar de centrarse en la pérdida de sangre menstrual. Hablar con cada persona sobre las distintas opciones de tratamiento. Si fuera necesario, ofrecer un contacto de seguimiento para volver a evaluar la situación.

Aunque se puede utilizar dilatación y curetaje para detectar hiperplasias o cáncer en el endometrio, ese no es un tratamiento eficaz para la HUA. Se puede usar aspiración con un aspirador manual al vacío a fin de extraer muestras de tejido para biopsia.

La histerectomía no es un tratamiento de primera línea para la HUA y no se recomienda a menos que hayan fracasado otros tratamientos y la persona desee hacerlo después de recibir la consejería apropiada.

En las personas adolescentes, la HUA suele estar ocasionada con mayor frecuencia por anovulación persistente debido

a inmadurez o trastorno de la regulación en el eje hipotálamo-hipófiso-ovárico. La HUA en adolescentes también puede deberse al uso de anticonceptivos hormonales, embarazo, infección pélvica, coagulopatías o tumores. Hasta un 19 por ciento de adolescentes con HUA que necesitan hospitalización puede tener una coagulopatía subyacente, lo que subraya la importancia de la detección de los trastornos de la coagulación en este grupo de personas usuarias [6].

La HUA se produce con mayor frecuencia en mujeres de entre 19 y 39 años de edad como resultado del embarazo, lesiones estructurales (p. ej. leiomiomas o pólipos), ciclos anovulatorios (p. ej. poliquistosis ovárica, [PQO]), uso de anticonceptivos hormonales e hiperplasia endometrial. El cáncer de endometrio es menos habitual, pero puede presentarse en este grupo de edad. En mujeres desde los 40 años a la menopausia, la HUA puede deberse a sangrado anovulatorio, algo normal como respuesta a la disminución del funcionamiento ovárico. También puede deberse a hiperplasia o cáncer endometrial, atrofia del endometrio y leiomiomas [6].

**Tratamientos de primera línea para HUA crónica en personas usuarias sin embarazo ni causas estructurales subyacentes** (para los sangrados durante el embarazo, consultar el [capítulo 9: Salud materna](#))

Para personas que actualmente no desean quedarse embarazadas:

- El dispositivo intrauterino de liberación de levonorgestrel (DIU-LNG) reduce el sangrado, aunque puede tardar hasta 12 meses en alcanzar su efecto máximo [7].
- Si el DIU-LNG no resulta aceptable, la norestisterona por vía oral y el acetato de medroxiprogesterona pueden disminuir el volumen de sangrado.

Para personas que tengan un ciclo menstrual regular, deseen quedarse embarazadas y no deseen tomar hormonas o para las que el tratamiento hormonal esté contraindicado, ofrezca lo siguiente durante la menstruación como tratamientos de primera línea:

- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el ácido mefenámico y el ibuprofeno, si la persona no tiene alergia a los AINE.
- Antifibrinolíticos, como el ácido tranexámico.
- Referir a las personas que deseen quedarse embarazadas, pero que presentan ciclos irregulares indicativos de anovulación, a un especialista para evaluación adicional, además de ofrecerles a la vez un tratamiento provisional usando las opciones anteriores.





### Tratamientos de segunda línea

- Las terapias combinadas de estrógeno y progestágeno, como las píldoras anticonceptivas orales combinadas, son eficaces cuando los progestágenos (p. ej. DIU-LNG) por sí solos no hayan tenido éxito o no sean un método aceptable para la persona.
- La persona podría preferir tratamientos quirúrgicos menos invasivos como la ablación y resección del endometrio, que están cada vez más disponibles en los centros de mayor complejidad.

### 3.1.3 Evaluación y manejo de la HUA aguda

Un pequeño número de personas se presenta con HUA aguda como un nuevo episodio hemorrágico o cuando ya existen antecedentes conocidos de HUA crónica.

El manejo inmediato depende de la estabilidad clínica de la persona (excluye los signos de shock hipovolémico) y los niveles de hemoglobina. Se puede lograr la reducción inmediata de la hemorragia con una combinación de norestisterona o acetato de medroxiprogesterona y ácido tranexámico. El DIU-LNG no es la primera opción para la HUA aguda. Si la hemorragia es excesiva, se puede considerar administrar estrógeno u hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) en un centro especializado.

## 3.2 Miomas uterinos

Los miomas, también conocidos como leiomiomas, son tumores benignos habituales en el útero formados por células musculares lisas y fibroblastos, que varían en tamaño de unos pocos milímetros a 30 cm o mayores. En general se forman lentamente y permanecen hasta la menopausia, tras la cual normalmente van reduciendo su tamaño. Se desconoce su prevalencia y suelen ser asintomáticos.

Los miomas pueden causar menstruación abundante, dolor pélvico, dismenorrea secundaria, problemas en las vías urinarias (frecuencia, urgencia, incontinencia urinaria o hidronefrosis) y problemas intestinales inespecíficos (p. ej. flatulencia, estreñimiento). Los miomas también pueden asociarse con subfertilidad y, en raras ocasiones, problemas relacionados con el embarazo, como necesidad de cesárea o parto prematuro, mala presentación, aborto espontáneo o dolor agudo causado por cambios degenerativos cuando un mioma crece rápidamente en presencia de altos niveles de hormonas sexuales durante el embarazo, sobrepasando su suministro sanguíneo [8].

### 3.2.1 Causas y factores de riesgo

Los miomas aparecen en mujeres en edad fértil y «se estimulan y mantienen por la exposición al estrógeno y el progestágeno» [8]. Entre los factores de riesgo figuran una mayor edad (de la pubertad a la menopausia), pubertad precoz, obesidad, origen étnico de raza negra y antecedentes familiares [8], aunque un mayor número de partos y el uso de anticonceptivos hormonales inyectables o por vía oral disminuyen el riesgo [9].

### 3.2.2 Manejo y tratamiento

El personal de servicios de salud debe realizar una anamnesis completa de la persona y los exámenes relevantes. La evaluación diagnóstica debe excluir otras causas de HUA y masas pélvicas [6]. Evalúe cómo afectan los miomas a la calidad de vida y si esa persona desea quedarse embarazada. Si se plantea cirugía, evalúe la conveniencia de una cirugía (p. ej. obesidad, presencia de varias enfermedades concomitantes o intervención abdominal previa).

Hay tres formas de manejar los miomas uterinos [10]:

- *El manejo expectante* es adecuado para aquellas personas que no presentan síntomas o las que presentan HUA sin anemia que desean «esperar y ver lo que pasa».
- *El manejo médico* de la HUA asociada a los miomas es igual que para las demás causas de HUA.
- *El manejo quirúrgico* podría ser necesario para abordar las complicaciones de los miomas que perjudiquen a la calidad de vida. Refiera a un especialista para hacer una consulta sobre cirugía.
  - La miomectomía elimina solamente los miomas y es el método preferido para las personas que desean conservar la fertilidad.

La histerectomía o ablación puede resultar apropiada para personas que ya no estén en edad fértil. Se debe asesorar a la persona sobre todas las opciones de tratamiento disponibles y accesibles, hablando sobre los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento para orientar la consejería y compartir la toma de decisiones [11].



### 3.3 Dolor pélvico

El dolor pélvico puede ser agudo o crónico y puede surgir en el aparato digestivo, urinario o reproductor. Este apartado se centra en las enfermedades y causas ginecológicas, pero para el dolor pélvico tanto agudo como crónico es importante tener en cuenta causas no ginecológicas como parte de la evaluación.

#### 3.3.1 Dolor pélvico agudo

##### 3.3.1.1 Causas

El dolor pélvico agudo puede deberse a enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, aborto espontáneo, muerte fetal intrauterina, calambres menstruales (dismenorrea), torsión ovárica, rotura de quistes ováricos u otras causas, incluidas las no ginecológicas [12].

##### 3.3.1.2 Anamnesis, examen y pruebas

Además de la anamnesis general, es esencial evaluar la gravedad, localización, frecuencia y duración del dolor y los síntomas asociados, como dispareunia, disuria y náuseas/vómitos. El personal de servicios de salud debe tener en cuenta que puede haber otras causas no ginecológicas, incluida la apendicitis, para el dolor agudo en la parte inferior del abdomen. En la *tabla 3* se muestran los distintos diagnósticos del dolor pélvico agudo.

Realizar el examen y pruebas relevantes para confirmar el diagnóstico, como prueba de embarazo y examen pélvico bimanual. La ausencia de una masa palpable no excluye los quistes ováricos ni el embarazo ectópico como causa del dolor. En la *tabla 4* (página siguiente) se muestran los indicios clínicos en los antecedentes de la persona y los exámenes que ayudan con el diagnóstico del dolor pélvico agudo.

##### 3.3.1.3 Manejo

Cuando una persona presenta dolor pélvico agudo, el personal de servicios de salud debe estar alerta a la posibilidad de que sea necesaria una intervención quirúrgica urgente (p. ej. para torsión ovárica, embarazo ectópico). Si existe una fuerte sospecha de complicaciones graves y no se dispone de servicios quirúrgicos en las instalaciones, preparar a la persona y organizar su referencia/traslado en cuanto sea posible.

#### 3.3.2 Dolor pélvico crónico

El dolor pélvico crónico es un síntoma definido como «dolor intermitente o constante en la parte inferior del abdomen o la pelvis de una mujer con una duración mínima de 6 meses, que no ocurre solamente durante la menstruación o el coito y que no está asociado al embarazo» [13].

**TABLA 3: Diagnóstico diferencial del dolor pélvico agudo**

<b>Mujeres en edad fértil</b>
<b>Gastrointestinal:</b> Apendicitis, obstrucción intestinal, diverticulitis, gastritis, hernia inguinal, síndrome del intestino irritable, trombosis venosa mesentérica, absceso perirrectal
<b>Ginecológico:</b> Adeniosis, mioma uterino degenerado, embarazo ectópico, endometriosis, dolor intermenstrual, torsión ovárica, enfermedad inflamatoria pélvica, ruptura de quiste ovárico, absceso tubo-ovárico
<b>Urinario:</b> Cistitis, pielonefritis, ureterolitiasis
<b>Otro:</b> Aneurisma aórtico disecante, saturnismo, patomimia, búsqueda de narcóticos, porfiria, crisis por anemia falciforme, trastorno de somatización
<b>Mujeres embarazadas</b>
Hematoma del cuerpo lúteo, embarazo ectópico, endometritis (postparto), torsión ovárica, trombosis de venas ováricas (postparto), desprendimiento placentario, impactación uterina
<b>Adolescentes</b>
Similar a las mujeres en edad fértil, más imperforación del himen y tabique vaginal transversa
<b>Mujeres postmenopáusicas</b>
Similar a las mujeres en edad fértil, menos embarazo ectópico y torsión ovárica

Fuente: Reproducido/traducido con permiso de Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. Am Fam Physician. 2010;82(2):141-7.



**TABLA 4: Indicios en los antecedentes y el examen físico para el diagnóstico del dolor pélvico agudo**

Indicios clínicos	Diagnóstico sugerido
<b>Antecedentes</b>	
Dolor pélvico bilateral	Enfermedad inflamatoria pélvica
Dismenorrea	Endometriosis, mioma uterino
Dispareunia	Endometriosis, quiste ovárico
Disuria	Enfermedad inflamatoria pélvica, infección de las vías urinarias
Hematuria macroscópica	Cálculo renal, infección de las vías urinarias
Dolor pélvico al lado izquierdo	Diverculitis, cálculo renal, ruptura de quiste ovárico
Dolor pélvico intermenstrual	Dolor intermenstrual
Náuseas y vómitos	Apendicitis, torsión ovárica
Migración del dolor de la zona periumbilical al cuadrante inferior derecho del abdomen	Apendicitis
Irradiación del dolor a la ingle	Cálculo renal, torsión ovárica
Dolor pélvico al lado derecho	Apendicitis, cálculo renal, torsión ovárica, ruptura de quiste ovárico
Frecuencia urinaria	Infección de las vías urinarias
Hemorragia vaginal	Embarazo ectópico, mioma uterino
Leucorrea	Enfermedad inflamatoria pélvica
<b>Examen físico</b>	
Masa anexial	Quiste en el cuerpo lúteo, divertículos de colon, embarazo ectópico, endometriosis, quiste folicular, enfermedad inflamatoria pélvica, miomas uterinos
Dolor bilateral a la palpación en el abdomen	Enfermedad inflamatoria pélvica
Dolor a la palpación con el movimiento del cuello uterino, en el útero y los anexos	Enfermedad inflamatoria pélvica
Fiebre	Apendicitis, Enfermedad inflamatoria pélvica, pielonefritis
Hipotensión	Embarazo ectópico, ruptura de quiste ovárico hemorrágico
Dolor a la palpación en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen	Diverticulitis
Dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho del abdomen	Apendicitis
Leucorrea mucopurulenta	Enfermedad inflamatoria pélvica

Fuente: Reproducido/traducido con permiso de Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. Am Fam Physician. 2010;82(2):141-7.



### 3.3.2.1 Causas

A menudo hay más de un elemento o factor importante para el dolor pélvico crónico y la(s) causa(s) podría(n) no identificarse en la evaluación inicial. Algunos casos de dolor pélvico incluyen endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, miomas, síndrome de congestión pélvica y factores psicológicos [14].

### 3.3.2.2 Anamnesis, examen y pruebas

El personal de servicios de salud debe preguntar sobre las características del dolor y su relación con otros problemas, incluidos síntomas psicológicos, en la vejiga y el intestino, el efecto del movimiento y la postura sobre el dolor, si se irradia, y si algo lo mejora o lo empeora.

Se deben ofrecer los exámenes y pruebas necesarios para confirmar el diagnóstico, ecografías incluidas. La laparoscopia diagnóstica supone riesgos y solamente debe utilizarse como una prueba de segunda línea.

### 3.3.2.3 Manejo y tratamiento

Trate las enfermedades subyacentes. Incluso si inicialmente no se encuentra ninguna explicación para el dolor, se debe intentar tratar el dolor de forma empírica y crear un plan de manejo en asociación con la persona, que incluya analgesia.

## 3.3.3 Enfermedad inflamatoria pélvica

### 3.3.3.1 Causas y factores de riesgo

La enfermedad inflamatoria pélvica se refiere a la infección del aparato reproductor superior causado por una infección ascendente desde el cuello uterino o la vagina. También existe un riesgo de formación de un absceso tubo-ovárico que cause cicatrización y deformación de las trompas de Falopio, lo que a su vez puede ocasionar esterilidad tubárica y un mayor riesgo de embarazo ectópico, además de dolor pélvico crónico. La causa más habitual es una infección de transmisión sexual (ITS) del cuello uterino por *Chlamydia trachomatis* (clamidia), pero también puede deberse a *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea), *Mycoplasma genitalium*, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, y *Ureaplasma urealyticum* (consultar el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#)) [15]. Entre los factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria pélvica figuran tener menos de 25 años, nuevas o múltiples parejas sexuales, mantener relaciones sexuales sin protección, relaciones sexuales con una pareja asintomática e iniciar la actividad sexual a una edad muy joven (menos de 15 años) [16].

### 3.3.3.2 Anamnesis

El personal de servicios de salud debe estar atento durante la evaluación de personas usuarias que presenten dolor en la parte inferior del abdomen de cualquier intensidad, ya que los síntomas podrían no ser graves. Pregunte sobre antecedentes de ITS o enfermedad inflamatoria pélvica anterior. Unos exhaustivos antecedentes sexuales servirán para evaluar los factores de riesgo más habituales de la enfermedad inflamatoria pélvica. Esto conlleva el uso de unas técnicas de interrogación con tacto y sensibilidad (consultar el [capítulo 3: Consejería](#) y el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#)).

### 3.3.3.3 Examen y pruebas

Es esencial realizar unos exhaustivos exámenes físicos y ginecológicos generales para excluir otras causas de dolor en la parte inferior del abdomen, como endometriosis, ruptura de quiste ovárico y torsión. También se debe descartar el embarazo, ya que los síntomas podrían deberse a un embarazo ectópico.

### 3.3.3.4 Manejo y tratamiento

Trate la enfermedad inflamatoria pélvica de leve a moderada con antibióticos, sin hospitalización. Administrar antibióticos por vía intravenosa no reporta ningún beneficio adicional si la persona puede tomarlos por vía oral. Los esquemas posológicos de antibióticos por vía parenteral recomendados a nivel global se resumen en el [recuadro 1](#) (página siguiente). Sin embargo, consulte y siga los consejos locales sobre tratamiento con antibióticos.

Temas que deben hablarse con la persona durante la consejería al comenzar el tratamiento:

- Los beneficios de comunicar a la pareja la presencia de una ITS y los riesgos si dicha pareja no se hace la prueba o recibe tratamiento.
- Los riesgos a largo plazo de infección pélvica (posibles efectos sobre la fertilidad, riesgo de embarazo ectópico, dolor pélvico crónico) y el aumento del riesgo de volver a infectarse.
- Se debe evitar mantener relaciones sexuales sin protección hasta que esa persona y su pareja hayan finalizado el tratamiento.



### RECUADRO 1: Directrices globales para el tratamiento por vía parenteral de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda

#### Opciones básicas de tratamiento por vía parenteral (una de las siguientes):

1. Cefotetan 2 g IV cada 12 horas	<b>MÁS</b>	Doxiciclina 100 mg por vía oral <sup>a</sup> o IV cada 12 horas
2. Cefoxitina 2 g IV cada 12 horas	<b>MÁS</b>	Doxiciclina 100 mg por vía oral <sup>a</sup> o IV cada 12 horas
3. Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas	<b>MÁS</b>	Gentamicina dosis de carga IV o IM (2 mg/kg), seguida de una dosis de mantenimiento (1,5 mg/kg) cada 8 horas; la dosis única diaria (3–5 mg/kg) puede sustituirse

#### Tratamiento alternativo por vía parenteral:

Ampicilina/sulbactam 3 g IV cada 6 horas	<b>MÁS</b>	Doxiciclina 100 mg por vía oral <sup>a</sup> o IV cada 12 horas
--	------------	---

Abreviaturas: IV, intravenoso; IM, intramuscular.

<sup>a</sup> La doxiciclina debe administrarse por vía oral si fuera posible debido al dolor que causa la infusión por vía intravenosa.

Fuente: Workowski et al. [17].

### 3.3.4 Endometriosis y adenomiosis

La endometriosis es una enfermedad en la que un tejido parecido al del útero crece fuera del útero, causando dolor o esterilidad [18]. La adenomiosis se caracteriza por tejido endometrial que se desarrolla en la pared muscular del útero (miometrio), lo que causa menstruaciones abundantes o prolongadas, dismenorrea, dispareunia, sangrados entre menstruaciones, esterilidad o puede ser asintomática [18].

#### 3.3.4.1 Anamnesis

Durante la anamnesis, la persona proveedora debe sospechar estas enfermedades en personas usuarias que presenten uno o más de los síntomas siguientes:

- endometriosis: dolor pélvico cíclico/crónico, dolores menstruales, dolor durante el coito, dolor durante la defecación, dolor al orinar, distensión abdominal y esterilidad
- adenomiosis: menstruaciones abundantes, dolores menstruales, dolor durante el coito y distensión abdominal [19,20]

#### 3.3.4.2 Examen y pruebas

La persona proveedora debe realizar un examen físico general, examen abdominal y examen del aparato reproductor, incluido un examen pélvico bimanual. Se puede organizar una ecografía de la pelvis si estuviera indicado [19,20].

#### 3.3.4.3 Diagnóstico

El diagnóstico puede retrasarse durante muchos años porque el examen y las pruebas pueden parecer normales, aunque unos resultados normales no descartan estas enfermedades.

Unos antecedentes meticulosos de los síntomas menstruales y el dolor pélvico crónico forman la base de una sospecha de endometriosis o adenomiosis. Aunque se han propuesto y probado varias herramientas y pruebas de detección para la endometriosis, ninguna está validada actualmente para identificar o predecir con precisión qué personas o poblaciones tienen más probabilidades de contraer esta enfermedad. La sospecha temprana de endometriosis es un factor clave para un diagnóstico precoz, ya que la endometriosis suele presentar síntomas idénticos a los de otras enfermedades, lo que contribuye al retraso en su diagnóstico. Además de los antecedentes médicos, es posible que se necesite una referencia del nivel de atención primaria al segundo nivel de atención donde se dispone de pruebas adicionales (como ecografías de la pelvis) [19,20]. Las técnicas de diagnóstico por imágenes, como ecografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas solamente resultan útiles en presencia de una masa pélvica o anexial [21].

La verificación histológica, normalmente después de una visualización quirúrgica, confirma el diagnóstico de endometriosis, especialmente para las lesiones superficiales más habituales. La necesidad de pruebas adicionales o confirmación histológica no debe impedir el inicio de un tratamiento médico con base empírica.



#### 3.3.4.4 Manejo y tratamiento

El tratamiento de primera línea para la endometriosis o presunta endometriosis es con analgésicos simples, como paracetamol o AINE. Los tratamientos hormonales como los anticonceptivos orales combinados o los anticonceptivos de progestágeno solo, incluido el DIU-LNG, se pueden ofrecer a todas las personas con sospecha o confirmación de endometriosis si no están tratando de quedarse embarazadas. Estas opciones terapéuticas no curan la endometriosis, pero en su lugar ayudan a manejar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Estos tratamientos pueden comenzar sin un diagnóstico formal de endometriosis.

Si los síntomas no responden a los tratamientos médicos, la cirugía puede ser una opción y la visualización directa de las lesiones endometrióticas en los órganos o las paredes pélvicas junto con confirmación histológica ofrecen el diagnóstico definitivo de endometriosis. Durante la cirugía, también se pueden visualizar y tratar directamente las adherencias (tejido cicatricial) o quistes ováricos mediante escisión y cistectomía de ovario. Esto debe realizarse en un centro bien equipado con personal de cirugía calificado. El manejo quirúrgico conlleva riesgos, incluido el riesgo de la formación de adherencias adicionales que pueden empeorar el dolor pélvico.

Un manejo similar, que incluye los manejos expectante, médico y quirúrgico (como la histerectomía), puede utilizarse para tratar a las personas con adenomiosis.

Para ambas suele ser necesario aplicar un enfoque terapéutico multidisciplinar que aborde los distintos síntomas y el estado general de salud, esto exige referencia a diferentes especialistas, como fisioterapeutas y psicólogos, además de ginecólogos/especialistas en esterilidad.

*Endometriosis/adenomiosis y esterilidad:* Referir a las personas con endometriosis o adenomiosis confirmadas que deseen quedarse embarazadas a un centro especializado, si fuera necesario. En el [apartado 6: Esterilidad](#) se puede consultar información adicional.

### 3.4 Menopausia

La menopausia es el cese natural y permanente de la menstruación debido a la pérdida de actividad folicular ovárica. Puede diagnosticarse después de 12 meses de amenorrea, en ese momento la persona entra en la fase postmenopáusica. La menopausia, o la última menstruación, suele ocurrir alrededor de los 50 años. Si tiene lugar antes de los 40, se define como menopausia prematura.

La perimenopausia se refiere a los años antes de que se diagnostique la menopausia, y se caracteriza por una ovulación y unos ciclos menstruales cada vez más irregulares, episodios prolongados de amenorrea y, finalmente, la desaparición total de la menstruación.

Las personas que experimentan perimenopausia o menopausia prematura corren un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad grave, que incluye cardiopatías, deterioro cognitivo, demencia, parkinsonismo y osteoporosis debido al descenso de los niveles de estrógeno. La postmenopausia también aumenta el riesgo de osteoporosis, cardiopatía, ictus y cambios atróficos en la vagina y la vejiga, debido al descenso del estrógeno y otros efectos del envejecimiento [22,23].

#### 3.4.1 Anamnesis, examen, pruebas y diagnóstico

El diagnóstico de la menopausia es clínico y retrospectivo basado en la ausencia de menstruación durante 12 meses. No todo el mundo tendrá síntomas, pero algunas personas pueden experimentar sofocos, sudoración nocturna, inestabilidad emocional, trastornos sexuales y alteraciones del sueño. El personal debe valorar la gravedad de los síntomas y hasta qué punto están afectando a la calidad de vida de una persona.

No siempre se necesita un análisis de sangre, como el de la hormona foliculoestimulante, pero este puede confirmar el diagnóstico de menopausia si fuera necesario.

En general, los exámenes y pruebas solamente se necesitan para descartar otras posibles causas de los síntomas (p. ej. embarazo, tiroidopatía, PQO) [22,23].

#### 3.4.2 Manejo y tratamiento

La atención a las personas con síntomas menopáusicos debe individualizarse según la naturaleza de sus síntomas y sus preferencias.

El tratamiento de reemplazo hormonal en forma de formulaciones combinadas de estrógeno/progestágeno, si estuviera disponible, puede reducir los sofocos en un 80–90 por ciento y aumentar la sensación de bienestar de la persona. Debe plantearse el uso de antidepresivos si los síntomas son psicológicos y relacionados con el estado de ánimo.

Ofrezca consejos generales sobre las etapas y los síntomas de la menopausia, los tratamientos disponibles y sus riesgos asociados, aconsejería sobre la salud ósea y grupos de apoyo.



Ofrezca consejería general de carácter no médico para abordar los sofocos/sudores nocturnos con medidas de autocuidado y cambios conductuales, entre los que figuran evitar el alcohol, la cafeína, vestirse de forma demasiado abrigada y el estrés [22,23].

### 3.4.3 Anticoncepción durante la menopausia

Se puede indicar a la persona que puede interrumpir los métodos anticonceptivos a los 55 años, ya que la concepción espontánea a esta edad es muy poco probable [24]. Informe a la persona de que, aunque la fertilidad disminuye naturalmente, todavía se necesita un método anticonceptivo eficaz antes de la menopausia si se desea evitar el embarazo.

Es posible que las personas que utilicen anticonceptivos hormonales combinados noten que sus síntomas perimenopáusicos están enmascarados y puede que solamente se manifiesten espontáneamente si se interrumpe el uso del anticonceptivo. Los anticonceptivos hormonales combinados pueden usarse como una alternativa al tratamiento de reemplazo hormonal para controlar los síntomas vasomotores y evitar la pérdida de densidad mineral ósea. El uso de antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina) también pueden tener algún efecto en el tratamiento de los síntomas vasomotores asociados con la menopausia [25].

### 3.4.4 Sangrado postmenopáusico

Todos los sangrados después de la menopausia (12 meses o más después de la última menstruación) deben considerarse anormales. La causa más habitual de sangrado ligero o escaso después de la menopausia es la atrofia del aparato genital inferior y la ovulación irregular. El sangrado postmenopáusico puede deberse con menor frecuencia a hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio.

Una evaluación inicial debe incluir unos antecedentes exhaustivos del sangrado (incluida la revisión de un diario del sangrado si estuviera disponible) y un examen ginecológico que incluya examen con espéculo y examen pélvico bimanual para evaluar la vagina, el cuello uterino y el útero. Si el sangrado persiste o no se identifica ninguna causa a través de la anamnesis y el examen físico, es posible que se necesite una biopsia endometrial o dilatación y curetaje para evaluar si hay hiperplasia o cáncer endometriales.

## 4. Manejo de las enfermedades andrológicas habituales

La andrología es una especialidad médica centrada en la salud masculina, incluidos los aparatos reproductores y urológicos masculinos. Como disciplina distinta a la ginecología, la andrología solamente se ha estudiado como especialidad independiente a partir de la década de 1960. La andrología abarca un gran número de enfermedades y funciones, incluidos problemas del pene, trastornos genitourinarios y fertilidad masculina. Entre las intervenciones habituales están vasectomías, circuncisiones y prostatectomías. En este apartado se habla de la hiperplasia benigna de próstata, el hidrocele, las torsión testicular y las disfunción eréctil. El cáncer de próstata se aborda junto a otros cánceres del aparato reproductor. Para las ITS, consultar el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#).

### 4.1 Hiperplasia benigna de próstata

La hiperplasia benigna de próstata también se denomina adenoma de próstata. Es un trastorno habitual cuando envejecen los hombres. Puede ocasionar problemas con la vejiga urinaria, los uréteres o incluso los riñones. Entre los factores de riesgo figuran el envejecimiento, los antecedentes familiares, la obesidad y enfermedades médicas subyacentes (p. ej. diabetes) [26].

#### 4.1.1 Anamnesis, examen, pruebas y diagnóstico

Los signos y síntomas habituales incluyen ganas de orinar frecuentes y urgentes, nocturia y dificultad para comenzar a orinar. El tamaño de la próstata no es relevante para la gravedad de los síntomas. Es esencial descartar durante la anamnesis y la evaluación otras posibles causas, como infección de las vías urinarias, cálculos renales y cánceres.

El personal de servicios de salud puede realizar un tacto rectal o una ecografía para comprobar el tamaño de la próstata. Una prueba del antígeno prostático específico y una biopsia de la próstata pueden detectar si hay cáncer [26].



### 4.1.2 Tratamientos médicos y quirúrgicos

Se dispone de varios tratamientos para la hiperplasia benigna de próstata. El objetivo es aliviar los síntomas. Si no hay síntomas o estos son tolerables, no se necesita tratamiento.

El tratamiento médico es la opción más habitual para hiperplasia benigna de próstata de leve a moderada. Entre las opciones figuran los bloqueantes  $\alpha$ , los inhibidores de la 5- $\alpha$  reductasa y el tadalafil. Además de para la hiperplasia benigna de próstata, el tadalafil también sirve para tratar la disfunción eréctil. Para personas con síntomas de moderados a graves, se puede considerar el uso de unos métodos quirúrgicos mínimamente invasivos, como resección transuretral de la próstata y terapia láser.

Es importante hacer un seguimiento, tanto si la persona opta por observar los síntomas como por tomar tratamiento médico o someterse a una intervención quirúrgica. El personal de servicios de salud debe revisar la gravedad de los síntomas y ofrecer las sugerencias más apropiadas según la calidad de vida de la persona.

## 4.2 Hidrocele

Un hidrocele es una acumulación de líquido seroso entre las capas de la membrana que rodea a los testículos o a lo largo del cordón espermático. Es algo habitual en bebés y recién nacidos de sexo masculino. En la mayoría de los casos, la situación se resuelve espontáneamente durante el primer año de vida. En los hombres adultos y adolescentes, el hidrocele suele estar relacionado con traumatismos, infecciones, operaciones quirúrgicas y tumores. Los hidroceles no suelen afectar a la fertilidad [27].

### 4.2.1 Examen y diagnóstico

La presentación clínica es indolora con inflamación del escroto. El diagnóstico puede realizarse mediante examen físico. La ecografía no es siempre necesaria, pero puede utilizarse para respaldar el diagnóstico. Hay dos tipos de hidrocele, comunicante y no comunicante. Un hidrocele no comunicante suele mantener un tamaño similar, mientras que un hidrocele comunicante tiene contacto con el líquido abdominal, lo que ocasiona un cambio de tamaño y la posibilidad de que aparezca una hernia [27].

### 4.2.2 Tratamiento

El tratamiento depende de la edad de la persona y los síntomas que cause el hidrocele. Normalmente se puede resolver al mejorar la enfermedad subyacente. La medicación puede tratar la enfermedad subyacente, pero no el hidrocele. Si los síntomas persisten, el personal de servicios de salud debe hablar con la persona sobre una reparación quirúrgica. Esto puede evitar complicaciones posteriores, como las hernias [27].

## 4.3 Torsión testicular

La torsión testicular, cuando se retuerce el cordón espermático y sus contenidos, es una emergencia quirúrgica. Suele ocurrir a niños y varones adolescentes. La torsión debe descartarse cuando la persona presenta dolor escrotal agudo. Es necesario reconocer y tratar a tiempo este trastorno para salvar los testículos [28].

### 4.3.1 Anamnesis, examen y diagnóstico

Las personas con torsión testicular suelen presentar dolor escrotal unilateral agudo grave, náuseas y vómitos. Otros síntomas inespecíficos incluyen fiebre y molestias urinarias. El examen físico puede revelar un testículo elevado con ausencia de reflejo cremastérico. El testículo afectado también puede presentar una orientación horizontal anormal. La torsión testicular es un diagnóstico clínico, por tanto no se necesitan pruebas diagnósticas por imágenes, como las ecografías. El plazo de tratamiento es solamente de entre 4 y 8 horas para salvar los testículos. Cuando se sospecha de torsión, el personal de servicios de salud debe organizar un examen quirúrgico en cuanto sea posible para evitar daño isquémico permanente. Es preferible un examen quirúrgico negativo que un diagnóstico equivocado. Referir a la persona si fuera necesario [28].

### 4.3.2 Tratamiento

Se debe tratar de hacer destorsión manual si la cirugía no está disponible inmediatamente, sin embargo, esto no debe sustituir ni retrasar la intervención quirúrgica. La destorsión del cordón espermático afectado se realiza hasta que no presente ninguna torsión. Cuando el testículo afectado parezca evidentemente necrótico, se debe plantear la posibilidad de una orquiectomía. La orquidopexia contralateral se debe realizar independientemente de la viabilidad del testículo afectado [28].





## 4.4 Disfunción eréctil

La disfunción eréctil es la incapacidad de lograr o mantener una erección. La erección masculina se produce de forma reflexogénica o psicogénica, Esto quiere decir que la disfunción eréctil puede ser un trastorno psicogénico, endocrino, no endocrino o mixto. Independientemente de las causas, la disfunción eréctil perjudica a las relaciones interpersonales, el estado de ánimo y la calidad de vida. La disfunción eréctil es más prevalente entre las personas de mayor edad; más de la mitad de los hombres de entre 40 y 70 años padecen disfunción eréctil de leve a moderada [29].

### 4.4.1 Anamnesis, examen y diagnóstico

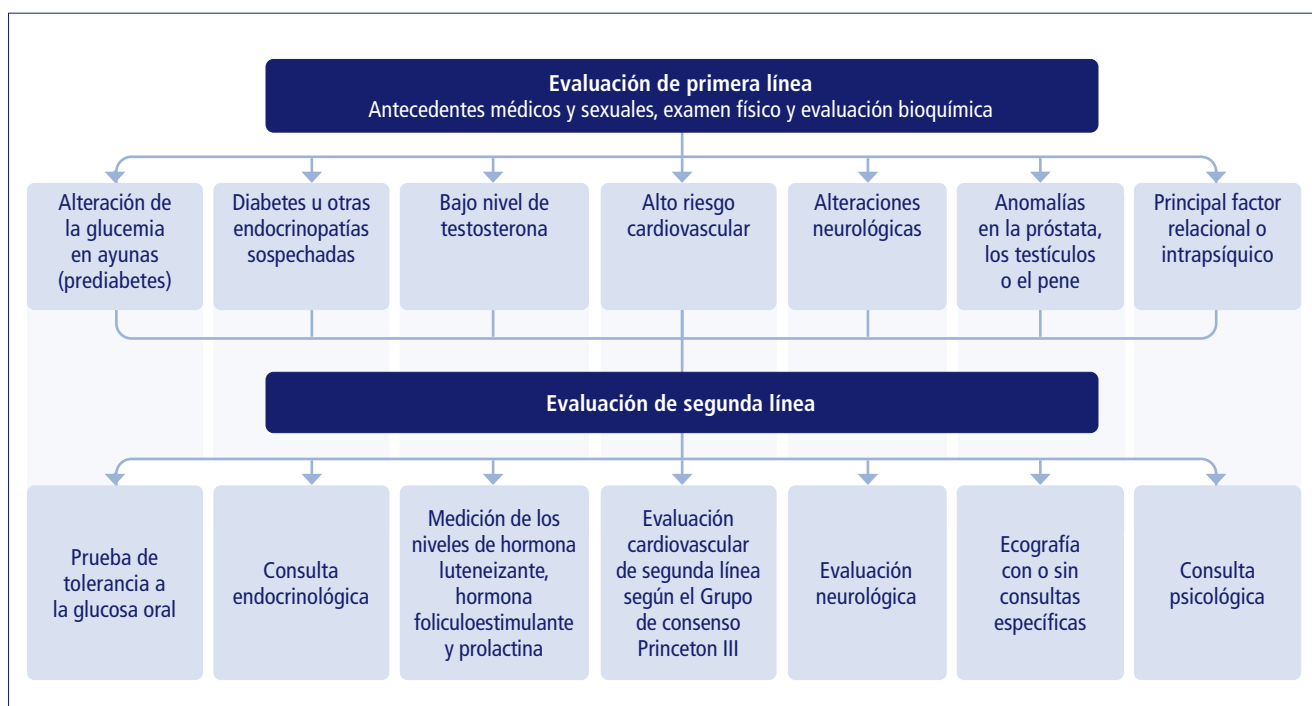
Muchos factores pueden causar disfunción eréctil. El personal de servicios de salud debe realizar una anamnesis exhaustiva para identificar la causa subyacente y proponer el tratamiento relevante. El alcohol, el tabaco, el sobrepeso/obesidad y los hábitos alimenticios poco saludables pueden afectar a la función eréctil. Otros factores de riesgo son diabetes, enfermedades cardiovasculares, hiperplasia benigna de próstata, medicamentos y motivos psicogénicos. El personal de servicios de salud debe saber que todas las disfunciones sexuales son estresantes y pueden ocasionar problemas psicológicos. En la *figura 1*

se ofrece una sugerencia de guion diagnóstico para las personas con disfunción eréctil [29].

### 4.4.2 Tratamiento

Si se identifica una etiología concreta, tratar la situación subyacente. En la mayoría de los casos, el tratamiento de la disfunción eréctil es empírica. El personal de servicios de salud puede comenzar con cambios en el estilo de vida y una revisión de la medicación de la persona, además de añadir tratamientos de primera línea usando inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5) o sugerir dispositivos de erección por vacío para mejorar la calidad de vida de la persona. Los distintos inhibidores PDE5 poseen diferentes concentraciones. En la *tabla 5* se comparan distintos inhibidores PDE5. El personal de servicios de salud debe explicar los resultados y efectos secundarios de los inhibidores PDE5 y dejar que cada persona elija la medicación que considere más adecuada. Los dispositivos de erección por vacío son una opción no farmacológica, que crean un vacío de presión negativa para bombear sangre al pene. La persona debe usarlos con cuidado, ya que su uso incorrecto puede causar hematoma y petequias. Otras opciones incluyen inyección intracavernosa e intervenciones quirúrgicas, como implantes penianos, que exigen la atención de un especialista.

**FIGURA 1: Sugerencia de guion diagnóstico para las personas con disfunción eréctil**



Fuente: Reproducido/traducido con permiso de Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. [29]: Erectile dysfunction. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16003.



**TABLA 5: Propiedades de los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5**

Nombre del fármaco	Nombre comercial (laboratorio)	Absorción máxima tras la ingesta (horas)	Semivida sérica (horas)	¿Puede tomarse con el estómago vacío?
Sildenafil*	Viagra (Pfizer)	1–2	3–5	Sí
Vardenafil*	Levitra (GlaxoSmithKline)	1–2	3–5	Sí
Tadalafilo	Cialis (Lilly)	2–4	18	No
Avanafil	Stendra (Mitsubishi Tanabe)	0,5	6	No

\* Plantearse tomarlo 1–2 horas antes de la comida.

Fuente: Reproducido/traducido con permiso de Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. [29]: Erectile dysfunction. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16003.

Muchas personas con disfunción eréctil sufren síntomas depresivos y ansiedad. La disfunción eréctil es un problema no solo para la persona que la sufre, sino también para su(s) pareja(s). La mejora de la función sexual tiene una relevancia considerable para las respuestas al tratamiento de la pareja. El personal de servicios de salud debe ofrecer ayuda a ambos, si fuera necesario [29].

## 5. Grupos transgénero

El género es un concepto social, mientras que el sexo suele asignarse en el momento del nacimiento según las características genitales. La identidad de género refleja cómo se siente internamente una persona. Transgénero se refiere a una persona cuya identidad de género difiere del sexo que se le asignó al nacer. Por ejemplo, una mujer transgénero o una persona transgénero de hombre a mujer es una persona que se consideró hombre al nacer, pero se identifica como mujer. El personal de servicios de salud debe conocer la importancia de los problemas de salud de la población transgénero, incluidos los servicios de ayuda a la salud mental, disponibilidad de terapia hormonal y tratamientos quirúrgicos, además del seguimiento. El personal de servicios de salud que atiende a personas transgénero se beneficia de recibir capacitación de sensibilización sobre el género para la consejería, la anamnesis, el examen físico y el tratamiento. En general, los conocimientos de los profesionales de la salud sobre las opciones reproductivas para la comunidad transgénero deben mejorarse. Los embarazos son posibles después del proceso de transición y, por tanto, la consejería sobre métodos anticonceptivos sigue siendo una parte crucial de los servicios de salud [30,31,32].

### 5.1 Anamnesis y examen físico

El personal de servicios de salud debe dirigirse a las personas transgénero según el nombre, los pronombres y la identidad de género que esas personas prefieran. El examen físico debe referirse a la anatomía presente en lugar de la presentación de género. El examen del pecho y los genitales puede ser angustiante para las personas transgénero. El personal de servicios de salud debe explicar la importancia de cada examen antes de realizarlo.

### 5.2 Tratamientos quirúrgicos y médicos

Los tratamientos quirúrgicos y médicos no son esenciales para las personas transgénero. Sin embargo, a algunas personas estos apoyos adicionales pueden ayudarles a adaptar su apariencia para ajustarse mejor a su propia identidad de género. Antes del tratamiento, el personal de servicios de salud debe asegurarse de que la persona sepa qué efectos son reversibles y cuáles son irreversibles. Durante la consejería también se debe hablar de las opciones para la conservación de la fertilidad. Por ejemplo, algunos hombres transgénero pueden plantearse la conservación del útero y los ovarios.

El tratamiento médico se utiliza para reducir el nivel hormonal endógeno y reemplazarlo por otras hormonas. La persona que decida aceptar el tratamiento de reemplazo hormonal necesita supervisarse periódicamente (consultar el [apéndice 1](#) para ver los esquemas posológicos y la supervisión de la terapia hormonal). Para los hombres transgénero, los cambios físicos, como la interrupción de la menstruación, puede producirse durante los 6 primeros meses de terapia con testosterona. La voz más grave y la clitoromegalia son irreversibles cuando se interrumpe la terapia hormonal. Para las mujeres transgénero,



el descenso de las erecciones espontáneas y el aumento del tejido pectoral son habituales durante el primer año de uso de terapia supresora de andrógenos y con estrógeno. No obstante, la terapia hormonal no puede cambiar la voz, por lo que algunas personas pueden desear tratamiento foniátrico adicional.

Los hombres y las mujeres transgénero pueden pedir distintas intervenciones quirúrgicas para cambiar su aspecto físico: cirugía en el pecho, cirugía genital o intervenciones no genitales y no pectorales. Por ejemplo, una mujer transgénero puede someterse a una mamoplastia, penectomía, vaginoplastia, cirugía de feminización facial, etc. Estas intervenciones quirúrgicas suelen realizarse en centros de salud de alto nivel de atención en lugar de en los centros de atención primaria. Sin embargo, el personal de servicios de salud debe ser consciente de la posible necesidad de apoyo a la salud mental, evaluación preoperatoria y atención posoperatoria.

### 5.3 Mantenimiento sistemático de la salud

La terapia hormonal puede tener efectos secundarios, por eso el personal de servicios de salud debe asegurarse de que la persona sea consciente de la importancia de realizar un seguimiento periódico. Por ejemplo, las mujeres transgénero expuestas a estrógeno endógeno deben realizar pruebas de detección del cáncer de mama con regularidad. Las pruebas de Papanicoláu para hombres transgénero pueden tener una citología inadecuada si siguen tratamiento con testosterona, algo que causa atrofia en el cuello uterino. Asimismo, la terapia hormonal con estrógeno puede aumentar el riesgo de tromboembolismo venoso y trombosis venosa profunda, especialmente entre las personas que fuman.

Además de los servicios de salud sexual y reproductiva relacionados con las hormonas, el personal debe saber que las personas transgénero son vulnerables a las ITS, VIH incluido, y a la violencia sexual y basada en el género, y se les debe proporcionar el apoyo y consejería relevantes cuando sea necesario. Algunas presentaciones de ITS, VIH incluido, pueden ser atípicas debido a sus operaciones, medicación y prácticas sexuales.

## 6. Esterilidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la esterilidad como «una enfermedad del aparato reproductor caracterizada por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 o más meses de relaciones sexuales regulares sin protección» [33].

La esterilidad primaria es cuando una persona nunca ha logrado un embarazo. La esterilidad secundaria se produce después de haberse logrado al menos un embarazo anterior [34].

Algunas personas o parejas pueden tratar de conseguir atención para la fertilidad por otros motivos que no sean la esterilidad; por ejemplo, parejas del mismo sexo, parejas heterosexuales serodiscordantes para el VIH, o antes o después de un tratamiento para el cáncer [34].

### 6.1 Causas y factores de riesgo

Aunque los resultados se manifiestan en las mujeres, se debe hacer hincapié en que la esterilidad es un problema de los dos miembros de la pareja y las causas pueden estar relacionadas con uno de los miembros o con ambos. Entre los factores de riesgo que pueden afectar a la fertilidad tanto de los hombres como de las mujeres figuran la edad, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad y la exposición a contaminante y toxinas medioambientales.

#### 6.1.1 Causas de esterilidad en las mujeres

- Factores tubáricos: obstrucción en las trompas de Falopio causada por ITS sin tratar, complicaciones de un aborto no seguro, sepsis postparto, endometriosis o cirugía abdominal/pélvica.
- Factores uterinos: malformaciones uterinas, miomas, endometriosis.
- Factores ováricos: anovulación u ovulación irregular debido a PQO u otros trastornos ovulatorios, como los cambios hormonales perimenopáusicos.
- Factores endocrinos: tumores pituitarios, hipotiroidismo o hipertiroidismo [34].



### 6.1.2 Causas de esterilidad en los hombres

La esterilidad de los hombres puede estar relacionada con factores endógenos (internos) o exógenos (externos). Entre estos figuran los siguientes:

- Obstrucción en el aparato reproductor (conductos eyaculadores y vesículas seminales) normalmente debida a lesiones o infecciones.
- Trastornos hormonales: tumor pituitario, cánceres testiculares o hipogonadismo (niveles anormalmente bajos de testosterona).
- Varicoceles que causan reducción o imposibilidad de producir esperma.
- Función y calidad espermáticas anormales que podrían deberse a medicamentos (es decir, esteroides anabolizantes) o exposiciones medioambientales [34].

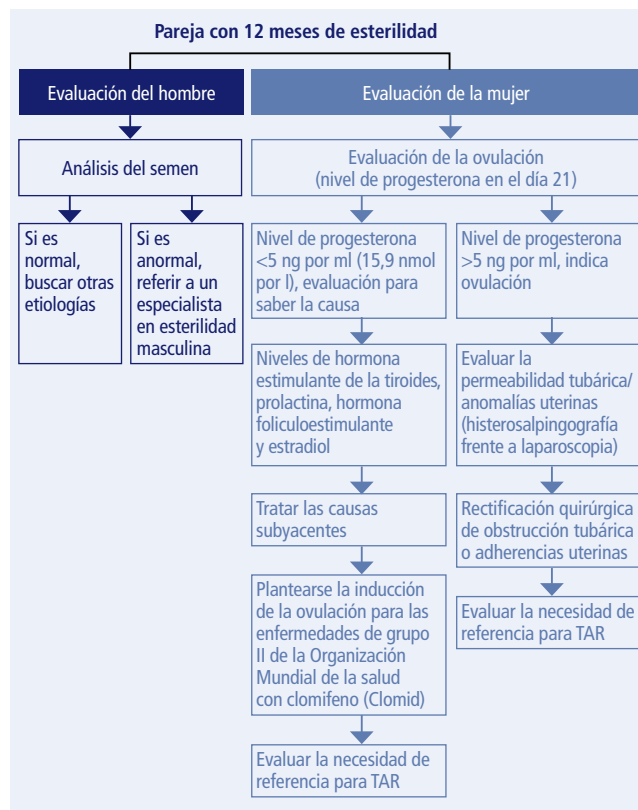
### 6.2 Evaluación en pareja

Es imprescindible que cada caso de esterilidad se estudie y aborde en pareja. Se debe ver a los dos miembros de la pareja a la vez porque ambos estarán afectados por las pruebas y exámenes. El primer paso para el personal de servicios de salud es realizar una anamnesis exhaustiva que incluya embarazos anteriores de ambas parejas y sus desenlaces, antecedentes médicos y quirúrgicos, antecedentes menstruales y ginecológicos de la pareja femenina (la esterilidad puede ser un síntoma indicativo de endometriosis) y sus trabajos actuales (para evaluar las exposiciones ocupacionales/medioambientales). Según los antecedentes y el examen físico, el personal de servicios de salud puede determinar qué pruebas sencillas se pueden realizar y si hay algún tratamiento que pueda iniciarse localmente y valorar si merece la pena referir a un especialista, si estuviera disponible.

### 6.3 Consejería y consejos médicos para las parejas que viven con la esterilidad

La consejería es algo esencial durante todo el proceso y puede ser necesaria al principio para acabar con algunos mitos sobre la causa de la esterilidad, como el uso anterior de anticonceptivos o los antecedentes sexuales, y para reducir el estigma asociado con la esterilidad que pueda estar experimentando la pareja.

FIGURA 2: Evaluación de la esterilidad



Fuente: Reproducido/traducido con permiso de Lindsay TJ, Vitrikas KR [35]: Evaluation and treatment of infertility. Am Fam Physician. 2015;91(5):308–14.

En la *figura 2* se resume la evaluación inicial de la esterilidad masculina y femenina.

Después de la anamnesis, se debe realizar un examen y pruebas básicas, como pruebas de ITS, para descartar algunas de las posibles causas de la esterilidad. Tratar las enfermedades subyacentes si las hubiera. Puede resultar más económico comenzar con la evaluación de los factores masculinos (a través del análisis del semen) antes de abordar las pruebas de los factores femeninos que son más costosas. Las pruebas que más habitualmente se utilizan para estudiar los factores femeninos son ecografías, histerosalpingografías (radiografías para detectar la permeabilidad de las trompas de Falopio) y laparoscopia diagnóstica.

El estrés ocasionado por la esterilidad puede perjudicar a la relación de pareja, aumentando así las dificultades de la fertilidad. Ofrecer consejos sobre estilo de vida y bienestar en general, como control del peso corporal, hacer ejercicio con regularidad y evitar el uso de sustancias peligrosas durante las pruebas y el tratamiento también puede resultar beneficioso.



## 6.4 Manejo y tratamiento

El tratamiento depende de la etiología. Algunos tratamientos pueden realizarse a nivel de atención primaria, mientras que otros necesitan referencia a centros especializados. Todo el personal de servicios de salud puede asesorar a las personas usuarias y sus parejas en las primeras etapas de las pruebas sobre el momento óptimo para mantener relaciones sexuales durante el ciclo menstrual, y reforzar la importancia de los cambios en el estilo de vida antes, durante y después del tratamiento, incluido el abstenerse de fumar y mantener un peso corporal saludable.

Hay tres tipos principales de tratamientos para la fertilidad:

- Medicamentos: Tratamiento habitual para personas con disfunción ovulatoria, recetado por vía oral o intramuscular. Clomifene, un medicamento por vía oral para estimular la ovulación, se utiliza habitualmente. Metformina o letrozol es un tratamiento habitual para las personas con PQO.
- Cirugía: Distintas etiologías o enfermedades pueden abordarse con varios tratamientos quirúrgicos como miomectomía, resección de lesiones endometriales o lisis de adherencia u obstrucción en el aparato reproductor.
- Servicios de reproducción asistida: No todas las opciones asistidas son complicadas y caras. La inseminación intrauterina es un sencillo proceso en el que esperma preparado de alta calidad se introduce directamente dentro del útero. La fertilización in vitro es más complicada; se extraen óvulos maduros del ovario y se fertilizan con esperma en un laboratorio de calidad controlada. A continuación, el/los óvulo(s) fertilizado(s) se transfieren al útero. El proceso de fertilización in vitro suele ser caro y debe ser realizado por especialistas.

## 7. Cánceres habituales del aparato reproductor

Un control exhaustivo de cualquier tipo de cáncer conlleva prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamientos puntuales, además de acceso a cuidados paliativos. El personal de servicios de salud debe estar familiarizado con los protocolos nacionales de prevención y control del cáncer, así como con las vías locales de referencia para las personas que necesiten tratamientos adicionales o cuidados paliativos.

### 7.1 Cáncer de cuello uterino

Aunque es una enfermedad que se puede prevenir, el cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más frecuente entre las mujeres y de todas las muertes por cáncer de cuello uterino estimadas en el año 2020, alrededor de un 90 por ciento tuvo lugar en países de rentas medias y bajas. Casi todos los cánceres de cuello uterino (un 95 por ciento) están causados por el virus de los papilomas humanos (VPH), que es la infección viral más habitual del aparato reproductor [36] (consultar el *capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual*). Los VPH de tipo 16 y 18 causan más del 70 por ciento de todos los casos de cáncer de cuello uterino. En la mayoría de los casos, la infección por VPH (incluidos los tipos de alto riesgo) se resuelve sin necesidad de tratamiento. En una minoría de los casos, el VPH no se resuelve y la infección crónica por un tipo de VPH de alto riesgo puede causar la aparición de precáncer y cáncer. Las personas inmunodeprimidas, como las que viven con VIH, son más susceptibles de contraer infecciones por VPH que evolucionan rápidamente a precáncer y cáncer. Otros factores de riesgo son el tipo de VPH, infección simultánea con otras ITS, mayor número de partos, edad joven durante el primer parto y tabaquismo [37].

#### 7.1.1 Vacuna para VPH

La vacunación temprana para VPH protege frente a tipos concretos de infección por VPH antes de la exposición. La OMS recomienda vacunar contra el VPH a las niñas de 9 a 14 años, algo que debe hacerse según las directrices nacionales [36].

Las personas vacunadas siguen necesitando hacerse pruebas de detección del cáncer de cuello uterino porque las vacunas no protegen frente a todos los tipos de VPH que pueden causar cáncer.



### 7.1.2 Detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino

La OMS recomienda realizar pruebas de detección de cáncer de cuello uterino a todas las mujeres de entre 30 y 49 años de edad (25–49 años para las mujeres que viven con VIH). Las pruebas de detección pueden interrumpirse a los 50 años cuando se hayan tenido dos resultados negativos consecutivos. Si se dispone de recursos, también se pueden ofrecer pruebas de detección a mujeres de 50 a 65 años que nunca se las hayan hecho antes [38].

Los pruebas de detección que pueden utilizarse para identificar lesiones precancerosas en el cuello uterino incluyen pruebas de ADN para VPH, inspección visual con ácido acético (IVAA) y citología. La OMS recomienda las pruebas de ADN para VPH como método de detección preferido cuando esté disponible.

Para que la prevención del cáncer de cuello uterino tenga el máximo efecto, la detección debe estar vinculada al tratamiento y al seguimiento posterior al tratamiento. Para reducir las visitas al centro de salud y evitar la pérdida durante el seguimiento, se recomienda un **método de una sola visita** para garantizar que las poblaciones afectadas reciban pruebas de detección y tratamientos de calidad para el cáncer de cuello uterino de forma puntual durante la misma visita. Si el método de una sola vista no es viable, las clínicas deben crear y maximizar los canales de comunicación, incluidas las intervenciones de salud digital, como a través de las redes sociales o líneas de asistencia, para ofrecer los resultados de las pruebas de detección, planificar el tratamiento si fuera necesario y organizar las referencias pertinentes para el tratamiento del cáncer [39].

Hay dos opciones distintas para combinar la detección y el tratamiento: Detectar y tratar o Detectar, hacer triaje y tratar.

Los métodos de Detectar y tratar incluyen:

- ADN para VPH (autorrecogido o recogido por el personal médico) como prueba principal de detección seguida de tratamiento.
- IVAA como prueba principal de detección seguida de tratamiento.

Los métodos de Detectar, triaje y tratar incluyen:

- ADN para VPH como prueba principal de detección, seguida de triaje de VPH 16/18, seguido de tratamiento y usar triaje con IVAA para las personas con resultado negativo para VPH 16/18.

- ADN para VPH como prueba principal de detección, seguida de triaje con IVAA, seguido de tratamiento.
- ADN para VPH de alto riesgo como prueba principal de detección, seguida de triaje con colposcopia, seguido de tratamiento.
- ADN para VPH como prueba principal de detección, seguida de triaje con citología, seguido de colposcopia y tratamiento.
- Citología como prueba principal de detección, seguida de triaje con colposcopia, seguido de tratamiento.

En la directriz de la OMS para la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas en el cuello uterino se ofrecen siete algoritmos que describen los métodos de detección y tratamiento anteriormente indicados [38].

#### RECUADRO 2: Autocuidados en la detección del cáncer de cuello uterino

El automuestreo para los VPH ofrece a las personas el control y la privacidad necesarios para recoger sus propias muestras destinadas a la detección del cáncer de cuello uterino, mientras que el sistema de salud revisa los resultados, les ayuda a interpretarlos y toma medidas según dichos resultados, incluido el acceso al tratamiento cuando proceda. Si está disponible dentro del país, los proveedores de servicios de salud de servicios de salud, incluidas las asociaciones miembros de IPPF, deben ayudar a la persona a disponer de información adecuada, hacer elecciones bien fundamentadas y recibir atención sanitaria y seguimiento, si fuera necesario.

Fuente: IPPF [39].

#### 7.1.2.1 Pruebas de VPH

Esta prueba usa métodos de comprobación molecular para detectar el ADN de los tipos de VPH de alto riesgo en muestras vaginales o cervicales. Aunque las pruebas de VPH en mujeres jóvenes posiblemente detecten infecciones por VPH pasajeras que desaparecerán espontáneamente, una prueba de VPH positiva en una mujer de más de 30 años posiblemente indique una infección por VPH persistente o crónica que podría causar precáncer o cáncer de cuello uterino.

La prueba puede ser realizada por cualquier persona proveedora de servicios de salud calificada o ser tomada por la propia persona usuaria (*recuadro 2*) [38].



### 7.1.2.2 Inspección visual con ácido acético (IVAA)

La IVAA puede ser realizada por personas proveedoras calificadas de nivel medio, como personal de enfermería o matronas(es). Con la IVAA, se pueden ver los primeros cambios celulares en el cuello uterino a simple vista, usando un espéculo, tras la aplicación de ácido acético diluido. Los resultados son inmediatos, esto permite comenzar al mismo tiempo el tratamiento de las lesiones precancerosas (consultar el apartado 7.1.3). El proceso y cómo evaluar los resultados se describe en el [apéndice 2](#).

La OMS recomienda ir dejando rápidamente la IVAA como prueba de detección primaria debido a los problemas intrínsecos de garantía de calidad que esta plantea [38].

### 7.1.2.3 Citología

Se extrae una muestra de células del cuello uterino que o bien se fija en un portaobjetos (prueba de Papanicoláu) o se coloca en un medio de transporte (citología en medio líquido) y se envía para detectar células anormales bajo microscopio.

La citología utiliza más recursos que otros métodos de detección en el cuello uterino debido a los costos de laboratorio, el transporte, los suministros y los conocimientos necesarios.

Aunque la prueba de ADN para VPH es el método principal de detección preferido, la OMS advierte de que los programas ya existentes con citología de calidad garantizada como prueba de detección primaria deben continuar hasta que estén operativas las pruebas de ADN para VPH [38].

## 7.1.3 Opciones de tratamiento para las lesiones precancerosas del cuello uterino

Una vez se haya tomado una decisión de tratamiento, es buena práctica iniciar dicho tratamiento en cuanto sea posible en un plazo de 6 meses para reducir el riesgo de pérdida durante el seguimiento. En circunstancias en las que el tratamiento no se ofrezca en este plazo de tiempo, es buena práctica volver a evaluar a la persona antes de iniciar el tratamiento. Para personas embarazadas, la buena práctica incluye retrasar el tratamiento hasta después del embarazo [38].

Entre las opciones de tratamiento figuran tratamientos ablativos (crioterapia, ablación térmica) y tratamientos por escisión (procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa [LEEP] también conocido como escisión con asa grande de la zona de transformación [LLETZ], conización quirúrgica con bisturí) [38,40] (consultar el [apéndice 3](#)). Las personas que cumplan los requisitos de elegibilidad para los tratamientos de ablación (consultar el [recuadro 3](#)),

o en aquellos entornos en los que LEEP esté disponible para personas que no cumplan los requisitos de elegibilidad para los tratamientos de ablación, se prefiere el método de detectar y tratar en una sola visita.

La elección de tratamiento puede verse limitada por el costo y los recursos necesarios para proporcionar tratamiento, mientras que el tratamiento propiamente dicho puede verse obstaculizado por problemas de viabilidad, capacitación y recursos para garantizar la calidad [38].

El manejo de los resultados de detección anormales/positivos de personas que viven con VIH es igual que para el resto de la población local.

Referir a cualquier persona con sospecha de cáncer a un centro especializado en cuanto sea posible.

### RECUADRO 3: Requisitos de elegibilidad para los tratamientos por ablación

- No existe sospecha de cáncer invasivo ni enfermedad ganglionar (es decir, adenocarcinoma o adenocarcinoma in situ).
- La zona de transformación es completamente visible, toda la lesión es visible, y no se extiende al endocérvix.
- La lesión es de zona de transformación tipo 1 (la zona de transformación es completamente visible y solamente ectocervical).

Fuente: OMS [38].

## 7.1.4 Consejos de seguimiento para la detección del cáncer de cuello uterino

Los intervalos recomendados entre las pruebas de detección dependen del tipo de prueba utilizado. Con las pruebas de ADN para VPH, el intervalo recomendado después de un resultado negativo en la prueba de detección para mujeres de 30 a 49 años en la población general es de cada 5 a 10 años. Para IVAA o citología, el intervalo recomendado es de 3 años. Las personas con VIH deben hacerse la prueba de detección del cáncer de cuello uterino a partir de los 25 años, cada 3–5 años después de un resultado negativo con pruebas de ADN para VPH y cada 3 años con IVAA o citología [38].

## 7.2 Cáncer de mama

El cáncer de mama es la primera causa de muerte entre las mujeres a nivel global. La detección temprana del cáncer de mama es la clave para su control. Menos de un uno por ciento de todos los casos de cáncer de mama



afecta a los hombres [41]. Casi todas las personas que presentan cáncer de mama no tienen ningún factor de riesgo específico e identificable (consultar el [apéndice 4](#)). Una pequeña proporción de los casos de cáncer de mama pueden estar vinculados a antecedentes familiares y mutaciones genéticas concretas (BRCA1, BRCA2 y proteína tumoral) que ponen a esas personas en alto riesgo de contraer cáncer de mama [42]. Durante una consulta se pueden identificar y explicar los factores clave de riesgo, como exposición prolongada al estrógeno (menarquía temprana/menopausia tardía), antecedentes familiares de cáncer de mama u ovario u otros síndromes hereditarios en la mama o el ovario, nuliparidad, alto índice de masa corporal, tabaquismo o consumo perjudicial de bebidas alcohólicas.

### 7.2.1 Pruebas de detección y detección temprana

La inspección de las mamas incluye observación de la piel, los pezones y las areolas. Algunos signos de alarma incluyen los síntomas de la enfermedad de Paget (eccema en un pezón), inversión asimétrica del pezón y secreción por el pezón sin causa aparente [43]. El examen clínico de las mamas es un método de bajo costo para la detección del cáncer de mama y es el mismo procedimiento que se sigue para examinar a las personas que presentan síntomas mamarios (consultar el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios, apartado 4.4](#)).

El autoexamen mamario (consultar el [apéndice 5](#)) no se ha valorado como un método de detección sistemático, pero se recomienda para concienciar a las personas en situación de riesgo.

Las mamografías y las ecografías pueden utilizarse para la detección sistemática temprana del cáncer de mama, pero la mamografía consume muchos recursos y, por tanto, solamente se usa en los programas de detección de entornos con alto nivel de recursos.

Los programas de diagnóstico precoz basados en el reconocimiento de los primeros signos y síntomas y una rápida referencia para diagnóstico y tratamiento son importantes para el control del cáncer de mama [42].

### 7.2.2 Diagnóstico y manejo de unos resultados anormales en un examen de mamas

La presentación de enfermedades claves, sus antecedentes, presentación clínica y pruebas diagnósticas se resumen en la [tabla 6](#). No todas las lesiones mamarias son malignas. Si el personal de servicios de salud no está seguro o es incapaz de dar un diagnóstico, deben referir a la persona. Referir a cualquier persona con sospecha de cáncer a un centro especializado en cuanto sea posible.

En los hombres, el cáncer generalmente aparece en la pequeña cantidad de tejido mamario situado detrás de los pezones [44]. La presentación y el examen clínico son similares a las del cáncer de mama en las mujeres, afectando principalmente a los pezones.

**TABLA 6: Diagnóstico diferencial de las enfermedades mamarias**

Enfermedad	Antecedentes y presentación	Pruebas diagnósticas y signos que deben buscarse
<b>Fibroadenoma</b>	<p><i>Antecedentes:</i> es posible que no haya nada significativo en los antecedentes de la persona</p> <p><i>Examen:</i> masa móvil, gomosa y lisa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mamografía:</i> ovalada o redonda, delimitada, puede tener calcificaciones gruesas</li> <li>• <i>Ecografía de mama:</i> sólida, ovalada o redonda, delimitada, lobulada, más ancha que alta</li> </ul>
<b>Cambios fibroquísticos</b>	<p><i>Antecedentes:</i> suelen estar acompañados de dolor en las mamas; los síntomas (dolor) normalmente cambian con los ciclos menstruales</p> <p><i>Examen:</i> masas móviles, gomosas y bien delimitadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía de mama: <ul style="list-style-type: none"> <li>• quistes simples: bien delimitados con bordes nítidos, sin ecos internos</li> <li>• quistes complejos: elementos quísticos y sólidos</li> </ul> </li> <li>• <i>Mamografía:</i> no puede distinguir entre masas quísticas y sólidas, pero puede estar indicado después de una ecografía</li> <li>• <i>Aspiración de mama:</i> confirmará que la masa es un quiste y puede lograr la resolución del quiste</li> </ul>





Enfermedad	Antecedentes y presentación	Pruebas diagnósticas y signos que deben buscarse
<b>Esteatonecrosis</b>	<i>Antecedentes:</i> traumatismo mamario previo, mamoplastia de aumento o reducción <i>Examen:</i> masa firme, bordes irregulares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ecografía de mama:</i> márgenes imprecisos, sólida</li> <li>• <i>Mamografía:</i> márgenes imprecisos, a veces con calcificaciones</li> <li>• <i>Biopsia:</i> esteatonecrosis</li> </ul>
<b>Papiloma intraductal</b>	<i>Antecedentes:</i> secreción sanguinolenta del pezón <i>Examen:</i> masa, normalmente pequeña, puede que no sea palpable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mamografía:</i> puede ser negativa</li> <li>• <i>Ecografía de mama:</i> conducto dilatado con masa ovalada</li> <li>• <i>Ductograma de mama:</i> defecto de llenado en el conducto</li> <li>• <i>Biopsia:</i> patrón de crecimiento papilar; papiloma intraductal benigno, papiloma con atipia (papiloma atípico), papiloma con carcinoma ductal in situ (CDIS), CDIS papilar o carcinoma papilar invasivo</li> </ul>
<b>Absceso mamario</b>	<i>Antecedentes:</i> dolor de mama, fiebre, hiperplasia rápida y alarmante <i>Examen:</i> el bulto mamario es fluctuante y sensible, eritema cutáneo, mastitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ecografía de mama:</i> cavidad rellena de líquido que contiene partículas</li> <li>• <i>Aspiración de mama:</i> líquido purulento</li> </ul>
<b>Cáncer de mama invasivo</b>	<i>Antecedentes:</i> se aprecia un aumento gradual del tamaño del pecho, antecedentes personales o familiares de cáncer de mama <i>Examen:</i> masa fija y dura, inversión del pezón, secreción del pezón, retracción cutánea, aspecto de «piel de naranja», linfadenopatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mamografía:</i> márgenes imprecisos o espiculados, mayor densidad, calcificaciones pleomórficas finas</li> <li>• <i>Ecografía de mama:</i> forma irregular, márgenes mal definidos, más alto que ancho, calcificaciones puntiformes, hipoecogenicidad</li> </ul>
<b>Carcinoma ductal in situ (CDIS)</b>	<i>Antecedentes:</i> normalmente es un hallazgo casual en personas asintomáticas <i>Examen:</i> es posible que exista una masa mamaria o secreción del pezón, dolor a la palpación en el pecho, agrietamiento de la piel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mamografía:</i> suele estar asociado a microcalcificaciones</li> <li>• <i>Biopsia:</i> destinada a investigación histopatológica para confirmar el diagnóstico</li> </ul>

## 7.3 Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es el tipo más habitual de cáncer en los hombres, y la segunda causa más habitual de muerte por cáncer entre los hombres del Reino Unido (después del cáncer de pulmón) [45].

El cáncer de próstata suele evolucionar lentamente y presentarse tarde, los síntomas solamente aparecen cuando existe suficiente hiperplasia prostática como para afectar a la uretra, causando problemas al orinar, o cuando el cáncer se metastatiza a los huesos, causando dolor. La hiperplasia prostática y los consiguientes síntomas urinarios son frecuentes con la hiperplasia prostática benigna, por eso no son siempre un indicio de cáncer [45].

La mayor parte de los casos de cáncer de próstata se detectan en hombres de más de 50 años de edad y su incidencia aumenta con la edad. Los factores de riesgo para contraer cáncer de próstata incluyen origen étnico de raza negra y causas genéticas/antecedentes familiares de cáncer de próstata (en padre o hermanos).

### 7.3.1 Anamnesis

Resulta difícil diagnosticar el cáncer de próstata basándose en los antecedentes. La mayoría de los síntomas no son específicos e incluyen problemas al orinar, disfunción eréctil, hematuria (sangre en la orina) o dolor óseo, especialmente en la zona lumbar.



### 7.3.2 Examen y pruebas

Se puede utilizar el tacto rectal para valorar si existe cáncer de próstata en personas con síntomas idiopáticos (según se enumera anteriormente) o aquellas personas con niveles elevados o en alza de antígeno prostático específico (consultar el *capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios, apartado 4.5*).

Una prueba de antígeno prostático específico mide los niveles de antígeno prostático específico en la sangre, que podrían ser más altos si hay cáncer de próstata. Sin embargo, la prueba de antígeno prostático específico puede verse afectada por otras enfermedades (p. ej. hiperplasia prostática) y dar un resultado falso negativo o falso positivo. La prueba de antígeno prostático específico no debe ofrecerse de forma sistemática a personas asintomáticas.

Se debe consultar los consejos nacionales sobre el uso de antígeno prostático específico, el tacto rectal y otras pruebas para la detección o el estudio de los síntomas del cáncer de próstata, como las biopsias y las ecografías.

### 7.3.3 Manejo y tratamiento

Se puede ofrecer a las personas con sospecha de cáncer de próstata una biopsia para confirmar el diagnóstico o una prueba por imágenes para valorar el estadio del cáncer de próstata. Si un centro no puede ofrecer los servicios de salud apropiados para el diagnóstico o el tratamiento, el personal debe referir a la persona a un especialista.

## 7.4 Otros cánceres del aparato reproductor

Los signos y síntomas clínicos y las pruebas para otros cánceres del aparato reproductor se resumen en la *tabla 7*.

Es posible que las pruebas se realicen en centros especializados o de más alto nivel. Tras la evaluación de un especialista, y el diagnóstico histológico (si está disponible), los tratamientos para todos los cánceres pueden conllevar una combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia, según el estadio de la enfermedad, el estado de salud de la persona y la disponibilidad de conocimientos, equipamiento e instalaciones.

**TABLA 7: Signos clínicos y pruebas para otros cánceres del aparato reproductor**

Localización	Factores de riesgo, signos y síntomas	Pruebas
<b>Endometrio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Más de 50 años de edad, nuliparidad, obesidad, uso de estrógenos sin oposición, uso de tamoxifeno</li> <li>Metrorragia, sangrado postmenopáusico</li> <li>Al principio puede que no haya ningún síntoma</li> <li>Más tarde, es posible que se pueda palpar un útero irregular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La ecografía puede mostrar un endometrio más grueso, especialmente en las personas postmenopáusicas; masa uterina si está avanzado</li> <li>Biopsia endometrial para confirmar el diagnóstico por vía histológica</li> </ul>
<b>Ovario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antecedentes familiares de cáncer de ovario o mama</li> <li>Síntomas (suelen ser imprecisos): molestias en la parte inferior del abdomen, alteraciones en el hábito intestinal, flatulencia, náuseas, dispepsia o distensión; a medida que avanza la enfermedad, pérdida de peso y anorexia</li> <li>Al principio, es posible que no haya ningún signo durante el examen; se puede detectar masa anexial mediante examen bimanual</li> <li>En la enfermedad avanzada, presencia de ascitis, y abdomen tenso y distendido</li> <li>La persona puede parecer caquética (demacrada)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La ecografía mostrará la presencia de una masa compleja con una mezcla de elementos quísticos sólidos</li> </ul>



Localización	Factores de riesgo, signos y síntomas	Pruebas
<b>Vagina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemorragia vaginal irregular, especialmente después de mantener relaciones sexuales</li> <li>Durante el examen con espéculo puede haber una lesión sospechosa, que posiblemente sea irregular, muy vascularizada y sangre fácilmente al tacto; se debe tener cuidado de no causar una hemorragia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una colposcopia mostrará vasos anormales</li> <li>Se necesita biopsia para diagnósticos específicos</li> </ul>
<b>Testículos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad de 15 a 55 años</li> <li>Inflamación testicular indolora o dolor sordo/pesadez escrotal</li> <li>Bulto testicular bien delimitado</li> <li>La presentación tardía se relaciona con la existencia de metástasis: tos o disnea si se disemina a los ganglios linfáticos de los pulmones, dolor en el abdomen si se disemina a los ganglios abdominales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ecografía</li> <li>Análisis de sangre para detectar marcadores tumorales como la alfafetoproteína; si estuviera disponible, esto puede diferenciar el tipo de cáncer (seminoma o no seminoma)</li> <li>Biopsia e histología</li> </ul>
<b>Pene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hombres de más de 50 años, fumadores, hombres con fimosis, asociado a infección por VPH</li> <li>Se presenta con proliferaciones penianas, cambios de color, hemorragia, secreción y fimosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biopsia de las zonas anormales para diagnóstico y estadificación</li> <li>El tratamiento depende del estadio, desde tratamiento tópico a cirugía y radioterapia</li> </ul>
<b>Ano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ligeramente más habitual en las mujeres que en los hombres; asociado a la infección por VPH</li> <li>Dolor o presión en el ano o el recto, cambio en los hábitos intestinales, un bulto cerca del ano, hemorragia rectal, prurito o secreción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación anoscópica y biopsia</li> <li>Citologías anales cuando se disponga de colposcopia anal, para la detección precoz del cáncer de ano en personas de alto riesgo</li> </ul>

## 8. Referencias

- [1] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Reproductive health. Disponible en: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>. Consultado el 30 de junio de 2022.
- [2] Emmanuel M, Bokor BR. Tanner stages. Diciembre de 2021. StatPearls. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470280/>. Consultado el 15 de abril de 2022.
- [3] American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Gynecologic Practice. Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. Committee Opinion Number 557, abril de 2013 (reafirmado en 2020). Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/04/management-of-acute-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-aged-women>. Consultado el 2 de junio de 2020.
- [4] American College of Obstetricians and Gynecologists [sitio web]. Abnormal uterine bleeding: Frequently Asked Questions. Disponible en: <https://www.acog.org/patient-resources/faqs/gynecologic-problems/abnormal-uterine-bleeding>. Consultado el 5 de febrero de 2020.
- [5] Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet* 2018;143(3):393–408.
- [6] American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2012;120(1):197–206.



- [7] Mahapatra PC, Kapur A, Baxi A, Kekre A, Mediratta G, Gajaraj J. Levonorgestrel intrauterine system: A first line medical therapy for idiopathic heavy menstrual bleeding. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2015;4(5):1257–1263.
- [8] National Institute for Health and Care Excellence [sitio web]. Clinical Knowledge Summaries: Fibroids. Mayo de 2022. Disponible en: <https://cks.nice.org.uk/fibroids#>. Consultado el 13 de julio de 2022.
- [9] Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG*. 2017;124(10):1501–1512.
- [10] De La Cruz MS, Buchanan EM. Uterine fibroids: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2017;95(2):100–107.
- [11] Stewart EA, Lytle BL, Thomas L, et al. The Comparing Options for Management: Patient-centered Results for Uterine Fibroids (COMPARE-UF) registry: rationale and design. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(1):95.e1–95.e10.
- [12] Mayo Clinic [sitio web]. Symptoms: Pelvic pain. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/symptoms/pelvic-pain/basics/causes/sym-20050898>. Consultado el 6 de febrero de 2020.
- [13] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. Green-top Guideline No. 41. Mayo de 2012. Londres: RCOG; 2012. Disponible en: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_41.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_41.pdf). Consultado el 29 de enero de 2020.
- [14] Mayo Clinic [sitio web]. Chronic pelvic pain in women. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-pelvic-pain/symptoms-causes/syc-20354368>. Consultado el 7 de febrero de 2020.
- [15] National Institute for Health and Care Excellence [sitio web]. Clinical Knowledge Summaries: Pelvic inflammatory disease. Abril de 2022. Disponible en: <https://cks.nice.org.uk/pelvic-inflammatory-disease#>. Consultado el 13 de julio de 2022.
- [16] Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician*. 2019;100(6):357–364.
- [17] Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03):1–137.
- [18] Organización Mundial de la Salud. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) Ginebra: OMS; 2018.
- [19] National Institute for Health and Care Excellence [sitio web]. Clinical Knowledge Summaries: Endometriosis. Febrero de 2020. Disponible en: <https://cks.nice.org.uk/endometriosis>. Consultado el 7 de febrero de 2020.
- [20] Mayo Clinic [sitio web]. Adenomyosis. Junio de 2020. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/adenomyosis/symptoms-causes/syc-20369138>. Consultado el 3 de junio de 2020.
- [21] Stratton P, Winkel C, Premkumar A, et al. Diagnostic accuracy of laparoscopy, magnetic resonance imaging, and histopathologic examination for the detection of endometriosis. *Fertil Steril* 2003;79(5):1078–85.
- [22] National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: diagnosis and management. NICE Guideline [NG23]. Noviembre de 2015 (actualizado en diciembre de 2019). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>. Consultado el 15 de abril de 2022.
- [23] National Institute for Health and Care Excellence [sitio web]. Clinical Knowledge Summaries: Menopause. Marzo de 2022. Disponible en: <https://cks.nice.org.uk/menopause>. Consultado el 15 de abril de 2022.
- [24] Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause*. 2014;21(10):1038–62.
- [25] Freedman RR, Kruger ML, Tancer ME. Escitalopram treatment of menopausal hot flashes. *Menopause*. 2011;18(8):893–6.
- [26] Mayo Clinic [sitio web]. Benign prostatic hyperplasia (BPH). Abril de 2021. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/benign-prostatic-hyperplasia/symptoms-causes/syc-20370087>. Consultado el 26 de noviembre de 2021.
- [27] BMJ Best Practice [sitio web]. Hydrocele. Junio de 2020. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1104>. Consultado el 10 de octubre de 2021.
- [28] Sharp VJ, Kieran K, Arlen AM. Testicular torsion: diagnosis, evaluation, and management. *Am Fam Physician*. 2013;88(12):835–40.
- [29] Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. Erectile dysfunction. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16003.
- [30] Hashemi L, Weinreb J, Weimer AK, Weiss RL. Transgender Care in the Primary Care Setting: A Review of Guidelines and Literature. *Fed Pract*. 2018;35(7):30–37.
- [31] Asociación Mundial para la Salud Transgénero Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7.ª versión. 2012. Disponible en: [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7\\_Spanish.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf). Consultado el 26 de noviembre de 2021.
- [32] American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice and Committee of Health Care for Underserved Women. Health care for transgender and gender diverse individuals. ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstet Gynecol*. 2021;137(3):e75–e88.



- [33] Organización Mundial de la Salud. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11) Ginebra: OMS; 2018.
- [34] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Esterilidad. Datos y cifras. Septiembre de 2020 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infertility>. Consultado el 26 de noviembre de 2021.
- [35] Lindsay TJ, Vitrikas KR. Evaluation and treatment of infertility. *Am Fam Physician*. 2015;91(5):308–14. Errata en: *Am Fam Physician*. 2015;92(6):437.
- [36] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Cáncer cervicouterino. Datos y cifras. Febrero de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. Consultado el 11 de abril de 2022.
- [37] American Cancer Society [sitio web]. Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Enero de 2020: Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>. Consultado el 15 de abril de 2022.
- [38] Organización Mundial de la Salud. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Segunda edición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240030824>. Consultado el 26 de noviembre de 2021.
- [39] Federación Internacional de Planificación Familiar. Cervical cancer strategy 2020–2024. Londres: IPPF; 2020. Disponible en: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-08/IPPf%20Cervical%20Cancer%20Strategy%202020-2024.pdf>. Consultado el 26 de noviembre de 2021.
- [40] Federación Internacional de Planificación Familiar. A How-to-Guide to Cervical Cancer Screening and Treatment Programmes. Londres: IPPF; 2018. Disponible en: <https://www.ippf.org/resource/field-world-ippfs-cervical-cancer-prevention-journey>. Consultado el 2 de junio de 2020.
- [41] Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer de seno (mama) masculino (PDQ®) – Versión para profesionales de salud. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2020. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-masculino-pdq>. Consultado el 4 de febrero de 2020.
- [42] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Cáncer de mama. Marzo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. Consultado el 11 de abril de 2022.
- [43] Oxford Medical Education [sitio web]. Breast examination. Disponible en: <http://www.oxfordmedicaleducation.com/clinical-examinations/breast-examination/>. Consultado el 3 de enero de 2020.
- [44] National Health Service [sitio web]. Breast cancer in men. Marzo de 2020. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-in-men/>. Consultado el 4 de febrero de 2021.
- [45] National Institute for Health and Care Excellence [sitio web]. Clinical Knowledge Summaries: Prostate cancer. Febrero de 2022. Disponible en: <https://cks.nice.org.uk/prostate-cancer>. Consultado el 11 de abril de 2022.



## 9. Apéndices

### Apéndice 1: Opciones de tratamiento y supervisión de la terapia hormonal para personas transgénero

TABLA 1: Opciones de tratamiento para personas transgénero

Tipo	Dosis	Comentarios
<b>De masculino a femenino</b>		
<b>Estrógeno</b>		
Estradiol oral	2,0–6,0 mg/d	Plantearse la vía sublingual para evitar el efecto de primer paso hepático
Parche transdérmico de estradiol	0,025–0,4 mg/d dos veces a la semana	Se prefiere a la vía oral para evitar episodios trombóticos
Valerato o cipionato de estradiol por vía parenteral	5–30 mg IM cada 2 semanas	
2–10 mg IM cada semana	Se prefiere a la vía oral para evitar episodios trombóticos	
<b>Antiandrógenos</b>		
Espironolactona	100–300 mg/d	Comprobar los niveles de potasio a 1 o 2 semanas después del inicio del tratamiento
Acetato de ciproterona	25–100 mg/d	No disponible en los Estados Unidos
Agonista de la GnRH (leuprolide)	3,75–7,5 mg IM una vez al mes	No se utiliza a menudo
<b>De femenino a masculino</b>		
<b>Testosterona</b>		
Enantato o cipionato de testosterona por vía parenteral	100–200 mg IM (o SC) cada 2 semanas	Si la testosterona sérica se encuentra en un intervalo normal más bajo pero la persona sigue experimentando disminución de la libido, la dosis puede regularse lentamente a la vez que se supervisan los AA
Gel transdérmico de testosterona	2,5–10 g/d	Ofrece unos niveles más suaves, pero puede pasar mediante roce a la pareja o las hijas/los hijos/les hijes
Undecanoato de testosterona	1000 mg cada 12 semanas	No disponible en los Estados Unidos

Abreviaturas: AA, eventos adversos; GnRH, agonista de la hormona liberadora de gonadotropina; IM, intramuscular; SC, subcutánea.

Fuente: Reproducido con permiso de Frontline Medical Communications Inc. Transgender Care in the Primary Care Setting: A Review of Guidelines and Literature. California: Hashemi et al; 2018.



**TABLA 2: Supervisión de la terapia hormonal para personas transgénero**

De masculino a femenino	De femenino a masculino
Evaluar a las personas cada 2–3 meses durante el primer año, después 1–2 veces al año	Evaluar a las personas cada 2–3 meses durante el primer año, después 1–2 veces al año
Medir la testosterona y el estradiol en suero cada 3 meses durante el primer año, después cada 6 meses en el segundo año, y a continuación una vez al año; el objetivo total para la testosterona debe ser < 50 ng/dl y para el estradiol < 200 pg/ml; la prolactina debe comprobarse al inicio y después una vez al año como mínimo durante la transición y, a continuación, cada 2 años	Medir la testosterona cada 2–3 meses hasta que el nivel se encuentre dentro del intervalo fisiológico normal, después cada 6 meses en el segundo año, y a continuación una vez al año; comprobar la prolactina si la persona presenta algún síntoma
Si se toma espironolactona: comprobar los electrolitos séricos cada 3 meses durante el primer año y, a continuación, una vez al año	Medir el nivel de estradiol durante los primeros 6 meses de tratamiento o hasta que no haya sangrado durante 6 meses
Comprobar HC, PFH en la visita inicial y las de seguimiento	Comprobar HC, PFH en la visita inicial y las de seguimiento
Lipidograma: según las recomendaciones de USPSTF	Lipidograma: según las recomendaciones de USPSTF
HbA <sub>1c</sub> : según las recomendaciones de USPSTF	HbA <sub>1c</sub> : según las recomendaciones de USPSTF

Abreviaturas: HC, hemograma completo; HbA<sub>1c</sub>, hemoglobina A1c; PFH, pruebas funcionales hepáticas; USPSTF, US Preventive Services Task Force.

Fuente: Reproducido con permiso de Frontline Medical Communications Inc. Transgender Care in the Primary Care Setting: A Review of Guidelines and Literature. California: Hashemi et al; 2018.



## Apéndice 2: Inspección visual con ácido acético (IVAA)

### A. Antes de aplicar el ácido acético

- Con el espéculo en su sitio, observar el tamaño y forma del cuello uterino.
- Identificar el orificio externo. Observar cualquier característica tanto normal (no patológica) como patológica del cuello uterino: epitelio cilíndrico (rojizo), epitelio escamoso (rosado), unión escamosocilíndrica (UEC), zona de transformación.
- Valorar las características de la leucorrea: cantidad, color, olor y espesor.

**TABLA 1: Resultados de la inspección visual ANTES de aplicar el ácido acético**

<p><b>Resultados normales</b> (características no patológicas del cuello uterino)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Postmenopausia:</b> adelgazamiento y atrofia del epitelio escamoso; el cuello uterino presenta un aspecto pálido y frágil</li> <li>• <b>Ectropión:</b> una gran zona de apariencia enrojecida alrededor del orificio externo con la UEC alejada del mismo</li> <li>• <b>Huevos de Naboth:</b> nódulos protuberantes de color blanco azulado o blanco amarillento, cubiertos de una delicada mucosa lisa con trama vascular; pueden ser de gran tamaño y distorsionar la forma del cuello uterino</li> <li>• <b>Desgarro curado</b> en los labios del cuello uterino, el orificio externo</li> </ul>
<p><b>Resultados patológicos</b></p>	<p><b>No cancerosos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Condilomas (verrugas genitales):</b> protuberancias blanco grisáceas dentro o fuera de la zona de transformación en el epitelio escamoso, lesiones similares en la vagina y la vulva</li> <li>• <b>Cervicitis:</b> amplias áreas erosivas y enrojecidas que se extienden a la vagina con infección/inflamación graves; hemorragia del cuello uterino; sangrado al tacto; múltiples úlceras de pequeño tamaño; indicios de pequeñas ampollas llenas de líquido</li> <li>• <b>Pólipo cervical:</b> una masa lisa que sobresale del conducto cervicouterino más allá del orificio externo, que puede presentar un color rojo oscuro o blanco rosáceo; un pólipo necrótico se parece al cáncer de cuello uterino</li> <li>• <b>Leucoplasia</b> aparece como una zona blanca de superficie lisa en el cuello uterino que no puede extirparse ni quitarse mediante raspado</li> </ul> <p><b>Cáncer invasivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cáncer invasivo muy temprano:</b> zona rugosa, rojiza y granulosa, posible sangrado al tacto</li> <li>• <b>Cánceres invasivos avanzados:</b> sangrado al tacto y necrosis y             <ul style="list-style-type: none"> <li>• una proliferación exofítica con una masa protuberante ulceroproliferativa con excrecencia polipoide o papilar, que surge del cuello uterino o</li> <li>• un tumor predominantemente ulcerado que reemplaza casi todo el cuello uterino</li> <li>• secreciones de mal olor procedente de infección secundaria</li> </ul> </li> <li>• A veces puede presentarse como una lesión infiltrante con un cuello uterino irregular y marcadamente hipertrofiado</li> </ul>





## A. Después de aplicar el ácido acético

Aplicar ácido acético diluido (al 3–5 por ciento) usando un hisopo y limpiar todas las secreciones. Esperar 1 minuto y observar las características de la(s) lesión(es) acetoblanca(s):

- **Número de lesiones.**
- **Tamaño, alcance, dimensiones:** cubren la zona de transformación total o parcialmente; cubren todo el cuello uterino.
- **Localización:** dentro, cerca o lejos de la zona de transformación que toca la UEC.
- **Intensidad y uniformidad del color blanco:** blanco brillante, turbio, pálido o mate.
- **Bordes y límites:** márgenes delineados y nítidos o difusos e imprecisos; márgenes planos o elevados; márgenes regulares o irregulares; áreas de erosión dentro de la lesión.
- **Extensión:** dentro del conducto endocervical.

**TABLA 2: Resultados de IVAA 1 minuto DESPUÉS de aplicar el ácido acético**

<p><b>Resultados de IVAA negativos (-) (normales)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de lesiones acetoblanas en el cuello uterino</li> <li>• Presencia de pólipos que sobresalen del cuello uterino con zonas acetoblanas de color blanco azulado</li> <li>• Presencia de huevos de Naboth con aspecto de granitos, como acné blanquecino o espinillas</li> <li>• Presencia de zonas puntiformes en el endocérvix (debido a la reacción al ácido acético del epitelio cilíndrico en forma de racimo de uvas)</li> <li>• Presencia de lesiones brillantes de color blanco rosáceo, blanco azulado o turbio, con fragmentado pálido o lesiones dudosas con márgenes poco delineados y mal definidos que se confunden con el resto del cuello uterino</li> <li>• Presencia de lesiones acetoblanas angulosas, irregulares y digitiformes, semejantes a regiones geográficas, distales (separadas) de la UEC (lesiones satélite)</li> <li>• Presencia de un borde difuso o una reacción acetoblanca mal delimitada en la UEC</li> <li>• Presencia de acetoblanqueo de aspecto estriado en el epitelio cilíndrico</li> <li>• Presencia de zonas acetoblanas mal definidas, desiguales, pálidas, irregulares y dispersas</li> </ul>
<p><b>Resultados de IVAA positivos (+)</b></p>	<p><b>IVAA + para precáncer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de zonas acetoblanas nítidas, bien definidas, densas (de color blanco opaco, mate o blanco ostra) con márgenes regulares o irregulares, cercanas o contiguas a la UEC en la zona de transformación o cerca del orificio externo si no se ve la UEC</li> <li>• Presencia de zonas acetoblanas marcadamente densas en el epitelio cilíndrico</li> <li>• Todo el cuello uterino se vuelve de color blanco intenso</li> <li>• Posible presencia de condilomas y leucoplasia cerca de la UEC, que se vuelven de un blanco intenso tras la aplicación del ácido acético</li> </ul> <p><b>IVAA + para cáncer invasivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de una masa proliferativa ulcerada clínicamente visible en el cuello uterino que se vuelve blanca tras aplicar ácido acético y que sangra al tacto</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Sankaranarayanan R, Wesley RS. Manual práctico para la detección visual de las neoplasias cervicales. IARC Technical Publication No. 41. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2003. Disponible en: <https://screening.iarc.fr/viavili.php?lang=3>. Consultado el 3 de enero de 2020.



## Apéndice 3: Descripción de la crioterapia y el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)

	Crioterapia	LEEP
<b>Descripción</b>	Un método de ablación que elimina las zonas precancerosas/anormales del cuello uterino mediante su congelación (junto con zonas normales), aplicando sobre el cuello uterino un disco metálico muy frío (criosonda). La refrigeración de la criosonda se consigue usando un tanque de gas comprimido de dióxido de carbono (CO <sub>2</sub> ) u óxido nitroso (N <sub>2</sub> O).	Un método de escisión que elimina las zonas precancerosas/anormales, y toda la zona de transformación, del cuello uterino usando un asa de alambre fino conectada a una unidad electroquirúrgica. La herramienta de asa corta y coagula, a continuación la coagulación se finaliza con un electrodo esférico.  Además de tratar (eliminar) el precáncer, la LEEP también obtiene una muestra de tejido que puede enviarse a un servicio de anatomía patológica para evaluar el alcance de la lesión. Sin embargo, es posible que la muestra tenga los bordes quemados, por lo que resultaría difícil interpretar los márgenes de la lesión.
<b>Proveedor/ centro de salud</b>	La crioterapia puede realizarse a cualquier nivel del sistema de salud, por una persona proveedora de servicios de salud (doctor/a, enfermero/a, matrón/a) calificada para realizar exámenes pélvicos y con formación en crioterapia.	Solamente debe realizarse por personal de servicios de salud calificado y competente, como especialista en ginecología, en un centro con instalaciones de apoyo para el manejo de posibles complicaciones, es decir, por lo menos un centro de nivel secundario como un hospital local.
<b>Criterios de elegibilidad de la persona</b>	Las personas con resultado positivo en las pruebas de detección (es decir, mediante prueba de VPH, IVAA o citología) o con CIN2+ confirmado histológicamente cumplen los requisitos para la crioterapia si puede verse toda la lesión y la unión escamosocilíndrica, y si la lesión no abarca más de tres cuartas partes de la ectocérvix. Si la lesión se extiende más allá de la criosonda utilizada, o entra en el conducto endocervical, o si se sospecha que la lesión es un cáncer invasivo, entonces esa persona no es idónea para recibir crioterapia. La elegibilidad puede determinarse mediante IVAA.	Las personas con resultado positivo en las pruebas de detección (es decir, mediante prueba de VPH, IVAA o citología), o aquellas con CIN2+ confirmado histológicamente pueden optar por LEEP si no hay sospecha de que la lesión sea un cáncer invasivo.
<b>Anestesia</b>	El tratamiento dura unos 15 minutos y se asocia solamente con molestias leves, por lo que no se necesita anestesia.	La intervención puede realizarse con anestesia local de forma ambulatoria y suele durar menos de 30 minutos.



	Crioterapia	LEEP
<b>Después del procedimiento</b>	Después de la crioterapia, la zona congelada se regenera con epitelio normal en el plazo de 1 mes. Se debe informar a la persona de que durante ese tiempo podría tener abundante flujo acuoso y que debe evitar las relaciones sexuales hasta que ese flujo desaparezca o utilizar un preservativo si esto no fuera posible.	Después de LEEP, la persona debe permanecer en un centro de atención ambulatoria durante unas horas para asegurarse de que no se produzca una hemorragia. Se debe informar a la persona de que durante unos pocos días sentirá calambres leves y cierta cantidad de leucorrea durante un mes mientras los tejidos se regeneran. Es posible que haya flujo sanguinolento durante 7 ó 10 días, que puede pasar a ser de color amarillento. La persona debe evitar las relaciones sexuales durante un mes o utilizar un preservativo si esto no fuera posible.

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice. Segunda edición. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf). Consultado el 31 de enero de 2020.



## Apéndice 4: Resumen del riesgo de cáncer de mama

### Factores de riesgo que no pueden cambiarse:

- **Envejecimiento.** El riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad; la mayoría de los cánceres de mama se diagnostica después de los 50 años.
- **Mutaciones genéticas.** Cambios heredados (mutaciones) en ciertos genes, como el BRCA1 y el BRCA2. Las mujeres que han heredado estos cambios genéticos corren un riesgo más alto de presentar cáncer de mama y ovario. Los hombres que los han heredado, especialmente el BRCA2, corren un riesgo más alto de cáncer de mama y próstata.
- **Menarquía temprana (antes de los 12 años) y menopausia tardía (después de los 55 años).** Esto expone durante más tiempo a las mujeres a la acción de los estrógenos endógenos, aumentando ligeramente su riesgo de cáncer de mama.
- **Tener mamas densas.** Las mamas densas poseen más tejido conjuntivo que adiposo, lo que a veces puede dificultar la detección de tumores en una mamografía. Las mujeres con mamas densas tienen más probabilidades de tener cáncer de mama.
- **Antecedentes personales de cáncer de mama.** Las personas que han tenido cáncer de mama tienen más probabilidades de volver a tenerlo por segunda vez.
- **Antecedentes personales de ciertas enfermedades mamarias no cancerosas.** Algunas enfermedades mamarias no cancerosas, como la hiperplasia atípica o el carcinoma lobulillar in situ, se asocian a un riesgo más alto de presentar cáncer de mama.
- **Antecedentes familiares de cáncer de mama.** El riesgo de que una persona presente cáncer de mama es más alto si tiene uno o más familiares de primer grado, tanto por la línea materna como por la paterna, que hayan tenido cáncer de mama. Tener un familiar de primer grado de sexo masculino con cáncer de mama también aumenta el riesgo.
- **Tratamientos previos con radioterapia.** Las personas que hayan recibido radioterapia en el pecho o las mamas antes de los 30 años (como ocurre con el tratamiento del linfoma de Hodgkin) tienen un mayor riesgo de presentar cáncer de mama más adelante en la vida.
- **Hombres con enfermedades que aumentan el estrógeno sistémico:** El síndrome de Klinefelter y la cirrosis hepática (además de la obesidad):

### Factores de riesgo que pueden cambiarse:

- **No mantenerse físicamente activa.** Las mujeres que no se mantienen físicamente activas tienen un mayor riesgo de presentar cáncer de mama.
- **Tener sobrepeso u obesidad después de la menopausia.** Esto se asocia a un riesgo más alto de tener cáncer de mama en comparación con las que no están obesas. La obesidad también es un factor de riesgo para los hombres.
- **Uso de tratamientos hormonales combinados.** Tomar hormonas para reemplazar el estrógeno y la progesterona que faltan en la menopausia durante más de 5 años aumenta el riesgo de tener cáncer de mama. Las hormonas que se ha demostrado aumentan el riesgo son el *estrógeno* y el *progestágeno* cuando se toman juntas.
- **Tomar píldoras anticonceptivas por vía oral.** Se ha demostrado que ciertos anticonceptivos orales aumentan el riesgo de cáncer de mama.
- **Ningún embarazo o embarazo tardío** Quedar embarazada por primera vez después de los 30 años y no haber tenido nunca un embarazo que llegara a término puede aumentar el riesgo de cáncer de mama.
- **Tomar bebidas alcohólicas.** Algunos estudios demuestran que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de la mujer de tener cáncer de mama. Esto también puede ser verdad para los hombres.

Fuentes: Adaptado de Centers for Disease Control and Prevention [sitio web]. ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de mama? Disponible en: [https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic\\_info/risk\\_factors.htm#:~:text=Factores%20de%20riesgo%20que%20no%20pueden%20cambiar&text=La%20mayor%20de%20los%20c%C3%A1nceres%20de%20mama%20se%20diagnostica%20despu%C3%A9s,de%20mama%20y%20de%20ovario.](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm#:~:text=Factores%20de%20riesgo%20que%20no%20pueden%20cambiar&text=La%20mayor%20de%20los%20c%C3%A1nceres%20de%20mama%20se%20diagnostica%20despu%C3%A9s,de%20mama%20y%20de%20ovario.) Consultado el 4 de febrero de 2020; National Cancer Institute [sitio web]. Mutaciones en el gen BRCA: el riesgo de cáncer y las pruebas genéticas. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica/hoja-informativa-brca>. Consultado el 4 de febrero de 2020; y National Health Service [sitio web]. Breast Cancer in Men. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-in-men/>. Consultado el 4 de febrero de 2020.



## Apéndice 5: Pasos para el autoexamen de las mamas

Examinarse las mamas todos los meses después de la menstruación.

Para todos los pasos del autoexamen mamario, se debe informar a la persona de que el tejido mamario en ambos lados se extiende desde la clavícula hasta la línea del sujetador por debajo de los pechos, y desde el esternón central hasta la derecha y la izquierda dentro de las axilas.

### Paso 1: Inspeccionar los pechos visualmente en un espejo

Comenzar con los brazos caídos a ambos lados, después subirlos en alto y finalmente con las manos apoyadas firmemente sobre las caderas. Observar si hay algo de lo siguiente:

- bulto o protuberancia en los pechos de cualquier tamaño
- cambios en el aspecto o forma de los pechos
- alteración de la posición o el nivel de los pezones
- hoyuelos en la superficie de la piel
- pezones invertidos
- secreción o sangrado de los pezones
- arrugamiento de la superficie como si fuese la *piel de una naranja*

### Paso 2: Examinar los pechos acostada

Colocar una almohada debajo del hombro izquierdo y el brazo izquierdo debajo de la cabeza. Utilizar la mano derecha para palpar el pecho izquierdo con las yemas de los dedos índice, corazón y anular, manteniendo la palma de la mano extendida. Repetir al otro lado para examinar el pecho derecho con la mano izquierda. Se debe palpar el pecho con un tacto ligero pero firme de forma sistemática, por ejemplo, en círculos concéntricos o por cuadrantes.

### Paso 3: Examinar los pechos de pie

Seguir un método sistemático para realizar la palpación como en el paso 2, pero esta vez de pie, p. ej. en la ducha.

# Capítulo 9: Salud materna

## índice

<b>1. Introducción</b>	<b>320</b>
<b>2. Atención prenatal</b>	<b>320</b>
2.1 Objetivo de la atención prenatal	320
2.2 Número y componentes de los contactos prenatales	321
2.3 Pruebas de rutina y detección de factores de riesgo	321
2.4 Intervenciones de salud preventiva	324
<b>3. Manejo del trabajo de parto, el alumbramiento y el periodo inmediatamente posterior al parto</b>	<b>326</b>
3.1 Principios generales y preparación en caso de emergencia	326
3.2 Manejo de la ruptura de membranas antes o durante el parto	326
3.3 Manejo del trabajo de parto normal	329
<b>4. Complicaciones durante el embarazo</b>	<b>332</b>
4.1 Hiperemesis gravídica	332
4.2 Trastornos hipertensivos durante el embarazo	333
4.3 Hemorragias durante el embarazo	334
4.4 Trabajo de parto prematuro	339
4.5 Prolapso del cordón umbilical	339
4.6 Parto obstruido	339
4.7 Sepsis materna	340
4.8 Complicaciones fetales	341



# Índice (continuación)

<b>5. Atención posnatal</b>	<b>341</b>
5.1 Atención posnatal del recién nacido	342
5.2 Atención puerperal para la persona usuaria	343
<b>6. Referencias</b>	<b>344</b>
6.1 Recursos	346
<b>7. Apéndices</b>	<b>348</b>
Apéndice 1: Programa de intervenciones de atención prenatal recomendado por la Organización Mundial de la Salud	348
Apéndice 2: Diagnóstico de embarazo	357
Apéndice 3: Plan de parto y emergencia	358
Apéndice 4: Triage para la atención prenatal, durante el parto y posnatal	360
Apéndice 5: Evaluación inicial de una persona que se presenta de posible parto o con ruptura de membranas	361
Apéndice 6: Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia graves	362
Apéndice 7: Reanimación básica de recién nacidos	365



## 1. Introducción

La salud materna se refiere a la salud de una persona durante el embarazo, el parto y el periodo puerperal (también conocido como posparto, que dura aproximadamente 6 semanas o 42 días después del nacimiento). Aunque lo que ocurre durante este tiempo suelen ser experiencias positivas y gratificantes, para demasiadas personas este período se asocia con sufrimiento, mala salud e incluso la muerte.

Una experiencia de embarazo positiva necesita que los servicios de maternidad respondan a los valores, convicciones y necesidades de cada persona. En una revisión sistemática de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se constató que lo que preocupa a las mujeres en relación con el parto se basa en tres fenómenos: la naturaleza física y psicosocial del parto como experiencia personal; las normas familiares y socioculturales locales que legitiman o reformulan las expectativas sobre el trabajo de parto y el nacimiento; y cómo la prestación de servicios de maternidad permite o limita lo que es importante para ellas [1]. Los datos procedentes de una gran variedad de fuentes indican que es imprescindible que los servicios de maternidad reconozcan los beneficios de proporcionar todo aquello que sea importante para las personas embarazadas (y los riesgos de no hacerlo así). Estos factores se deben convertir en el elemento central de la prestación de servicios para garantizar un nivel óptimo de aceptación de unos servicios de maternidad eficaces y respetuosos y, como consecuencia, garantizar la salud de las mujeres en edad fértil, así como la de sus bebés y familias, tanto a corto como a largo plazo [1,2].

En este capítulo se abordan algunas de las intervenciones claves para la salud materna y neonatal que son esenciales para salvar las vidas de las mujeres y sus bebés, además de mejorar su salud y bienestar, incluida la detección temprana de factores de riesgo y una prestación puntual de las intervenciones preventivas y los tratamientos relevantes durante el embarazo, el trabajo de parto y el alumbramiento, y el puerperio o periodo posnatal inmediato y a largo plazo. El objetivo de este capítulo es ofrecer consejería a las clínicas y los centros de nivel más bajo que disponen de redes de referencia donde se incluye una atención obstétrica especializada para personas de alto riesgo o que presentan complicaciones.

### Acrónimos

<b>BA</b>	bacteriuria asintomática
<b>BEmONC</b>	servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica
<b>CEmONC</b>	servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia integral
<b>EmONC</b>	servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia
<b>EVZ</b>	Enfermedad por virus de Zika
<b>HPP</b>	hemorragia posparto
<b>IMC</b>	índice de masa corporal
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>RMATP</b>	ruptura de membranas antes del trabajo de parto
<b>RMPATP</b>	ruptura de membranas prematura antes del trabajo de parto

## 2. Atención prenatal

### 2.1 Objetivo de la atención prenatal

La atención prenatal puede definirse como la atención prestada por personas profesionales de la salud calificadas a las personas embarazadas a fin de garantizar las mejores condiciones de salud tanto para esa persona como para el feto durante el embarazo. Los componentes de la atención prenatal incluyen identificación de riesgos, prevención y manejo de enfermedades relacionadas con el embarazo o concomitantes, y educación y promoción de la salud [3].

Una atención prenatal adecuada y apropiada salva vidas. Cuando se ofrece junto a otros servicios de salud básicos, la atención prenatal puede reportar beneficios trascendentales para todas las personas, familias y comunidades. Para la atención de personas embarazadas que no deseen continuar con el embarazo, consultar el [capítulo 5: Atención del aborto](#).





## 2.2 Número y componentes de los contactos prenatales

La OMS recomienda un mínimo de ocho consultas de atención prenatal. Este enfoque sustituye el modelo de atención prenatal «concentrada» o «básica», con el objetivo de reducir la mortalidad perinatal y mejorar las experiencias de atención durante el embarazo [3].

Cada consulta se centra en las evaluaciones y las intervenciones que respaldan unos resultados positivos del embarazo. Cada contacto de atención prenatal debe incluir las siguientes tareas (consultar el [apéndice 1](#) para ver el programa de intervenciones recomendado por la OMS para las visitas de atención prenatal):

1. Confirmar el diagnóstico de embarazo (consultar el [apéndice 2](#)) y determinar la edad gestacional con precisión.
2. Elaborar o revisar el plan de parto, teniendo en cuenta cualquier cambio clínico o dificultades de movilidad, la aparición de signos de alarma, o cambios en los deseos de la persona (consultar el [apéndice 3](#)).
3. Evaluar (detectar) factores de riesgo (consultar el [apartado 2.3](#)), incluido volver a evaluar cualquier riesgo identificado en contactos anteriores.
4. Ofrecer consejería sobre nutrición y promover conductas saludables, cuando resulte apropiado (consultar el [apartado 2.4](#)).
5. Actualizar la historia clínica de la persona usuaria, incluidos sus antecedentes, exámenes, resultados de las pruebas y conversaciones, y programar el próximo contacto de atención prenatal.

## 2.3 Pruebas de rutina y detección de factores de riesgo

Las consultas de atención prenatal ofrecen la oportunidad de evaluar los signos y síntomas para identificar y tratar cualquier complicación del embarazo de forma oportuna y apropiada. Unos exhaustivos antecedentes prenatales que incluyan los problemas médicos (y el uso de medicamentos) durante la primera consulta ofrecen al personal proveedor de servicios la oportunidad de evaluar si la persona embarazada presenta algún factor de riesgo, para manejarlos y volver a evaluarlos durante el embarazo, y para hacer las referencias necesarias a especialistas, cuando esté indicado.

### 2.3.1 Pruebas de rutina

Durante el embarazo se **recomiendan** las siguientes pruebas [3]:

- Medición periódica de la tensión arterial, el peso y la presencia de proteinuria.
- Hemograma completo (preferido) o nivel de hemoglobina (hacerlo con un hemoglominómetro se prefiere al método de la escala de color de hemoglobina) en las visitas 1, 3 y 6 (a las 12, 26 y 36 semanas de gestación).
- Cultivo de orina del chorro medio (preferido) o tinción de Gram en orina (se prefiere a las tiras reactivas para orina) en las visitas 1, 3 y 5 (a las 12, 26 y 34 semanas de gestación). Pruebas y consejería para el VIH y la sífilis (prueba rápida de reagin en plasma o Prueba VDRL) en la visita 1 (a las 12 semanas de gestación). Se recomienda una prueba de sífilis rápida en el centro médico en lugares con baja cobertura de detección de sífilis, capacidad de laboratorio limitada o alta prevalencia de la sífilis ( $\geq 5$  por ciento) [4].
- La detección de diabetes gestacional (entre las semanas 24 y 28 de gestación), o si se detecta por primera vez hiperglucemia en cualquier momento durante el embarazo.
- Detección de tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas en todas las visitas prenatales.
- Una ecografía antes de las 24 semanas para determinar la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazo múltiple, reducir la inducción del parto para los embarazos prolongados, y mejorar la experiencia de embarazo de cada persona.

Las siguientes pruebas e intervenciones se recomiendan en contextos específicos y deben repetirse cuando sea clínicamente indicado:

- Exámenes vaginales, exámenes mamarios, comprobación del peso y ecografías de rutina.
- Se recomiendan pruebas de detección de tuberculosis en la primera visita (12 semanas) en lugares con alta prevalencia.
- En las visitas de atención prenatal se debe considerar seriamente de realizar una indagación clínica sobre la posible existencia de violencia sexual y basada en el género al evaluar trastornos que podrían estar provocados o agravados por este tipo de violencia a fin de mejorar el diagnóstico clínico y la atención posterior, siempre que haya capacidad para dar una



respuesta de apoyo (incluida la referencia cuando proceda, consultar el *capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género*).

- Se puede ofrecer la posibilidad de escuchar la frecuencia cardíaca del feto, ya que esto podría resultar tranquilizador para la persona; pero no es un factor predictivo del bienestar fetal y no se recomienda como prueba de rutina.
- Aunque contar los movimientos fetales a diario puede ocasionar ansiedad, pedir a la persona que los supervisen es una opción en aquellos centros en los que no exista otra posibilidad de realizar una evaluación fetal.

### 2.3.2 Detección de factores de riesgo

#### 2.3.2.1 Factores que pueden aumentar el riesgo de parto por cesárea o parto prematuro

*Parto anterior por cesárea:* Las personas embarazadas sin factores de riesgo, aparte de un parto anterior por cesárea, pueden planificar el parto en un centro de servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia integral (CEmONC), donde se puede intentar realizar un parto vaginal y por cesárea, si fuera necesario. Esto debe anotarse en el plan de parto.

*Factores de alto riesgo:* Las personas embarazadas con factores de alto riesgo identificados en el periodo prenatal que podrían dificultar o impedir un parto normal, deben referirse a un centro especializado (centro CEmONC). El parto debe tener lugar en un centro donde se pueda realizar una cesárea, si fuera necesario. Estos factores de riesgo incluyen:

- mala presentación un mes antes de la fecha de parto esperada
- embarazo múltiple
- desgarro previo de tercer o cuarto grado
- edad menor de 14 años

*Otros factores de riesgo:* Se puede aconsejar a las personas embarazadas con otros factores de riesgo que el nacimiento debería tener lugar en un centro con personal calificado. Estos factores de riesgo incluyen casos previos de mortinato o muerte neonatal temprana; antecedentes de complicaciones durante el embarazo, como hemorragia o preeclampsia; edad inferior a los 16 años; diabetes; cardiopatía, pelvis estrecha; hemoglobinopatías; y primer embarazo o gran multiparidad. Durante el trabajo de parto y el alumbramiento, algunas personas con discapacidad pueden necesitar atención especializada que debe organizarse por adelantado para garantizar que la ayuda relevante esté disponible cuando se necesite. Identificar

proveedores con los conocimientos suficientes o que estén dispuestos a aprender cómo ofrecer el mejor apoyo a estas personas durante la atención prenatal, el trabajo de parto y el alumbramiento, y la atención puerperal.

#### 2.3.2.2 Salud mental

*Evaluación:* El periodo prenatal es una oportunidad para evaluar la salud mental de la persona embarazada y su riesgo de contraer una enfermedad mental durante el embarazo y el periodo puerperal. En el *recuadro 1* se resumen las preguntas de cribado más importantes.

#### RECUADRO 1: Cómo reconocer los trastornos de salud mental en el entorno de la atención prenatal

Reconocer que las personas con un trastorno de salud mental pueden:

- no estar dispuestas a divulgar o hablar de su enfermedad por miedo al estigma o debido a una percepción negativa por parte de sus familias o la comunidad;
- mostrarse reacias a recibir tratamiento debido a su trastorno de salud mental o dependencia del alcohol o las drogas.

Preguntas de cribado que deben plantearse durante el primer contacto de atención prenatal:

1. Durante el último mes, ¿te has sentido triste, deprimida o desesperada?
2. Recientemente, ¿has tenido poco interés por las cosas o no has disfrutado con nada?

Si la respuesta es «sí» a alguna de las dos preguntas anteriores, continuar preguntando lo siguiente:

3. Durante las 2 últimas semanas, ¿te ha molestado no ser capaz de controlar las preocupaciones o tener ansiedad?
4. ¿Has tenido alguna enfermedad mental grave en el pasado?
5. ¿Ha tenido tu madre/hermana/hija alguna enfermedad mental durante el embarazo?

Hablar con la persona para ver si pueden contar con la ayuda positiva de algún familiar o amigo/a como apoyo, si fuera posible, y referir si fuera necesario.

#### 2.3.2.3 Violencia sexual y basada en el género

La violencia sexual y basada en el género puede tener un efecto negativo sobre la salud materna y fetal. El personal de los servicios de salud debe prestar atención para ver



si una pareja o marido presente durante las consultas de comporta de forma molesta, y nunca debe hacer preguntas a una persona sobre un posible caso de violencia delante de su pareja. Para obtener consejería detallada sobre cómo detectar y manejar la violencia sexual y basada en el género, consultar el [capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género](#).

#### 2.3.2.4 Mutilación genital femenina

Las personas con las formas más graves de mutilación genital femenina —de tipo III, también conocida como infibulación— corren un mayor riesgo de sufrir distintas complicaciones obstétricas durante el parto, incluido el parto por cesárea, hemorragia posparto (HPP), episiotomía y trabajo de parto prolongado o difícil. De forma similar, sus bebés corren un mayor riesgo de mortinato, muerte neonatal temprana, asfixia al nacer y reanimación al nacer [5,6].

La OMS recomienda la desinfibulación para evitar y tratar las complicaciones obstétricas y para facilitar el parto de las personas que viven con mutilación genital femenina de tipo III. La decisión sobre el momento de realizar la intervención (antes o durante el parto) debe basarse en la preferencia de cada persona, el acceso a centros de servicios de salud, el lugar del parto y el nivel de aptitud del personal de servicios de salud [7]. Se debe ofrecer consejería sobre los cambios fisiológicos después de la desinfibulación a todas las personas que vayan a someterse a la intervención [5]. Para más información, consultar el [capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género](#).

#### 2.3.2.5 Trastornos hipertensivos

Entre los trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia, la eclampsia, la hipertensión gestacional y la hipertensión crónica se encuentran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales, y de mortinatos.

#### 2.3.2.6 Anemia

La anemia más habitual en el embarazo es la anemia por carencia de hierro, que puede deberse a una mala dieta o una infección como las crónicas o parasíticas. Se recomienda hacer un hemograma completo en la primera visita de atención prenatal. En los centros donde no se disponga de hemogramas completos, se recomienda hacer una prueba de hemoglobina en los centros de salud con un hemoglobímetro. El personal de servicios de salud debe volver a comprobar los niveles de hemoglobina en una visita posterior si se sospecha de anemia, pero no retrasar el suministro de suplementos de hierro.

#### 2.3.2.7 Diabetes gestacional

La diabetes gestacional se produce cuando una persona embarazada presenta hiperglucemia sin antecedentes de diabetes. Las personas con diabetes gestacional corren un mayor riesgo de presentar preeclampsia y otros trastornos hipertensivos, macrosomía fetal y distocia de hombros. La diabetes gestacional también puede persistir como diabetes después del parto.

Seguir los protocolos locales para la detección de diabetes en todas las personas embarazadas. Las que presenten hiperglucemia pueden necesitar consejería sobre nutrición (consultar el [apartado 2.4.2](#)), ejercicio físico y medicación. La diabetes gestacional puede diagnosticarse en cualquier momento durante el embarazo si se cumplen uno o varios de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas 5,1–6,9 mmol/l (92–125 mg/dl)
- glucosa plasmática  $\geq 10,0$  mmol/l (180 mg/dl) una hora después de la administración de 75 g de glucosa por vía oral
- glucosa plasmática 8,5–11,0 mmol/l (153–199 mg/dl) dos horas después de la administración de 75 g de glucosa por vía oral

Las personas con valores por encima de estos intervalos serán diagnosticadas con diabetes.

#### 2.3.2.8 Bacteriuria asintomática

La bacteriuria asintomática (BA) es una enfermedad habitual de las vías urinarias que se asocia con un mayor riesgo de infección para las personas embarazadas. El método recomendado para el diagnóstico de BA durante el embarazo es el cultivo de orina del chorro medio. En los centros donde no se disponga de cultivo de orina, se recomienda tinción de Gram en orina del chorro medio en las instalaciones en lugar del uso de las pruebas de tiras reactivas como método de diagnóstico de BA durante el embarazo. Si una persona embarazada se diagnostica con BA, se recomienda un tratamiento con antibióticos durante 7 días para evitar bacteriuria persistente y un parto prematuro.

#### 2.3.2.9 Estreptococos del grupo B

Los estreptococos del grupo B se asocian al parto prematuro. No obstante, no se recomiendan pruebas de detección de rutina durante la gestación, excepto en zonas en las que exista una alta prevalencia local de estreptococos del grupo B y partos prematuros, o si así lo recomiendan las directrices nacionales.



### 2.3.2.10 Sífilis

El riesgo concreto de la sífilis (consultar el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#)) durante el embarazo es la transmisión por vía perinatal (sífilis congénita), que puede causar muerte fetal, mortinato y parto prematuro.

- Ofrecer pruebas de detección de sífilis con la prueba rápida de reagina en plasma durante el primer contacto de atención prenatal (o una prueba de sífilis rápida en el centro cuando haya una baja prevalencia de sífilis o capacidad de laboratorio limitada). Si el resultado es positivo, comprobar si la persona y su pareja han recibido tratamiento. Un resultado positivo en una prueba rápida de reagina en plasma significa que es necesario hacer una prueba de confirmación para sífilis y, si esta es también positiva, deben recibir tratamiento, y se debe hacer una prueba de detección al recién nacido tras el parto.

*Manejo y tratamiento:*

- Se debe administrar a la persona 2,4 millones de unidades de bencilpenicilina benzatina mediante inyección intramuscular: 5 ml divididos a la mitad y administrados como dos inyecciones en dos lugares distintos.
- Si tiene alergia a la penicilina, administrar 500 mg de eritromicina por vía oral, cuatro veces al día durante 14 días.
- Asegúrese de disponer de tratamiento para choque anafiláctico durante la administración de este medicamento, aunque es algo sumamente raro.
- Ofrezca consejería a la persona usuaria sobre la importancia de traer a su pareja sexual para que se haga la prueba y reciba tratamiento, y aconsejar el uso de métodos anticonceptivos de barrera para prevenir la reinfección.
- Tras el parto, se debe hacer una prueba de detección al recién nacido y administrar tratamiento si:
  - se confirma el diagnóstico de sífilis congénita; o
  - el bebé es clínicamente normal pero la madre no recibió tratamiento o el tratamiento no fue el adecuado para la sífilis, o recibió tratamiento sin penicilina [8].

### 2.3.2.11 VIH

La prueba de VIH durante el embarazo durante la primera visita de atención prenatal ofrece la oportunidad de iniciar tratamiento antirretroviral para las personas que obtengan un resultado positivo, lo que mejora los resultados individuales de salud, previene la transmisión vertical del VIH al feto, y la transmisión horizontal a una pareja sexual no infectada [3] (consultar el [capítulo 7: VIH](#)). Además,

el personal de servicios de salud debe asesorar sobre los beneficios de implicar y hacer la prueba a la pareja y el uso de los métodos anticonceptivos de barrera. Explique que el parto vaginal puede ser posible, pero es necesario seguir los protocolos locales. Ofrezca consejería sobre lactancia y opciones de alimentación de bebé más tarde durante el embarazo, teniendo en cuenta el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna si la carga viral es detectable (consultar el [capítulo 7: VIH, apartado 6](#)).

### 2.3.2.12 Tuberculosis

La tuberculosis aumenta el riesgo de parto prematuro, muerte perinatal y otros resultados adversos y complicaciones del embarazo. Se deben utilizar los protocolos locales para detectar tuberculosis activa en el primer contacto de atención prenatal, cuando resulte apropiado.

## 2.4 Intervenciones de salud preventiva

Las consultas prenatales ofrecen la oportunidad de proporcionar algunas intervenciones de salud preventiva, incluida la vacuna antitetánica, consejería sobre nutrición y suplementos alimentarios, detección del VIH, intervenciones específicas según el contexto (enfermedad de Zika, malaria, helmintosis y gripe estacional), así como asistencia para los síntomas fisiológicos habituales durante el embarazo.

### 2.4.1 Vacuna antitetánica

La vacuna antitetánica puede prevenir el tétanos neonatal, que es casi siempre mortal, además del tétanos materno (es decir, tétanos durante el embarazo o el periodo puerperal). Las vacunas que contienen toxoide tetánico pueden administrarse de forma segura durante el embarazo. Es una intervención prenatal básica, especialmente en aquellos entornos en los que el tétanos sea habitual y donde es improbable que la gente ya haya recibido el ciclo de inmunización completo (tres dosis primarias más tres de refuerzo) antes de los 15 años según el calendario oficial de vacunación [9].

### 2.4.2 Consejería sobre nutrición y suplementos alimentarios

Una dieta sana es esencial para satisfacer las necesidades maternas y fetales. Tanto la malnutrición como la obesidad maternas están asociadas con malos resultados perinatales [3].

El personal de servicios de salud debe ofrecer consejería personalizada sobre nutrición y suplementos alimentarios para garantizar que las intervenciones sean apropiadas para cada persona y explicar los beneficios. Consultar



el *apéndice 1* para ver las intervenciones sobre hábitos y suplementos alimentarios asignados a cada visita de atención prenatal.

El aumento de peso suele comenzar después de las 20 semanas de embarazo y la definición de aumento de peso «normal» varía, pero debe tenerse en cuenta el índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo. En la *tabla 1* se ofrece una guía aproximada.

**TABLA 1: Intervalos recomendados de aumento de peso durante el embarazo**

Índice de masa corporal (IMC, kg/m <sup>2</sup> ) al principio del embarazo	Aumento de peso recomendado durante el embarazo
Peso insuficiente IMC <18,5	12,5–18 kg
Peso normal: IMC 18,5–24,9	11,5–16 kg
Sobrepeso: IMC 25–29,9	7–11,5 kg
Obesidad: IMC >30	5–9 kg

Fuente: OMS [3].

### 2.4.3 Medidas preventivas según el contexto

El personal de servicios de salud debe conocer los protocolos locales para prevenir varias infecciones que podrían ser perjudiciales para las personas embarazadas y que son endémicas en las zonas locales donde trabajan.

#### 2.4.3.1 Enfermedad de Zika

La enfermedad de Zika se transmite principalmente por la picadura de un mosquito hembra *Aedes (Ae. aegypti y Ae. albopictus)*. También puede contagiarse mediante contacto sexual, al feto durante el embarazo y a través de transfusiones de sangre y trasplantes de órganos [10].

La infección por virus de Zika durante el embarazo puede causar anomalías congénitas en el cerebro, como microcefalia, y otros defectos congénitos. También está asociada a abortos espontáneos, mortinatos y partos prematuros. Actualmente no hay vacuna contra la enfermedad de Zika, ni ningún tratamiento para la infección [10].

Para personas en zonas afectadas, el personal de servicios de salud debe asesorar sobre los riesgos de la enfermedad de Zika durante el embarazo y las medidas de prevención de la infección, entre las que figuren medidas para reducir al mínimo el riesgo de sufrir picaduras de mosquito [10,11].

El personal de servicios de salud también debe realizar las siguientes evaluaciones:

- En cada visita, se debe preguntar a las personas embarazadas si han experimentado alguno de los síntomas y signos de la infección por virus de Zika desde su última visita de atención prenatal. Deben decirles que es necesario que se presenten cuanto antes para seguir el proceso diagnóstico y comenzar el tratamiento si tienen alguno de esos síntomas entre las visitas de atención prenatal programadas.
- Se debe hacer una ecografía para detectar anomalías fetales entre las semanas 18 y 20. También es importante prestar atención al sistema nervioso central del feto. Se debe repetir la ecografía de morfología fetal entre las semanas 28 y 30.
- Si disminuye la circunferencia de la cabeza del feto, el pronóstico empeora [12].

Ofrezca consejería sobre las opciones disponibles conforme a la legislación local, garantizar una comunicación accesible y fácil de entender:

- Todas las personas embarazadas, independientemente de las elecciones individuales que hagan sobre su embarazo, deben ser tratadas con respeto y dignidad.
  - Las que decidan no continuar con el embarazo deben recibir la información correcta y la ayuda necesaria (consultar el *capítulo 5: Atención del aborto*).
  - Las que decidan seguir con el embarazo deben recibir la atención y ayuda apropiadas para manejar la ansiedad, el estrés y el entorno del parto. Durante el embarazo se debe planificar la atención y el manejo neonatal y consultar con un pediatra o neurólogo pediátrico, cuando estén disponibles. Plantearse la referencia a cualquier servicio local de asistencia social.

#### 2.4.3.2 Paludismo (malaria)

La OMS recomienda tratamiento preventivo intermitente con pirimetamina-sulfadoxina para todas las personas embarazadas en zonas de paludismo endémico, a partir del segundo trimestre (13 semanas), con dosis administradas a un intervalo mínimo de 1 mes, para garantizar que reciban por lo menos tres dosis. También se debe aconsejar a las personas embarazadas que utilicen mosquiteras tratadas con insecticida [13].

En todos los entornos se debe confirmar cualquier sospecha de malaria, basada en la presencia de fiebre o antecedentes de fiebre, con un diagnóstico parasitológico.



#### 2.4.3.3 COVID-19

Actualmente la vacuna de la COVID-19 está indicada para personas embarazadas en la mayoría de los países donde se dispone de dicha vacuna.

- Aunque en general se considera que los beneficios de la vacuna contra la COVID-19 para personas embarazadas superan los posibles riesgos, al no existir datos clínicos exhaustivos, la persona debe tomar una decisión junto con quien presta los servicios de salud según sus circunstancias particulares, después de entender bien los beneficios y los riesgos.
- No es necesario dejar de amamantar antes o después de vacunarse contra la COVID-19.
- Los efectos secundarios notificados de las vacunas contra la COVID-19 en las personas embarazadas son iguales a los notificados por personas no embarazadas [14].

#### 2.4.3.4 Helmintosis

Se recomienda tratamiento antihelmíntico de prevención para las personas embarazadas en zonas endémicas después del primer trimestre [3].

#### 2.4.3.5 Gripe estacional

Se recomienda a las personas embarazadas vacunarse contra la gripe estacional con el virus inactivo cuando se disponga de esta vacuna.

### 2.4.4 Intervenciones para los síntomas fisiológicos habituales durante el embarazo

Muchas personas sufren uno o más síntomas de embarazo que no son perjudiciales, pero que pueden afectar al bienestar físico y mental, como náuseas y vómitos, estreñimiento, acidez gástrica, lumbalgia y dolor pélvico, várices y edema, y leucorrea. Es de vital importancia ayudar a cada persona y ofrecer opciones de atención y tratamiento, además de tranquilizar asegurándoles que los síntomas son autolimitados y se resuelven espontáneamente más tarde durante el embarazo o después del parto (consultar OMS [3] para ver las intervenciones durante el embarazo que son seguras y tienen una base empírica).

## 3. Manejo del trabajo de parto, el alumbramiento y el periodo inmediatamente posterior al parto

### 3.1 Principios generales y preparación en caso de emergencia

La atención de las personas durante el trabajo de parto y el alumbramiento debe ofrecerse en un ambiente de apoyo y estímulo que respete los deseos de cada persona.

Utilizar la evaluación de triaje para las personas que acuden a las visitas de atención prenatal, durante el trabajo de parto, el alumbramiento o el posparto para descartar circunstancias peligrosas (*apéndice 4*).

Según su capacidad y la función de aviso que puedan realizar, las instalaciones proporcionarán distintos niveles de servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia (EmONC): servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica (BEmONC) o servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia integral (CEmONC) (consultar la *tabla 2* en la página siguiente).

**Los centros que solo ofrecen BEmONC** deben disponer de un protocolo de referencia que incluya un memorando de acuerdo con un centro de referencia (CEmONC), los números de teléfono de los servicios de ambulancias, otras disposiciones de transporte, y suministros y equipamiento de emergencia para el traslado.

### 3.2 Manejo de la ruptura de membranas antes o durante el parto

Se debe hacer una anamnesis detallada, además de realizar una exhaustiva revisión del examen clínico y el historial para determinar el estado clínico de la persona embarazada con posible ruptura de membranas antes del trabajo de parto (RMATP) y evaluar cualquier riesgo de complicaciones obstétricas. Use el *apéndice 5* como guía.



**TABLA 2: Principales funciones de los servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral (BEmONC y CEmONC)**

Atención obstétrica y neonatal de emergencia (EmONC)	
EmONC básica	1. Administrar antibióticos por vía parenteral
	2. Administrar uterotónicos (es decir, oxitocina por vía parenteral)
	3. Administrar anticonvulsivos por vía parenteral para la preeclampsia y la eclampsia (es decir, sulfato de magnesio)
	4. Extraer manualmente la placenta
	5. Extraer los productos retenidos (p. ej. con aspiración manual por vacío, dilatación y curetaje)
	6. Realizar un parto vaginal asistido (p. ej. extracción por vacío, parto con fórceps)
	7. Realizar reanimación neonatal básica (p. ej. con ambú y mascarilla)
	8. Realizar intervenciones quirúrgicas (p. ej. parto por cesárea)
	9. Realizar transfusiones de sangre
EmONC integral	

**Centro BEmONC = se realizan todas las acciones de la 1 a la 7**

**Centro CEmONC = se realizan todas las acciones de la 1 a la 9**

Fuente: OMS [15].

### 3.2.1 Ruptura de membranas a término antes del trabajo de parto

Si el embarazo es a término completo (37 semanas o más de gestación), la RMATP se refiere a la ruptura antes del inicio del trabajo de parto. Si el embarazo es prematuro (menos de 37 semanas), la ruptura de membranas antes de que comience el trabajo de parto se denomina RMATP prematura (o RMPATP, consultar el [apartado 4.4](#)).

- Comprobar si hay antecedentes de ruptura de membranas y realizar un examen básico (¡Advertencia! NO haga un tacto vaginal si no hay indicios de trabajo de parto).

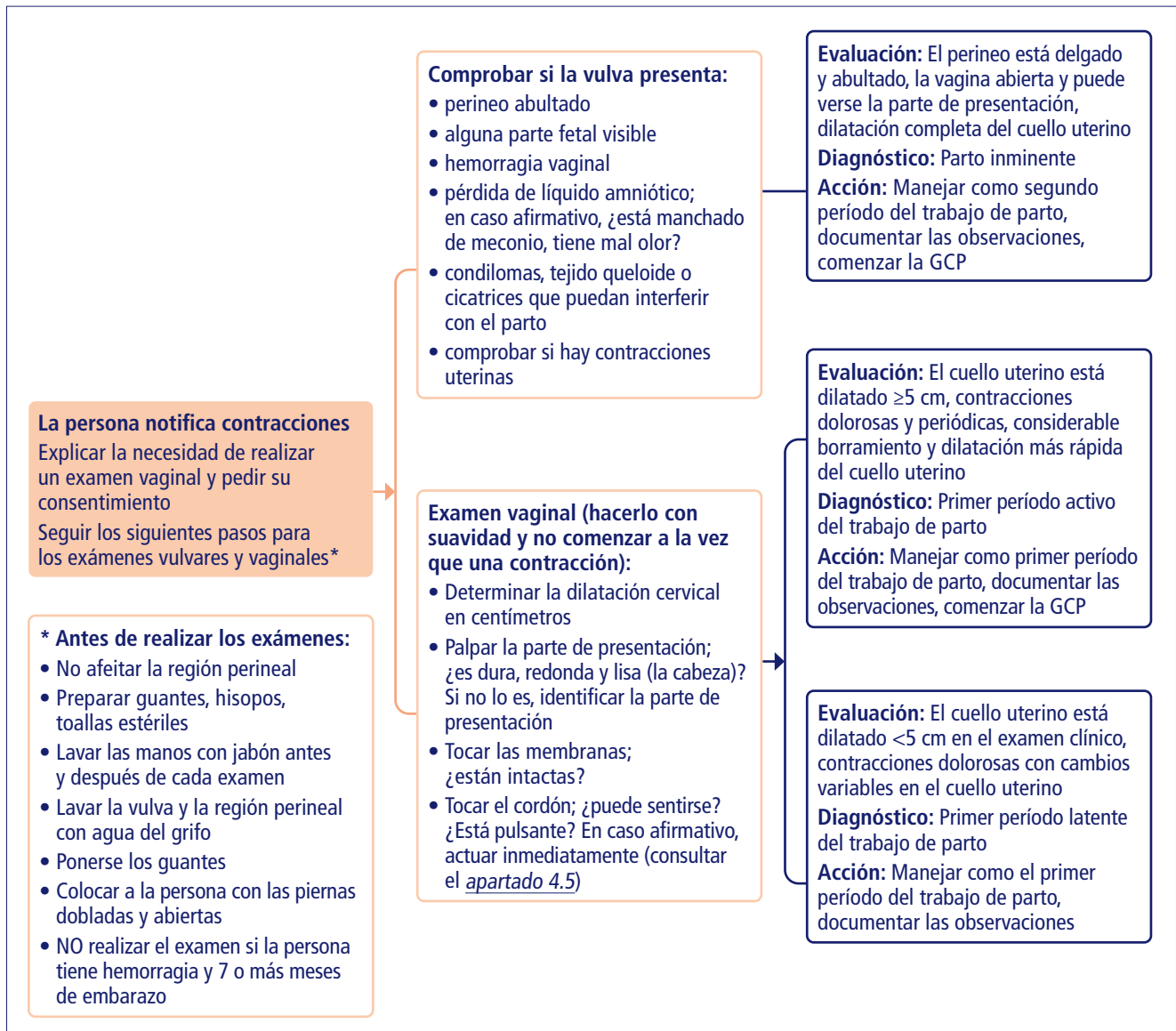
- Tranquilice a la persona informándoles de que la RMATP puede ser algo normal y que, en ausencia de infección, se puede esperar a que comience el trabajo de parto y avance de forma natural. Asesore a la persona sobre la inducción del parto si fuera necesario. La consecuencia materna más importante de la RMATP a término es la infección intrauterina, cuyo riesgo aumenta con la duración de la ruptura.
- NO se recomienda administrar antibióticos de forma sistemática.



### 3.2.2 Determinar el período del trabajo de parto

Es posible que las personas que notifiquen contracciones regulares a término estén de parto. Determinar el período del trabajo de parto (consultar la *figura 1*).

**FIGURA 1: Determinar el período del trabajo de parto**



Abreviatura: GCP, guía de cuidados durante el trabajo de parto.

Fuente: OMS [16].





### 3.3 Manejo del trabajo de parto normal

En la *tabla 3* se resume el manejo sistemático del trabajo de parto normal para los embarazos a término (37 o más semanas).

**TABLA 3: Manejo del trabajo de parto normal**

Período del trabajo de parto	Puntos claves para la atención de rutina	Intervenciones adicionales
<b>Primer período: desde el inicio del trabajo de parto al cuello uterino completamente dilatado (10 cm)</b>	<p>No deje sola a la persona; ofrezca atención de apoyo, idealmente con quien la acompaña.</p> <p>¿Cómo lleva la situación la persona? Evalúe cada hora en la fase latente del trabajo de parto y cada 30 minutos durante la activa.</p> <p>Compruebe la tensión arterial, el pulso y la temperatura al menos cada 4 horas durante la fase latente; después la presión arterial cada 4 horas, la temperatura cada 2 horas y el pulso cada 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto.</p> <p>Tenga en cuenta la posición/movilidad de la persona, su hidratación y el manejo del dolor.</p> <p>Evalúe las contracciones uterinas (intensidad, frecuencia) durante un período de 10 minutos: cada hora durante la fase latente y cada 30 minutos durante la fase activa.</p> <p>Muestre flexibilidad y permita a la persona elegir las posturas en las que mejor se sienta. Es posible que las personas con discapacidad/dificultades para moverse necesiten ayuda para explorar posturas alternativas.</p> <p>Evaluación fetal: evalúe la situación, posición y descenso del feto, así como la aparición de tumor del parto. Ausculte inmediatamente después de cada contracción durante un minuto, por lo menos cada 15 minutos. Registre las aceleraciones y las desaceleraciones.</p> <p>Ponga en marcha la herramienta de la Guía de cuidados durante el trabajo de parto (GCP) cuando la dilatación del cuello uterino sea <math>\geq 5</math> cm.</p> <p>Documente todos los resultados y horas de cualquier consejería, cambio físico o signos de alarma.</p>	<p>No afeite la zona perineal ni la púbica.</p> <p>No administre enemas de forma sistemática.</p> <p>No haga un examen vaginal si no fuera necesario.</p> <p>Si la frecuencia cardíaca fetal inicial se eleva o desacelera, realice auscultación intermitente con mayor frecuencia.</p> <p>Considere organizar traslado a un centro donde se pueda realizar un parto por cesárea, si fuera necesario.</p>



Período del trabajo de parto	Puntos claves para la atención de rutina	Intervenciones adicionales
<b>Segundo período</b>		
<p><b>Segundo período en fase temprana (no expulsivo):</b> Dilatación completa del cuello uterino sin contracciones expulsivas ni necesidad de empujar.</p>	<p>Se debe supervisar a la persona y al bebé cada 5 minutos documentando los resultados en la GAP.</p> <p>Nunca se debe dejar sola a la persona embarazada durante el segundo período.</p>	<p>Haga examen vaginal para confirmar la dilatación completa después de 30 minutos de contracciones expulsivas si el perineo no se estira.</p>
<p><b>Segundo período tardío (expulsivo):</b> La cabeza del feto puede verse con las contracciones expulsivas y la completa dilatación del cuello uterino. Puede durar hasta 2 horas (múltiparas) o 3 horas (nulíparas).</p>	<p>La vejiga está vacía; si la persona no puede orinar, debe vaciarse la vejiga.</p> <p>Se debe garantizar que todo el equipamiento y los suministros, incluido el equipo de reanimación neonatal, estén disponibles y que haga calor en la sala.</p> <p>Durante la fase expulsiva, anime a la persona a empujar cuando sienta la necesidad y a que adopte la postura que prefiera.</p> <p>No haga una episiotomía de forma sistemática.</p>	<p>Si no está completamente dilatada, recueste a la persona sobre su lado izquierdo y pedirle que no empuje.</p> <p>Si la cabeza no desciende después de pasadas 2 horas, plantéese la necesidad de un parto quirúrgico o por cesárea.</p>
	<p><b>Medidas para la persona después del parto</b></p> <p>Administre 10 IU de oxitocina por vía intramuscular en la parte superior del muslo si no hay un segundo bebé una vez pasado 1 minuto después del parto.</p> <p>Cámbiese de guantes, pince y corte el cordón después de 1–3 minutos.</p> <p>Anime a dar el pecho durante la primera hora de vida.</p>	<p><b>Después del parto:</b></p> <p><b>¿El bebé no respira o tiene dificultades para hacerlo?</b></p> <p>Estimule frotando la espalda 2–3 veces; corte el cordón rápidamente, y lleve al bebé a una superficie cálida y firme para iniciar la reanimación.</p> <p>Pida ayuda.</p>
	<p><b>Medidas para el bebé después del parto</b></p> <p>Seque al bebé inmediatamente, cambie la toalla si está mojada.</p> <p>Evalúe la respiración del bebé mientras se seca: ¿respira bien con elevación del tórax?</p> <p>Limpie los ojos.</p> <p>Mantenga al bebé abrigado, de ser posible, sobre el pecho de la persona que ha dado a luz con contacto piel con piel.</p>	<p>No haga succión ni aspiración de forma sistemática; esto solamente debe realizarse en presencia de sustancias densas que bloqueen la nariz y la boca.</p> <p>No aplique ninguna sustancia sobre el muñón.</p> <p>No quite la venda ni vende el muñón.</p> <p>No quite el unto sebáceo.</p> <p>No bañe ni lave al bebé hasta al menos 6 horas después del parto (y pospóngalo hasta las 24 horas si fuera posible).</p>



Período del trabajo de parto	Puntos claves para la atención de rutina	Intervenciones adicionales
<p><b>Tercer período:</b> El período entre el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta.</p>	<p>Nunca se debe dejar sola a la persona.</p> <p>Calcule y registre la pérdida de sangre.</p> <p>Examine el perineo, la parte inferior de la vagina y la vulva para ver si hay algún desgarro.</p> <p>Verifique el tono uterino.</p> <p>Espera a que se produzca una contracción fuerte, normalmente a los 2–3 minutos del parto, observar si hay algún indicio de desprendimiento prematuro de la placenta y guiarla mediante tracción controlada del cordón umbilical.</p> <p><b>No</b> se debe intentar la tracción controlada del cordón a menos que se cuente con la capacitación adecuada.</p>	<p><b>Persona usuaria:</b></p> <p>Si presenta un desgarro de tercer o cuarto grado y el personal de servicios de salud no puede repararlo adecuadamente, se la debe referir/trasladar para que reciba atención.</p> <p>Si después de 30 minutos de administrar oxitocina por vía intramuscular, la placenta todavía no se ha expulsado y la persona no presenta hemorragia, vacíe la vejiga, anime a la persona a dar el pecho y repita la tracción controlada del cordón, si se dispone de capacitación para ello.</p> <p>Si la placenta no se ha expulsado 1 hora después del parto, retírela manualmente y refiera a la persona a un hospital. Introduzca una vía intravenosa y administre antibióticos por vía intramuscular/intravenosa y 20 IU de oxitocina a 30 gotas por minuto.</p> <p>No comprima ni empuje el útero para expulsar la placenta.</p> <p><b>Bebé:</b></p> <p>Escuche si hay gruñidos y mire si hay tiraje intercostal y respiración rápida.</p>
<p><b>Atención de la persona inmediatamente después del parto:</b> 1–2 horas después del parto.</p>	<p>Limpie a la persona y la zona debajo de ella, ayúdela a cambiarse de ropa y dele una toalla higiénica.</p> <p>Calcule y registre la pérdida de sangre. Si la pérdida de sangre total es de aproximadamente 250 ml pero la hemorragia se ha detenido, organice la estancia de la persona en el centro durante 24 horas.</p> <p>Supervise los signos vitales, la hemorragia vaginal y la contracción uterina.</p> <p>Mantenga a la persona en la sala de partos con el bebé durante 1 hora como mínimo después de expulsar la placenta.</p>	<p>Si el sangrado es excesivo, trate la hemorragia posparto con un masaje uterino, uterotónicos y verificación de ausencia de desgarros en el aparato genital.</p>
<p><b>Primeras 24 horas después del parto.</b></p>	<p>Durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora después del parto se debe realizar una evaluación posparto periódica y de rutina de todas las personas.</p> <p>Hable del uso de anticonceptivos después del parto.</p>	

Fuente: Adaptado de OMS [17].



### 3.3.1 Uso de la Guía de cuidados durante el trabajo de parto

La herramienta de la Guía de cuidados durante el trabajo de parto (GCP) de la OMS se ha diseñado para la atención de las personas embarazadas y sus bebés durante el trabajo de parto y el alumbramiento [16]. Incluye evaluaciones y observaciones que son esenciales para la atención de todas las personas embarazadas. La GCP se ha diseñado para que el personal de la salud supervise el bienestar de las personas usuarias y sus bebés durante el trabajo de parto mediante evaluaciones periódicas para identificar cualquier desviación de las circunstancias normales.

El objetivo de esta herramienta es fomentar la toma de decisiones conjunta entre el personal de servicios de salud y las personas usuarias, así como promocionar una atención centrada en la persona. Sin embargo, la GCP se ha diseñado principalmente para la atención de personas embarazadas aparentemente sanas y sus bebés (es decir, con embarazos de bajo riesgo). Las personas que corran alto riesgo de presentar complicaciones durante el parto pueden necesitar una supervisión y atención especializada adicional.

La documentación sobre el bienestar de la persona y el bebé, además de la evolución del trabajo de parto, en la GCP debe iniciarse cuando se entre en la fase activa del primer período del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino superior a 5 cm), independientemente del número de partos anteriores y el estado de las membranas. Estos son los objetivos de la GCP:

- Orientar la supervisión y documentación del bienestar de las personas usuarias y sus bebés, así como su evolución durante el trabajo de parto.
- Orientar al personal calificado para ofrecer atención de apoyo durante el trabajo de parto.
- Ayudar al personal calificado para identificar y abordar rápidamente cualquier complicación que surja durante el trabajo de parto al ofrecer umbrales para las observaciones y mediciones de las observaciones anormales.
- Evitar el uso de intervenciones innecesarias.
- Apoyar la verificación y la mejora de la calidad en el manejo del trabajo de parto.

Según la GCP, ahora la OMS ya no recomienda el uso sistemático del partógrafo. El personal de servicios de salud debe continuar registrando la dilatación del cuello uterino frente al tiempo en la cervicografía, además de otros parámetros partográficos (incluida la frecuencia cardíaca fetal, tumor del parto, deformación craneal, estado del líquido amniótico, descenso fetal, temperatura

materna, tensión arterial y salida de orina) para supervisar el bienestar de la persona y su bebé e identificar los riesgos de resultados adversos del parto. En los centros de salud donde no se puedan realizar intervenciones como partos por cesárea o estimulación de las contracciones y desde donde sea difícil realizar referencias a centros de mayor complejidad, se podría seguir usando la línea de alerta para hacer un triaje de las personas que puedan necesitar asistencia adicional. En este caso, el registro debe comenzar a partir de una dilatación del cuello uterino de 5 cm, que coincide con el inicio de la primera etapa activa del trabajo de parto para la mayoría de personas embarazadas.

## 4. Complicaciones durante el embarazo

Las personas que presenten complicaciones durante el trabajo de parto, el alumbramiento o en el período inmediatamente posterior al parto deben recibir atención en un centro que ofrezca CEmONC o referirse a uno en cuanto sea posible.

Es importante iniciar la reanimación y estabilizar el estado de la persona antes de su traslado. Esto incluye la inserción de una cánula intravenosa de gran calibre con líquidos por vía intravenosa, antibióticos si hay signos de infección intrauterina o sepsis y tratamiento para preeclampsia o eclampsia, si presenta estos trastornos.

### 4.1 Hiperemesis gravídica

Las náuseas y los vómitos durante el embarazo afectan a hasta el 80 por ciento de las personas al principio del embarazo. La hiperemesis gravídica se diagnostica cuando las náuseas y los vómitos son prolongados y se produce una pérdida de peso superior al 5 por ciento, además de deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico [18]. Sin embargo, los vómitos que aparecen más tarde durante el embarazo deben dar pie a una investigación para buscar otras enfermedades (preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP o cetoacidosis diabética en pacientes que tengan diabetes).

Evaluar a todas las personas que notifiquen prenatalmente náuseas o vómitos excesivos para comprobar si presentan hiperemesis gravídica a través de la anamnesis y el examen/ la valoración clínica. El personal de servicios de salud puede utilizar una prueba de tira reactiva en orina para identificar la presencia o ausencia de cetonas y confirmar el diagnóstico, si fuera necesario. Se puede medir la urea en sangre y los electrolitos (si este servicio estuviera disponible) para valorar su gravedad.



La hospitalización no es siempre necesaria si las personas pueden rehidratarse por sí mismas y tomar antieméticos. Se debe administrar tratamiento según lo que haya disponible y conforme a los protocolos locales.

- Se debe medir los niveles de electrolitos de las personas con síntomas prolongados que necesiten líquidos por vía intravenosa para garantizar la detección y rectificación de cualquier deficiencia de sodio y potasio.
- Si no hay respuesta al tratamiento con líquidos por vía intravenosa y antieméticos, entonces es posible que sea necesario administrar esteroides y referir.
- Si estuviera disponible, plantearse una ecografía no urgente para determinar si el embarazo es viable, y descartar embarazo múltiple y enfermedad trofoblástica.

## 4.2 Trastornos hipertensivos durante el embarazo

Los trastornos hipertensivos son una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, mortinatos y discapacidad a largo plazo, resultados que pueden evitarse tratando el trastorno [19].

Los tipos de trastornos hipertensivos durante el embarazo son:

- **Preeclampsia (y eclampsia, su principal complicación):** La preeclampsia se diagnostica como un episodio de hipertensión nuevo durante el embarazo (con tensión arterial diastólica persistente  $>90$  mm Hg) acompañada de importante proteinuria ( $>0.3$  g/24 horas). La eclampsia «se caracteriza por la aparición de convulsiones generalizadas en mujeres con preeclampsia, siempre que las convulsiones tónico-clónicas no puedan atribuirse a otras causas (p. ej. epilepsia)» [19].
- **Hipertensión gestacional:** Una nueva tensión arterial alta con inicio después de las 20 semanas de embarazo sin proteinuria fuerte.
- **Hipertensión crónica:** Tensión arterial alta antes del embarazo que persiste durante el mismo.

Consultar el [apartado 4.4](#) para obtener orientación sobre cómo manejar la hipertensión durante el embarazo cuando existe riesgo inminente de nacimiento prematuro.

### 4.2.1 Eclampsia y preeclampsia

Se debe identificar a las personas que corren riesgo de presentar preeclampsia lo antes posible durante el período prenatal según los factores de riesgo y sus antecedentes. Los factores de riesgo para la preeclampsia incluyen hipertensión gestacional actual, hipertensión crónica, antecedentes de enfermedad hipertensiva durante un embarazo anterior, nefropatía, enfermedad autoinmunitaria, diabetes y embarazos múltiples [19]. Entre otros riesgos de preeclampsia figuran primer embarazo a 40 o más años, más de 10 años de intervalo entre embarazos, índice de masa corporal de  $35$  kg/m<sup>2</sup> o superior en la primera visita de atención prenatal, y antecedentes familiares de preeclampsia.

#### 4.2.1.1 Prevención de la preeclampsia

En cuanto se haya identificado el riesgo de preeclampsia, se pueden iniciar intervenciones con base empírica para atenuar su evolución, como una baja dosis de aspirina (75 mg) y antihipertensores. El plan de parto de la persona debe elaborarse y ajustarse, si fuera necesario, en colaboración con un equipo especializado. En zonas con bajos niveles de calcio en la dieta, se recomiendan suplementos de calcio durante el embarazo (1,5–2,0 g de calcio elemental/día) para prevenir la preeclampsia en todas las personas embarazadas, además de en las que corran un alto riesgo de presentar preeclampsia [20].

#### 4.2.1.2 Manejo de la preeclampsia

El único tratamiento definitivo para la preeclampsia es dar a luz el feto y expulsar la placenta; aunque en algunos casos la enfermedad puede empeorar temporalmente después del parto.

Si la persona presenta preeclampsia a menos de 34 semanas de gestación, asesore y refiera a un centro de mayor complejidad para su estabilización y plantéese un parto adelantado después de administrar corticoesteroides para maduración de los pulmones fetales (consultar el [apartado 4.4](#)).

Las personas usuarias deben dar a luz en centros de salud de tercer nivel. Tras el parto, seguirán corriendo alto riesgo de preeclampsia y continuarán necesitando supervisión intensiva con comprobaciones regulares de la tensión arterial y tratamiento con sulfato de magnesio para evitar eclampsia en el período inmediatamente posterior al parto [19].

Todas las personas que hayan tenido preeclampsia deben disponer de un plan de atención personalizado en el momento del alta.



#### 4.2.1.3 Preeclampsia y eclampsia graves

La eclampsia es una complicación de la preeclampsia, caracterizada por la presencia de convulsiones generalizadas.

En cuanto se diagnostica preeclampsia o eclampsia graves, no se debe dejar sola a la persona; el equipo sanitario debe actuar rápidamente para evitar complicaciones graves y la muerte. En el [apéndice 6](#) se ofrece más información sobre el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia graves.

- Se recomienda sulfato de magnesio para la prevención de la eclampsia en personas con preeclampsia grave y para el tratamiento de la eclampsia, con preferencia sobre cualquier otro anticonvulsivo. El personal de servicios de salud debe pedir ayuda si fuese necesario, buscar asistencia experta (si estuviera disponible) y pensar en trasladar a esa persona a un centro de tercer nivel.
- Si se traslada a la persona, siempre debe ir acompañada hasta el centro de referencia. Mantenga a la persona sobre su lado izquierdo y si se produce una convulsión durante el viaje, administrar sulfato de magnesio y protegerla de caídas y lesiones.

### 4.3 Hemorragias durante el embarazo

Cuando una persona presenta una hemorragia vaginal, el personal de servicios de salud debe ofrecer una rápida evaluación del estado general de la persona, sus signos vitales, nivel de consciencia, presencia de ansiedad o confusión, pérdida de sangre y color/temperatura de la piel. Si se sospecha o presenta shock, el tratamiento debe iniciarse inmediatamente, comenzando con líquidos por vía intravenosa. Si la persona está estable, pregunte sobre los antecedentes menstruales, los de embarazo y los patrones de sangrado. Tras la anamnesis, el personal de servicios de salud debe evaluar el tamaño uterino y si hay dolor a la palpación, incluido un examen bimanual si fuera necesario, y realizar un examen con espéculo, si fuera necesario.

#### 4.3.1 Hemorragia vaginal al principio del embarazo (menos de 22 semanas)

En la [tabla 4](#) (página siguiente) se ofrece información sobre los signos y síntomas principales asociados con la hemorragia vaginal en embarazos de menos de 22 semanas y los posibles diagnósticos.

#### 4.3.1.1 Manejo

Para información sobre el manejo de un aborto inevitable e incompleto, consultar el [capítulo 5: Atención del aborto](#).

Si se sospecha complicaciones procedentes de un aborto no seguro, examine si hay signos de infección o lesión uterina, vaginal o intestinal, además de irrigar bien la vagina para eliminar cualquier hierba, medicación local o sustancias cáusticas.

#### 4.3.1.2 Embarazo ectópico

Los embarazos ectópicos se producen cuando el embrión se implanta fuera del útero. Esto suele ocurrir en una trompa de Falopio, pero también puede producirse en los ovarios, el cuello uterino, una cicatriz de parto por cesárea o incluso dentro de la cavidad abdominal. Los factores de riesgo de embarazo ectópico incluyen un anterior embarazo ectópico, antecedentes de cirugía tubárica o daños tubáricos por infecciones pélvicas o endometriosis [21].

El personal de servicios de salud debe ser competente en el diagnóstico del embarazo ectópico según los antecedentes, el examen clínico, las pruebas de laboratorio y las ecografías (si están disponibles). Los signos y síntomas son sumamente variables dependiendo de si es un embarazo ectópico con ruptura (consultar la [tabla 5](#)).

Cuando el centro de salud no esté adecuadamente equipado para realizar una ecografía o una laparotomía, el personal debe referir a la persona a un centro de nivel más alto. La urgencia de la referencia depende de la situación clínica (si la persona está hemodinámicamente estable, por ejemplo). Asegúrese de que alguien acompañe a la persona durante el traslado, siempre que sea posible.

- Introduzca una línea intravenosa, administrar líquidos y prepare a la persona para cirugía/referencia si fuera necesario. Prepare una transfusión de sangre, si fuera necesario.
- Para los embarazos ectópicos con ruptura y signos vitales inestables, se necesita una intervención quirúrgica inmediata.
- Las opciones quirúrgicas para un embarazo ectópico tubárico son salpingectomía (extirpación de toda la trompa de Falopio) o salpingotomía (incisión de la trompa de Falopio y extracción del embarazo ectópico).



**TABLA 4: Diagnóstico de hemorragia vaginal al principio del embarazo**

Síntoma indicativo y otros síntomas y signos habitualmente presentes	Síntomas y signos que están presentes a veces	Posible diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangrado ligero</li> <li>Cuello uterino cerrado</li> <li>El útero se corresponde con las fechas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calambres/dolores en la parte inferior del abdomen</li> <li>Útero más blando de lo normal</li> </ul>	Amenaza de aborto (el embarazo puede continuar)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangrado ligero</li> <li>Dolor abdominal</li> <li>Cuello uterino cerrado</li> <li>Útero más pequeño de lo normal</li> <li>Útero más blando de lo normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desmayo</li> <li>Masa anexial dolorosa a la palpación</li> <li>Amenorrea</li> <li>Dolor con el movimiento uterino</li> </ul>	Embarazo ectópico
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangrado ligero</li> <li>Cuello uterino cerrado</li> <li>Útero más pequeño de lo normal</li> <li>Útero más blando de lo normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leves calambres/dolores en la parte inferior del abdomen</li> <li>Antecedentes de expulsión de los productos de la concepción</li> </ul>	Aborto completo (los productos de la concepción son expulsados completamente)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangrado abundante</li> <li>Cuello del útero dilatado</li> <li>El útero se corresponde con las fechas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calambres/dolores en la parte inferior del abdomen</li> <li>Útero dolorido</li> <li>Sin expulsión de los productos de la concepción</li> </ul>	Aborto inevitable (el embarazo no puede continuar y pasará a aborto incompleto/completo)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangrado abundante</li> <li>Cuello del útero dilatado</li> <li>Útero más pequeño de lo normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calambres/dolores en la parte inferior del abdomen</li> <li>Expulsión parcial de los productos de la concepción</li> </ul>	Aborto incompleto (los productos de la concepción son expulsados parcialmente)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sangrado abundante</li> <li>Cuello del útero dilatado</li> <li>Útero más grande que lo indicado por las fechas</li> <li>Útero más blando de lo normal</li> <li>Expulsión parcial de los productos de la concepción que se asemejan a uvas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Náuseas y vómitos</li> <li>Aborto espontáneo</li> <li>Calambres/dolores en la parte inferior del abdomen</li> <li>Quistes ováricos (que pueden romperse fácilmente)</li> <li>Inicio temprano de preeclampsia</li> <li>Sin indicios de feto</li> </ul>	Embarazo molar

Fuente: Adaptado de OMS [17].



**TABLA 5: Síntomas y signos de embarazo ectópico con y sin ruptura**

Embarazo ectópico sin ruptura	Embarazo ectópico con ruptura
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas de embarazo adelantado (oligometrorragia o sangrado, náuseas, inflamación de las mamas)</li> <li>• Dolor abdominal y pélvico</li> <li>• Examinar: decoloración azulada de la vagina y el cuello uterino, ligero aumento del tamaño del útero, +/- masa anexial dolorosa a la palpación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmayo y debilidad</li> <li>• Pulso rápido y débil (110 lpm o más)</li> <li>• Hipotensión</li> <li>• Hipovolemia</li> <li>• Dolor agudo abdominal o pélvico</li> <li>• Distensión abdominal</li> <li>• Descompresión en el abdomen</li> </ul>

Fuente: Adaptado de OMS [17].

#### 4.3.1.3 Embarazo molar

Si el diagnóstico de embarazo molar está confirmado, haga pruebas de compatibilidad cruzada de la sangre y preparar la evacuación uterina. Consultar el [capítulo 5: Atención del aborto](#) para ver información adicional sobre los métodos recomendados para la evacuación uterina. El tipo de intervención para un embarazo molar depende del tamaño uterino (>13 semanas frente a <13 semanas). Se puede infundir oxitocina (20 unidades en 1 litro de líquidos por vía intravenosa a 60 gotas por minuto) para prevenir la hemorragia (especialmente con un tamaño uterino de >13 semanas) en cuanto se esté realizando la evacuación [17].

#### 4.3.2 Desprendimiento placentario o placenta previa

Las causas más graves de hemorragia prenatal o durante el trabajo de parto son el desprendimiento placentario y la placenta previa. El personal de servicios de salud no debe realizar sistemáticamente un examen con espéculo si una persona presenta hemorragia vaginal prenatal o durante el trabajo de parto después de 22 semanas de gestación, hasta que se haya descartado la posibilidad de placenta previa. Realice una evaluación rápida del estado general de la persona, como se indicó para las hemorragias al principio del embarazo (consultar el [apartado 4.3.1](#)). Es esencial mantener los signos vitales estables, iniciar infusión de líquidos por vía intravenosa y organizar el traslado a un centro de nivel más alto para hacer más pruebas e intervenciones, como un parto por cesárea.

#### 4.3.3 Hemorragia posparto

La hemorragia posparto (HPP) se define como una pérdida de sangre de 500 ml o más y se considera grave cuando la pérdida supera los 1000 ml.

La HPP primaria es la forma más habitual de hemorragia obstétrica grave que se produce en el aparato genital *en un plazo de 24 horas desde el parto*. Las principales causas son atonía uterina, traumatismo en el aparato genital, ruptura uterina, retención de la placenta (completa o parcial) y trastornos de coagulación maternos [22]. La HPP secundaria se define como un sangrado vaginal anormal o excesivo *entre 24 y 12 semanas después del parto*. Además de las causas anteriormente indicadas, la HPP secundaria puede estar causada por anomalías y lesiones o complicaciones quirúrgicas desconocidas.

##### 4.3.3.1 Prevención de la HPP primaria

En todos los partos se recomienda el uso de un uterotónico eficaz para la prevención de la HPP durante el tercer período del trabajo de parto. Para prevenir la HPP eficazmente, solamente se debe utilizar uno de los siguientes uterotónicos: oxitocina, carbetocina, misoprostol, ergometrina/metilergometrina, o dosis fija de oxitocina y ergometrina (las dos últimas opciones solamente cuando se puede descartar con seguridad trastornos hipertensivos antes de su uso). No se recomienda el uso de prostaglandinas inyectables para la prevención de la HPP.

En centros donde se disponga de varias opciones de uterotónicos, la oxitocina (10 IU por vía intramuscular o intravenosa) es el uterotónico recomendado para la prevención de la HPP en todos los partos.

En centros donde no se disponga de oxitocina (o no se pueda garantizar su calidad), para la prevención de la HPP se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (carbetocina, o si resulta apropiado, ergometrina/metilergometrina, o una combinación de dosis fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral.

En centros donde no haya personal médico calificado para administrar uterotónicos inyectables, se recomienda la administración de misoprostol (tanto 400 µg como 600 µg, por vía oral) a cargo de trabajadores sanitarios comunitarios o legos para la prevención de la HPP.

Si hay retención de la placenta y hemorragia considerable, se debe priorizar la extracción manual de la placenta, acompañada de una dosis única de profilaxis antibiótica [22,23,24].





#### 4.3.3.2 Manejo de la HPP

##### Acción inmediata:

- Introduzca dos líneas intravenosas y administrar líquidos (solución salina normal o lactato de Ringer). Compruebe regularmente los signos vitales.
- La rehidratación inicial se realiza junto a la administración por vía intravenosa de uterotónicos y 1 g de ácido tranexámico (100 mg/ml) por vía intravenosa a 1 ml por minuto durante 10 minutos. Si no se dispone de uterotónicos por vía intravenosa, la rehidratación y el ácido tranexámico deben iniciarse simultáneamente con misoprostol por vía sublingual u otros uterotónicos por vía parenteral. Si la HPP se produce en el contexto de una retención de placenta, esta debe extraerse y administrarse una dosis única de antibióticos.
- Realice un masaje uterino bimanual en cuanto se diagnostique HPP y descarte desgarros en la vagina o el cuello uterino.
- Mida o calcule la pérdida de sangre.
- Compruebe el nivel de hemoglobina y el grupo sanguíneo y haga pruebas de compatibilidad cruzada si están disponibles en el centro. Plantéese el traslado a otro centro.
- Cateterice la vejiga.
- Compruebe si se ha expulsado la placenta y examínela para asegurarse de que está completa.
- Examine el cuello uterino, la vagina y el perineo para ver si hay algún desgarro.
- Determine la causa de la HPP (Tabla 6) y gestiónela como corresponda.

**TABLA 6: Diagnóstico diferencial de la hemorragia posparto**

Síntomas indicativos y otros síntomas y signos habitualmente presentes	Síntomas y signos que están presentes a veces	Causas probables
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP primaria</li> <li>• Útero blando y no contraído</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Shock</li> </ul>	Atonía uterina
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP primaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta completa, útero contraído</li> </ul>	Desgarros en el cuello uterino, la vagina o el perineo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La placenta no se expulsó a los 30 minutos del nacimiento</li> <li>• Falta una porción de la superficie materna de la placenta o membranas desgarradas con vascularización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP primaria</li> <li>• Útero contraído</li> </ul>	Placenta/ fragmentos retenidos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El fondo uterino no se siente durante el examen abdominal</li> <li>• Dolor ligero o intenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Útero invertido aparente en la vulva</li> <li>• HPP primaria</li> </ul>	Útero invertido
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP primaria (el sangrado también puede ser intrabdominal)</li> <li>• Dolor abdominal grave (puede disminuir después de la ruptura)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Shock</li> <li>• Dolor a la palpación en el abdomen</li> <li>• Pulso materno rápido</li> </ul>	Ruptura uterina
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La hemorragia se produce más de 24 horas después del parto</li> <li>• El útero está más blando y grande de lo esperado para el tiempo transcurrido desde el parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La hemorragia es variable y tiene mal olor</li> <li>• Anemia</li> </ul>	HPP secundaria

Fuente: Adaptado de OMS [17].



*Atonía uterina:*

- Palpar hasta encontrar el fondo y masajear para estimular las contracciones (masaje uterino).
- Uso de uterotónicos:
  - oxitocina por vía intravenosa (preferido)
    - 20 unidades/1 litro al caudal más rápido posible para el primer litro; dosis de continuación de 40 gotas por minuto para cada litro adicional hasta un total de 3 litros.
    - No administre como bolo por vía intravenosa.
    - Se puede administrar oxitocina por vía intramuscular (10 unidades) (si la vía intravenosa no está disponible).
  - Si no se dispone de oxitocina o la hemorragia no responde a la oxitocina:
    - ergometrina/metilergometrina, por vía intravenosa (se prefiere lentamente) o 0,2 mg por vía intramuscular. Repita 0,2 mg por vía intramuscular a los 15 minutos.
      - Si fuera necesario se puede administrar 0,2 mg por vía intramuscular o intravenosa (lentamente) cada 4 horas hasta 5 dosis en total.
      - No utilizar en situaciones de hipertensión, preeclampsia, cardiopatía o retención de la placenta
    - 15 metil prostaglandina F2 alfa: 0,25 mg por vía intramuscular cada 15 minutos hasta 8 dosis (2 mg) en total.
      - No administre a pacientes con asma.
      - No administre por vía intravenosa.
    - Misoprostol: 800 µg por vía sublingual. Se puede repetir 200–800 µg hasta 1600 µg.
  - Se recomienda el uso temprano del ácido tranexámico por vía intravenosa a las 3 horas del nacimiento además de la atención estándar para personas con HPP clínicamente diagnosticada tras parto vaginal o por cesárea.
    - 1 g de ácido tranexámico por vía intravenosa (lentamente), repita después de 30 minutos si la hemorragia continúa hasta no más de 10 mg/kg de peso corporal, 3–4 veces al día.
    - No usar si hay antecedentes de coagulopatía o coagulación activa, o convulsiones [17].

*Retención de placenta:*

- Asegúrese de que la vejiga esté vacía y cateterizar si fuera necesario.
- Evite la tracción forzada del cordón con presión fúndica, ya que esto podría causar la inversión del útero o la avulsión del cordón.
- Administre 10 unidades adicionales de oxitocina por vía intramuscular o intravenosa en combinación con tracción controlada del cordón.
- Si la placenta se ha expulsado, pero está incompleta (o no disponible para su inspección):
  - Realizar masaje uterino para expulsar los coágulos/ fragmentos retenidos.
- Si la placenta no se expulsa (o está incompleta) y continúa la hemorragia, extraiga manualmente la placenta/los fragmentos o utilice aspiración manual por vacío.
  - Si se intenta una extracción manual, se recomienda administrar una dosis única de antibióticos (ampicilina o cefalosporina de primera generación).
  - El tejido muy adherente podría ser placenta acreta. Si la placenta no se separa fácilmente, estabilice y refiera a la persona con urgencia a un hospital para su tratamiento [17].

*Hemorragia del aparato genital:*

Compruebe si hay algún desgarro en el perineo o la parte inferior de la vagina. Aplique presión con gasas estériles y juntar las piernas de la persona durante 5 minutos. Si el sangrado continúa, suture el desgarro.

*Si continúa sangrando abundantemente:*

Estabilice a la persona y refiérela a una unidad de nivel más alto de atención con dos vías intravenosas y líquidos.



## 4.4 Trabajo de parto prematuro

El trabajo de parto prematuro se define como el inicio del trabajo de parto antes de completar 37 semanas de gestación, y los partos prematuros se refieren a los bebés que nacen en ese momento. La anamnesis debe incluir la fecha probable de parto, la edad gestacional y si se han roto las membranas. La evaluación física debe incluir los signos vitales de la persona, dolor abdominal a la palpación, ruptura de membranas y valoración fetal (tono cardíaco, posición). No se recomienda administrar antibióticos de forma sistemática a las personas en trabajo de parto prematuro con membranas amnióticas intactas y sin signos clínicos de infección. Se recomienda tratamiento prenatal con corticoesteroides (dexametasona por vía intramuscular o 24 mg de betametasona por vía intramuscular en dosis divididas) para personas con riesgo de parto prematuro a 24–34 semanas de gestación cuando se cumplan las siguientes condiciones: se puede establecer con precisión la edad gestacional, el parto prematuro se considera inminente, no hay signos de infección materna, se dispone de atención adecuada para el parto (incluidos los partos prematuros), y el recién nacido prematuro puede recibir la atención adecuada si fuera necesario.

Además, se recomienda el uso de sulfato de magnesio para personas que corran riesgo de parto prematuro inminente antes de las 32 semanas de embarazo para prevenir parálisis cerebral infantil. El sulfato de magnesio para neuroprotección solamente debe administrarse si el parto prematuro posiblemente se produzca en un plazo de 24 horas.

Si no se dispone de estos métodos localmente, plantearse el traslado [25].

## 4.5 Prolapso del cordón umbilical

El prolapso del cordón umbilical es una complicación del embarazo que ocurre cuando el cordón umbilical se encuentra por debajo de la parte de presentación fetal. Puede ocurrir después de una ruptura artificial o una ruptura temprana de las membranas si el feto no se encuentra sobre el orificio interno del cuello uterino [17].

### 4.5.1 Medidas inmediatas para el manejo de un prolapso del cordón umbilical

- Administre oxígeno.
- Si el cordón está pulsando y la persona está en el primer período del trabajo de parto:
  - Introduzca una mano enguantada (estéril) en la vagina y empujar la parte de presentación del feto

hacia arriba para disminuir la presión sobre el cordón. La otra mano se puede colocar en el abdomen para mantener la elevación del feto. Mantenga el feto elevado desde la pelvis hasta que pueda realizarse un parto por cesárea.

- Administre tocolíticos para reducir las contracciones mientras se prepara la operación.
- Realice inmediatamente un parto por cesárea.
- Si el cordón está pulsando y la persona está en el segundo período del trabajo de parto:
  - Acelere el parto con vacío obstétrico o fórceps.
  - Prepárese para la reanimación del neonato.
- Si el cordón no está pulsando cuando se diagnostica el prolapso del cordón, el feto ya está muerto y ya no se necesita acelerar el parto [17].

## 4.6 Parto obstruido

El parto obstruido se produce cuando la parte de presentación fetal no puede avanzar por el canal del parto, a pesar de presentar fuertes contracciones uterinas. La causa más habitual del parto obstruido es la desproporción cefalopélvica. Otras causas de parto obstruido incluyen mala presentación o mala posición y, en raras ocasiones, distocia gemelar o tumores pélvicos [17,26].

### 4.6.1 Medidas inmediatas para manejar un parto obstruido (cuando el feto está vivo)

- Prepárese lo antes posible para un parto por cesárea o instrumental (fórceps, extracción por vacío o sínfisiotomía), según la posición o el descenso fetal;
- o:
- refiera urgentemente a la persona a una unidad de tercer nivel de atención, si en las instalaciones no se ofrece CEmONC.

Un trabajo de parto prolongado debido a un parto obstruido puede causar complicaciones mortales y discapacidad entre las que figuran sepsis, lesiones a la vejiga o el recto, y ruptura uterina, que puede ocasionar hemorragia grave, shock y muerte. Un parto obstruido prolongado también puede causar fístula obstétrica, mortinato, daños cerebrales al bebé y muerte neonatal.



## 4.7 Sepsis materna

La sepsis materna es un cuadro clínico mortal que se define como una disfunción orgánica ocasionada por una infección durante el embarazo o el parto, o durante el período posterior a un aborto o un parto [27].

### 4.7.1 Prevención de las infecciones maternas

Se debe evaluar el **riesgo** de infección de todas las personas antes, durante y después del parto revisando sus antecedentes y sus historias clínicas. Si se identifican uno o más factores de riesgo, **prevenga** la infección administrando profilaxis antibiótica. Consultar la *tabla 7* para ver los esquemas posológicos recomendados para prevenir las infecciones maternas en distintas situaciones.

### 4.7.2 Diagnóstico y manejo de la sepsis

Si la temperatura de la persona supera los 38 °C y presenta uno de los siguientes síntomas (alta frecuencia respiratoria, letargo, rigidez de nuca, incapacidad para

levantarse), el personal de los servicios de salud debe sospechar la posibilidad de sepsis. La sepsis puede llegar a bajar la temperatura corporal hasta la hipotermia.

Observe regularmente los signos vitales (frecuencia del pulso, tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria); si la persona está en shock (tensión arterial sistólica <90 mm Hg, pulso >110/minuto):

- Introducir una línea intravenosa y administrar líquidos.
- Supervisar la tensión arterial y el pulso cada 15 minutos.
- Supervisar la diuresis.
- Registrar la rehidratación, la diuresis y los signos vitales.

Al mismo tiempo, el personal de servicios de salud debe realizar pruebas diagnósticas según la sospecha clínica, si estuvieran disponibles (p. ej. hemocultivos, frotis de la parte alta de la vagina, frotis faríngeo, orina del chorro medio). Estas pruebas no deben retrasar el tratamiento con antibióticos.

**TABLA 7: Esquemas posológicos de antibióticos**

Situación	Tratamiento antibiótico (consultar los protocolos locales)
Ruptura de membranas prematuras antes del trabajo de parto (RMPATP) (consultar el <i>apartado 4.4</i> )	500 mg de eritromicina por vía oral, cada 6 horas durante 10 días (o hasta el nacimiento) <b>O</b> 2 g de ampicilina por vía intravenosa cada 6 horas
Durante la extracción de la placenta	2 g de ampicilina por vía intravenosa/intramuscular, dosis única <b>O</b> Cefalosporina de primera generación, p. ej. 1 g de cefazolina por vía intravenosa/intramuscular, dosis única
Desgarro perineal de tercer o cuarto grado	Antibióticos de amplio espectro, p. ej.: 2 g de cefazolina por vía intravenosa dosis única antes de la operación seguida de amoxicilina + clavulanato (875 mg + 125 mg por vía oral), cada 12 horas durante 7 días <b>O</b> 500 mg de cefalexina por vía oral, cada 6 horas durante 7 días <b>MÁS</b> 400 mg de metronidazol por vía oral, cada 12 horas durante 7 días
Endometritis o corioamnionitis puerperal	600 mg de clindamicina por vía intravenosa cada 8 horas <b>MÁS</b> 5 mg/kg de gentamicina por vía intravenosa/intramuscular, cada 24 horas



Si la temperatura de la persona sigue estando por encima de los 38 °C y presenta alguno de estos síntomas: escalofríos, leucorrea con mal olor, taquicardia fetal y ruptura de las membranas durante más de 18 horas, se recomienda el siguiente tratamiento:

- Introducir una línea intravenosa y administrar líquidos rápidamente.
- Administrar antibióticos por vía intramuscular o intravenosa.
- Si el bebé ya ha nacido y se ha expulsado la placenta, administrar 10 mg de oxitocina por vía intramuscular y evaluar al recién nacido para detectar signos de infección y ofrecer tratamiento si fuera necesario.
- Referir a la persona urgentemente a una unidad de mayor nivel de atención si fuera necesario.

## 4.8 Complicaciones fetales

### 4.8.1 Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal se define como una frecuencia cardíaca por debajo de los 120 o por encima de los 160 latidos por minuto. Si la frecuencia cardíaca continúa por debajo de los 120 o por encima de los 160 latidos por minuto después de 30 minutos de observación, el personal de los servicios de salud debe tomar las siguientes medidas para el trabajo de parto activo temprano o tardío:

- Trabajo de parto activo temprano (dilatación mínima de 4 cm):
  - Mantener a la persona acostada sobre su lado izquierdo.
  - Plantearse comenzar a administrar líquidos por vía intravenosa e interrumpir la oxitocina (si se inició).
  - Prepararse para un parto por cesárea o referir a la persona urgentemente a una unidad de nivel más alto de atención para un parto por cesárea.
- Trabajo de parto activo tardío (dilatación de entre 7 cm y 10 cm):
  - Pedir ayuda durante el trabajo de parto si fuera necesario. Referir si fuera necesario.
  - Supervisar la frecuencia cardíaca fetal después de cada contracción.
  - Prepararse para la reanimación del recién nacido (consultar el [apéndice 7](#)).

### 4.8.2 Manejo de los mortinatos

Un mortinato es un bebé nacido sin signos de vida después de 28 semanas de gestación. En aproximadamente la mitad de mortinatos, la muerte fetal se produce durante el trabajo de parto [28].

Entre los factores de riesgo que podrían causar un mortinato figuran edad materna superior a los 35 años, infecciones maternas, presencia de discapacidad materna, enfermedades no infecciosas, y factores relacionados con la nutrición y el estilo de vida [17,29].

La pérdida de un bebé es devastadora para cualquier progenitor. Cuando se produce un mortinato, se debe informar a los progenitores lo antes posible. Se les debe ofrecer la oportunidad de tomar en brazos a su bebé durante el tiempo que necesiten, en privado si lo solicitan. Se debe ofrecer a los progenitores servicios de apoyo y atención para el duelo. Aconsejar a la persona sobre cómo cuidarse físicamente al igual que se haría con cualquier nacimiento, facilitando consejería sobre anticonceptivos (consultar el [apartado 5.2: Atención posnatal](#)).

El personal de servicios de salud debe conocer los protocolos locales para el registro de mortinatos y cumplimentar cualquier notificación de muerte perinatal.

## 5. Atención posnatal

El período posnatal (para la persona embarazada y el bebé) o período puerperal (para la embarazada solamente) es el período inmediatamente posterior al nacimiento del bebé y hasta 6 semanas (42 días) después del nacimiento. Se trata de un período crítico tanto para la persona como para su bebé, ya que la mayoría de las muertes maternas y neonatales se producen durante este tiempo [30,31].

Tras un parto vaginal sin complicaciones en un centro de salud, la persona y el bebé deben recibir atención posnatal durante 24 horas después del nacimiento y deben mantenerse bajo observación para detectar cualquier signo de alarma (consultar los [apartados 5.2 y 5.1.1](#), respectivamente). Se debe realizar una evaluación periódica a todas las personas púperas para detectar la presencia de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) de forma sistemática durante las 24 primeras horas a partir de la primera hora después del nacimiento. Se debe tomar la tensión arterial poco después del nacimiento. Si es normal, la segunda medición de la tensión arterial debe realizarse dentro de 6 horas. La persona debe haber vaciado la vejiga en un plazo de 6 horas. Si el nacimiento fue en casa, el primer contacto posnatal debe tener lugar



en cuanto sea posible antes de pasadas 24 horas desde el parto. Se recomiendan tres contactos de atención posnatal adicionales en el día 3, entre los días 7 y 14 después del parto, y a las 6 semanas del nacimiento.

## 5.1 Atención posnatal del recién nacido

El período neonatal o del recién nacido se refiere a los 28 primeros días después del parto. Los primeros días, la primera semana y el primer mes son los más cruciales. Casi la mitad de todas las muertes de menores de 5 años ocurren durante el primer mes de vida [32].

### 5.1.1 Evaluación del recién nacido

Evaluar al recién nacido en cada contacto posnatal para detectar cualquier signo de alarma (*recuadro 2*) y plantearse referirlo para evaluación y manejo posterior si presenta alguno de esos signos. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de pasada la primera hora en la que se debe iniciar el contacto piel con piel y la lactancia).

Informe de estos signos de alarma a la persona y su familia para que puedan estar atentos y buscar asistencia si se presenta alguno de ellos.

#### RECUADRO 2: Signos de alarma en bebés recién nacidos

- Respiración rápida/disnea (frecuencia respiratoria  $\geq 60$  por minuto)
- Respiración lenta o boqueante
- Retracción grave del tórax
- Ausencia de movimientos espontáneos
- Fiebre (temperatura  $\geq 37,5$  °C) o inusualmente baja (temperatura  $< 35,5$  °C)
- Distensión abdominal excesiva
- No se alimenta bien o deja de alimentarse bien
- Convulsiones
- Ictericia durante las primeras 24 horas de vida, palmas de las manos y plantas de los pies amarillentas a cualquier edad
- La zona del cordón umbilical está enrojecida o supurapú o sangre
- Palidez
- Ojos hinchados con supuración de pus

### 5.1.2 Cuidado del cordón

Aconsejar a la persona que mantenga siempre el cordón limpio y seco. En lugares con alta mortalidad neonatal, se recomienda aplicar a diario clorhexidina (solución o gel acuoso de digluconato de clorhexidina al 7,1 por ciento, que proporciona un 4 por ciento de clorhexidina) al muñón del cordón umbilical durante la primera semana de vida.

### 5.1.3 Lactancia

Los bebés deben alimentarse exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, si fuera posible. El personal de servicios de salud desempeña un papel importante para fomentar y apoyar la el amamantamiento en cada contacto posnatal. Es posible que las personas con discapacidad necesiten ayuda para llevar o colocar al bebé a la hora de darle el pecho.

Si la persona está viviendo con VIH (consultar el *capítulo 7: VIH, apartado 6.1*):

- Consultar las guías nacionales sobre cómo alimentar a los bebés cuyas madres viven con VIH.
- Si la persona está tomando antirretrovirales, debe recibir apoyo para amamantar exclusivamente, ya que las posibilidades de transmisión del VIH al bebé a través de la leche materna son mínimas.
- En los lugares donde existe una alta carga de mortalidad neonatal por malnutrición y enfermedades infecciosas y la persona no está tomando antirretrovirales, la lactancia puede ser la opción más apropiada para alimentar al bebé, por lo que debe fomentarse.

### 5.1.4 Otra atención posnatal para el recién nacido

- Aconseje a los padres sobre la necesidad de usar una mosquitera (tratada con insecticida de larga duración) sobre la cama del bebé cuando se duerma en zonas de alto riesgo; coloque al bebé para que duerma sobre la espalda; asegúrese de que el bebé esté a una temperatura segura y confortable.
- El baño debe retrasarse al menos 6 horas, y lo mejor es hacerlo 24 horas después del parto.
- Se debe promocionar la vacunación según las directrices locales.



- Para todos los recién nacidos, las directrices de la OMS para el tratamiento de las ITS recomiendan profilaxis ocular de administración tópica para la prevención de la oftalmia neonatal por gonococos o clamidias [33,34]. Si se sospecha infección ocular por gonococos, administrar antibióticos conforme a los protocolos locales y revisar después de 48 horas.
- Los bebés prematuros nacidos con un peso inferior a los 2000 g también se beneficiarán del método madre canguro (consultar el *recuadro 3*).
- Aconseje a las personas usuarias que busquen asistencia si experimentan algún signo de alarma, como hemorragia abundante, dolor grave, fiebre, etc.
- No se necesita esperar ningún tiempo para reiniciar las actividades sexuales; sin embargo, la mayoría de la gente necesita entre 4 y 6 semanas para recuperarse y sentirse preparada para ello.

### RECUADRO 3: Datos clave sobre el método madre canguro

- El método madre canguro (contacto de piel con piel sobre el pecho de una persona) se recomienda para la atención de rutina de los recién nacidos que pesen 2000 g o menos en el momento del parto y debe iniciarse en los centros sanitarios en cuando un neonato esté clínicamente estable.
- Los neonatos inestables que pesen 2000 g o menos en el momento del parto o los neonatos estables que pesen menos de 2000 g a los que no se pueda ofrecer el método madre canguro deben cuidarse en un entorno termoneuro bajo calentador radiante o en incubadoras.

Fuente: OMS [23].

## 5.2 Atención puerperal para la persona usuaria

### 5.2.1 Alta del centro

- Antes del alta, se debe ofrecer un paquete de atención posnatal individualizada que sea una continuación de la atención prenatal y durante el parto. Esto debe incluir consejería y servicios de salud sobre anticonceptivos cuando se desee (consultar el *capítulo 4: Anticoncepción*), así como información sobre otros servicios de salud sexual y reproductiva.
- Las personas usuarias deben recibir una tarjeta con todos los datos del parto, cualquier complicación que se haya producido y cómo se trató, las fechas para las citas de seguimiento después del parto, los números de teléfono en caso de emergencia y cualquier instrucción especial de atención posnatal especializada de seguimiento para la persona o sus bebés.

### 5.2.2 Visitas posnatales

En cada vista de atención posnatal, el personal de servicios de salud debería hacer lo siguiente:

- Preguntar sobre el bienestar general de la persona y evaluar la evolución de la lactancia, la función física y cómo están curando las heridas, si fuese necesario.
- Ofrecer consejería sobre nutrición, higiene, sexo seguro y anticoncepción.
- Preguntar sobre el bienestar emocional de la persona, qué apoyo tienen y cómo están llevando la situación.

### 5.2.3 Salud mental y psicosis puerperal

La salud mental es una parte importante de la salud y el bienestar durante el periodo posnatal. El personal de servicios de salud debe animar a las personas usuarias a ser conscientes de su propia salud mental y a buscar ayuda si sienten desánimo, ansiedad o depresión. La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo poco habitual pero grave, que necesita tratamiento.

La *psicosis posparto* es una enfermedad mental grave que necesita intervención médica inmediata. Suele comenzar durante los 2 primeros días después de dar a luz. Los síntomas pueden incluir alucinaciones, ideas delirantes, inestabilidad emocional y cambios de comportamiento. La psicosis posparto es una emergencia médica. Se debe referir a las personas para que reciban tratamiento inmediato a fin de evitar el empeoramiento de la enfermedad y prevenir que se hagan daño a sí mismas o a sus bebés.



## 6. Referencias

- [1] Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194906.
- [2] Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231415.
- [3] Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/). Consultado el 26 de noviembre de 2019.
- [4] Organización Mundial de la Salud. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>. Consultado el 12 de abril de 2022.
- [5] Organización Mundial de la Salud. Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf>. Consultado el 10 de diciembre de 2019.
- [6] Federación Internacional de Planificación Familiar. IMAP Statement on the elimination of female genital mutilation. Londres: IPPF; 2015. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_imap\\_fgm\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_fgm_web.pdf). Consultado el 22 de octubre de 2021.
- [7] Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646_eng.pdf). Consultado el 22 de octubre de 2021.
- [8] Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Ginebra: OMS; 2106. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf>. Consultado el 6 de diciembre de 2019.
- [9] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Health topics: Tetanus. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_3). Consultado el 10 de junio de 2020.
- [10] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Fact sheet: Zika virus. Julio de 2018 Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>. Consultado el 8 de junio de 2020.
- [11] Federación Internacional de Planificación Familiar. IMAP Statement on Zika virus and sexual and reproductive health. Londres: IPPF; 2016. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_imap\\_zika\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_zika_web.pdf). Consultado el 8 de junio de 2020.
- [12] Organización Mundial de la Salud. Pregnancy management in the context of Zika virus infection: Interim guidance update 13 May 2016. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204520/WHO\\_ZIKV\\_MOC\\_16.2\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204520/WHO_ZIKV_MOC_16.2_eng.pdf). Consultado el 8 de junio de 2020.
- [13] Organización Mundial de la Salud. WHO Guidelines for malaria. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-malaria>. Consultado el 27 de abril de 2022.
- [14] Federación Internacional de Planificación Familiar. IMAP Statement on reproductive health in a time of COVID-19. Londres: IPPF; 2021. Disponible en: <https://www.ippf.org/resource/imap-statement-reproductive-health-time-covid-19>. Consultado el 22 de octubre de 2021.
- [15] Organización Mundial de la Salud. Monitoring emergency obstetric care: A handbook. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44121/1/9789241547734\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44121/1/9789241547734_eng.pdf). Consultado el 5 de junio de 2017.
- [16] Organización Mundial de la Salud. Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240017566>. Consultado el 22 de octubre de 2021.
- [17] Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. Segunda edición. Ginebra: OMS; 2017. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51987>. Consultado el 22 de octubre de 2021.
- [18] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. Green-top Guideline No. 69. Londres: RCOG; 2016. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg69-hyperemesis.pdf>. Consultado el 17 de agosto de 2017.
- [19] Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241548335>. Consultado el 13 de diciembre de 2019.





- [20] Organización Mundial de la Salud. WHO recommendation: Calcium supplementation during pregnancy for prevention of pre-eclampsia and its complications. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241550451>. Consultado el 22 de octubre de 2021.
- [21] National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE guideline. Abril de 2019. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/resources/ectopic-pregnancy-and-miscarriage-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141662244037>. Consultado el 11 de diciembre de 2019.
- [22] Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf). Consultado el 31 de mayo de 2017.
- [23] Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Tercera edición. Ginebra: OMS; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. Consultado el 22 de octubre de 2021.
- [24] Organización Mundial de la Salud. WHO Recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277276/9789241550420-eng.pdf>. Consultado el 9 de junio de 2020.
- [25] Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Ginebra: OMS; 2015. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf). Consultado el 22 de octubre de 2021.
- [26] Alkire BC, Vincent JR, Burns CT, Metzler IS, Farmer PE, Meara JG. Obstructed labor and caesarean delivery: the cost and benefit of surgical intervention. *PLoS One*. 2012;7(4):e34595.
- [27] Organización Mundial de la Salud. Statement on Maternal Sepsis. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254608/1/WHO-RHR-17.02-eng.pdf>. Consultado el 25 de abril de 2022.
- [28] Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587–603.
- [29] Shin JE, Cho GJ, Bak S, et al. Pregnancy and neonatal outcomes of women with disabilities: a nationwide population-based study in South Korea. *Sci Rep*. 2020;10(1):9200.
- [30] Organización Mundial de la Salud. WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310591/pdf/Bookshelf\\_NBK310591.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310591/pdf/Bookshelf_NBK310591.pdf). Consultado el 22 de octubre de 2021.
- [31] Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf). Consultado el 10 de mayo de 2017.
- [32] Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez (UNIGME). Levels and Trends in Child Mortality: Report 2021. Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Nueva York: UNICEF; 2021. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>. Consultado el 25 de abril de 2022.
- [33] Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241549691>. Consultado el 27 de abril de 2022.
- [34] Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/978-92-4-154971-4>. Consultado el 27 de abril de 2022.



## 6.1 Recursos

Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(10):CD005125.

Engelbrecht S, Armbruster D. The Active Management of the Third Stage of Labor. The Safer Motherhood Knowledge Transfer Program. *GLOWM*. Disponible en: [https://www.glowm.com/pdf/AMTSL\\_Wallchart\\_Single\\_FINAL.pdf](https://www.glowm.com/pdf/AMTSL_Wallchart_Single_FINAL.pdf). Consultado el 16 de agosto de 2017.

Gupta JK, Sood A, Hofmeyr G, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD002006

Hughes RG, Brocklehurst P, Steer PJ et al. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. Green-top Guideline No. 36. *BJOG*. 2017;124(12):e280–e305.

International Federation of Obstetrics and Gynaecology. Misoprostol-Only Recommended Regimens 2017. Disponible en: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO%20Dosage%20Chart%20-%20ENGLISH.pdf>. Consultado el 13 de septiembre de 2017.

Mavrides E, Allard S, Chandraran E, et al. en nombre del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJOG*. 2017;124(5):e106–e149.

National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline [CG192]. Actualizado el 11 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-recommendations>.

National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190]. Actualizado en febrero de 2017. Disponible en: [www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190). Consultado el 8 de julio de 2017.

Novikova N, Hofmeyr GJ, Cluver C. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(6):CD007872.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Healthy eating and vitamin supplements in pregnancy. Octubre de 2014. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/pregnancy/pi-healthy-eating-and-vitamin-supplements-in-pregnancy.pdf>. Consultado el 5 de septiembre de 2017.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. Octubre de 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/birth-after-previous-caesarean-birth-green-top-guideline-no-45/>. Consultado el 25 de agosto de 2017.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Zika virus infection and pregnancy. Actualizado en febrero de 2019. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/zika-virus-infection-and-pregnancy/>

Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations for augmentation of labour. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf). Consultado el 5 de junio de 2017.

Organización Mundial de la Salud. Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf). Consultado el 30 de abril de 2017.

Organización Mundial de la Salud. WHO Safe Childbirth Checklist Implementation Guide: Improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789241549455\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789241549455_eng.pdf). Consultado el 17 de diciembre de 2019.

Organización Mundial de la Salud. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249523/1/9789241511223-eng.pdf>. Consultado el 15 de julio de 2017.

Organización Mundial de la Salud. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf>. Consultado el 5 de febrero de 2017.

Organización Mundial de la Salud. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250274/1/WHO-RHR-16.10-eng.pdf>. Consultado el 5 de abril de 2017.



Organización Mundial de la Salud. Guideline: Iron Supplementation in Postpartum Women. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249242/1/9789241549585-eng.pdf>. Consultado el 12 de julio de 2017.

Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>. Consultado el 15 de agosto de 2017.



## 7. Apéndices

### Apéndice 1: Programa de intervenciones de atención prenatal recomendado por la Organización Mundial de la Salud

#### El modelo de atención prenatal de la OMS 2016 para una experiencia positiva del embarazo: recomendaciones asignadas a ocho contactos programados

**Objetivo general:** Ofrecer a las embarazadas una atención respetuosa, individualizada y centrada en la persona, con ejecución de unas prácticas clínicas eficaces (intervenciones y pruebas), además de facilitar información relevante y oportuna, así como apoyo psicosocial y emocional de manos de profesionales con buenas aptitudes clínicas e interpersonales dentro de un sistema de salud que funcione bien.

**Notas:**

- Estas recomendaciones se aplican a todas las mujeres y jóvenes embarazadas dentro del contexto de la atención prenatal de rutina.
- Esta tabla no incluye buenas prácticas clínicas, como la medición de la tensión arterial, la proteinuria y el peso, y la comprobación de los tonos cardíacos fetales, que se incluirían como parte de una implementación manual dirigida a profesionales.
- Las observaciones indicadas en el recuadro sombreado con cada recomendación deben tenerse en cuenta a la hora de planificar la implementación de estas recomendaciones.

Tipo de intervención	Recomendación	Tipo de recomendación	Ocho contactos programados de la atención prenatal (semanas de gestación)							
			1 (12 semanas)	2 (20 semanas)	3 (26 semanas)	4 (30 semanas)	5 (34 semanas)	6 (36 semanas)	7 (38 semanas)	8 (40 semanas)
<b>A. Intervenciones nutricionales</b>										
<b>Intervenciones alimentarias</b>	<b>A.1.1:</b> Se recomienda asesorar a las personas embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y cómo mantener la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo. <sup>a</sup>	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>A.1.2:</b> En poblaciones desnutridas se recomienda educar a las embarazadas sobre cómo aumentar la ingesta diaria de calorías y proteínas para reducir el riesgo de dar a luz bebés con bajo peso.	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>A.1.3:</b> En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de bebés de tamaño pequeño para su edad gestacional.	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>A.1.4:</b> En poblaciones desnutridas no se recomienda que las embarazadas tomen suplementos alimentarios ricos en proteínas para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada								
<b>Suplementos de hierro y ácido fólico</b>	<b>A.2.1:</b> Se recomienda que las personas embarazadas tomen suplementos diarios de hierro y ácido fólico por vía oral: de 30 a 60 mg de hierro elemental <sup>b</sup> y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico <sup>c</sup> para prevenir la anemia, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro. <sup>d</sup>	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X

a. Una dieta saludable contiene una cantidad adecuada de energía, proteína, vitamina y minerales, que se obtienen con el consumo de una variedad de alimentos, como verduras verdes y naranjas, carne, pescado, legumbres, frutos secos, cereales integrales y frutas.

b. El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso.

c. El ácido fólico debe iniciarse lo antes posible (idealmente antes de la concepción) para prevenir anomalías congénitas del tubo neural.

d. Esta recomendación reemplaza la anterior recogida en la publicación de la OMS de 2012: *Directriz. Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo* (36).



Tipo de intervención	Recomendación	Tipo de recomendación	Ocho contactos programados de la atención prenatal (semanas de gestación)							
			1 (12 semanas)	2 (20 semanas)	3 (26 semanas)	4 (30 semanas)	5 (34 semanas)	6 (36 semanas)	7 (38 semanas)	8 (40 semanas)
Suplementos de hierro y ácido fólico	A.2.2: Para mejorar los resultados maternos y neonatales se recomienda que las personas embarazadas tomen intermitentemente suplementos de hierro y ácido fólico por vía oral con 120 mg de hierro elemental <sup>e</sup> y 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico una vez a la semana si la toma diaria de hierro no es aceptable debido a los efectos secundarios; esta recomendación también es aplicable en aquellas poblaciones en las que la prevalencia de la anemia entre las personas embarazadas sea inferior al 20%. <sup>f</sup>	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X
Suplementos de calcio	A.3: En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las personas embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia. <sup>g</sup>	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X
Suplementos de vitamina A	A.4: Los suplementos de vitamina A solamente se recomiendan para embarazadas para prevenir la ceguera nocturna en zonas donde el déficit de vitamina A sea un problema grave de salud pública. <sup>h</sup>	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X
Suplementos de zinc	A.5: Los suplementos de zinc para embarazadas solamente se recomiendan en el marco de investigaciones rigurosas.	Recomendada en contextos específicos (investigación)								
Suplementos de micronutrientes múltiples	A.6: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de micronutrientes múltiples para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada								
Suplementos de vitamina B6 (piridoxina)	A.7: No se recomienda que las embarazadas tomen suplementos de vitamina B6 (piridoxina) para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada								

e. El equivalente de 120 mg de hierro elemental es 600 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 360 mg de fumarato ferroso o 1000 mg de gluconato ferroso.

f. Esta recomendación reemplaza la anterior recogida en la publicación de la OMS de 2012: *Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a embarazadas no anémicas* (55). Esta recomendación está en consonancia con las recomendaciones de la OMS de 2011 para la prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia (57) y reemplaza la anterior recomendación recogida en la publicación de la OMS de 2013 *Directriz: Suplementos de calcio en el embarazo* (38).

h. El déficit de vitamina A es un problema grave de salud pública si un 5% de las mujeres de una población tiene antecedentes de ceguera nocturna en su embarazo más reciente con resultado de recién nacido vivo en los 3 a 5 años anteriores, o si un 20% de las embarazadas tiene un nivel de retinol en suero <0,70 µmol/l. Para determinar si el déficit de vitamina A es un problema de salud pública, es necesario calcular la prevalencia del déficit en una población usando indicadores bioquímicos y clínicos específicos de los niveles de vitamina A.

i. Esta recomendación reemplaza la anterior recogida en la publicación de la OMS de 2011: *Directriz: Administración de suplementos de vitamina A en el embarazo* (60).



Tipo de intervención	Recomendación	Tipo de recomendación	Ocho contactos programados de la atención prenatal (semanas de gestación)								
			1 (12 semanas)	2 (20 semanas)	3 (26 semanas)	4 (30 semanas)	5 (34 semanas)	6 (36 semanas)	7 (38 semanas)	8 (40 semanas)	
Suplementos de vitaminas E y C	A.8: No se recomienda que las personas embarazadas tomen suplementos de vitaminas E y C para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada									
Suplementos de vitamina D	A.9: No se recomienda que las personas embarazadas tomen suplementos de vitamina D para mejorar los resultados maternos y perinatales. <sup>1</sup>	No recomendada									
Restricción del consumo de cafeína	A.10.1: Para reducir el riesgo de aborto y bajo peso al nacer se recomienda que las embarazadas con un alto consumo diario de cafeína (más de 300 mg al día) <sup>k</sup> lo disminuyan durante el embarazo.	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### B. Evaluación materna y fetal<sup>l</sup>

Anemia	B.1.1: El método recomendado para diagnosticar la anemia en el embarazo es el hemograma completo. En entornos donde no es posible realizar hemogramas completos para diagnosticar la anemia en embarazadas se recomienda realizar en las instalaciones una prueba de hemoglobina con un hemoglobímetro en lugar de con una escala colorimétrica.	Recomendada en contextos específicos	X		X				X		
Bacteriuria asintomática (BA)	B.1.2: El método recomendado para diagnosticar la bacteriuria asintomática (BA) en el embarazo es el cultivo de muestras de orina del chorro medio. En entornos donde no es posible realizar cultivos de orina para diagnosticar la BA en personas embarazadas se recomienda realizar en las instalaciones una tinción de Gram a muestras de orina del chorro medio antes que usar tiras reactivas.	Recomendada en contextos específicos	X		X			X			

- j. Esta recomendación reemplaza la anterior recogida en la publicación de la OMS de 2012: Administración de suplementos de vitamina D en el embarazo (75).
- k. Esto incluye cualquier producto, bebida o alimento que contenga cafeína (es decir, café filtrado, té, refrescos de cola, bebidas energéticas con cafeína, chocolate y pastillas de cafeína).
- l. El grupo de elaboración de directrices no evaluó los datos relativos a las actividades básicas de atención prenatal, como la medición de la tensión arterial, la proteinuria y el peso materno, ni la comprobación de los tonos cardíacos fetales, ya que estas actividades se consideran parte de una buena práctica clínica.



Tipo de intervención	Recomendación	Tipo de recomendación	Ocho contactos programados de la atención prenatal (semanas de gestación)							
			1 (12 semanas)	2 (20 semanas)	3 (26 semanas)	4 (30 semanas)	5 (34 semanas)	6 (36 semanas)	7 (38 semanas)	8 (40 semanas)
<b>Violencia de pareja (VP)</b>	<b>B.1.3:</b> Para mejorar el diagnóstico clínico y la atención posterior, en las visitas de atención prenatal se debe considerar seriamente la posibilidad de realizar una indagación clínica sobre la posible existencia de violencia de pareja al evaluar trastornos que podrían estar provocados o agravados por este tipo de violencia, siempre que haya capacidad para dar una respuesta de apoyo (incluida la referencia cuando proceda) y se cumplan los requisitos mínimos establecidos por la OMS. <sup>m, n</sup>	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Diabetes gestacional (DG)</b>	<b>B.1.4:</b> Cuando la hiperglucemia se detecta por primera vez en cualquier momento del embarazo, esta debería clasificarse como diabetes gestacional (DG) o diabetes durante el embarazo, según los criterios establecidos por la OMS 2013. <sup>o</sup>	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Consumo de tabaco</b>	<b>B.1.5:</b> El personal de servicios de salud debería preguntar a todas las personas embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido tabaco y si están expuestas al humo ajeno. <sup>p</sup>	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Consumo de drogas</b>	<b>B.1.6:</b> El personal de salud debería preguntar a todas las personas embarazadas lo antes posible y en cada visita de atención prenatal si consumen o han consumido alcohol u otras drogas. <sup>q</sup>	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X

m. Los requisitos mínimos son: un procedimiento operativo o protocolo normalizado; capacitación sobre cómo preguntar acerca de la violencia de pareja y sobre cómo proporcionar la respuesta mínima o una respuesta ampliada; entorno privado; garantía de la confidencialidad; existencia de un sistema de referencia; y tiempo para obtener la información apropiada.

n. Esta recomendación está en consonancia con la publicación de 2013: *Respuesta a la violencia de pareja y violencia sexual contra las mujeres: directrices clínicas y normativas de la OMS* (86). o. Esta no es una recomendación para la detección sistemática de hiperglucemia durante el embarazo. Esta recomendación se ha adaptado e integrado a partir de la publicación de la OMS de 2013:

Criterios diagnósticos y clasificación de la hiperglucemia detectada por primera vez durante el embarazo (94), en la que se afirma que se debería diagnosticar diabetes gestacional en cualquier momento del embarazo si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- glucosa plasmática en ayunas de 5,1 a 6,9 mmol/l (92–125 mg/dl)
  - glucosa plasmática  $>10,0$  mmol/l (180 mg/dl) una hora después de la administración de 75 g de glucosa por vía oral
  - glucosa plasmática de 8,5 a 11,0 mmol/l (153–199 mg/dl) dos horas después de la administración de 75 g de glucosa por vía oral
- La diabetes durante el embarazo se debería diagnosticar si se cumplen uno o más de los siguientes criterios:
- glucosa plasmática en ayunas  $>7,0$  mmol/l (126 mg/dl)
  - glucosa plasmática  $>11,1$  mmol/l (200 mg/dl) dos horas después de la administración de 75 g de glucosa por vía oral
  - glucosa plasmática al azar  $>11,1$  mmol/l (200 mg/dl) en presencia de síntomas de diabetes

p. Extraído de la publicación de la OMS de 2013 de recomendaciones para la prevención y manejo del tabaquismo y exposición al humo ajeno en el embarazo (96).

q. Extraído de la publicación de la OMS de 2014 *Directrices para la identificación de consumo de drogas y trastornos de toxicomania en el embarazo* (97).



Tipo de intervención	Recomendación	Tipo de recomendación	Ocho contactos programados de la atención prenatal (semanas de gestación)								
			1 (12 semanas)	2 (20 semanas)	3 (26 semanas)	4 (30 semanas)	5 (34 semanas)	6 (36 semanas)	7 (38 semanas)	8 (40 semanas)	
<b>Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis</b>	<b>B.1.7:</b> En entornos de alta prevalencia, <sup>r</sup> las pruebas y la consejería deben considerarse un componente sistemático del conjunto de servicios sanitarios que se brindan a las personas embarazadas en todos los centros de atención prenatal. En entornos de baja prevalencia, se puede plantear la posibilidad de ofrecer a las personas embarazadas pruebas y consejería en centros de atención prenatal como componente clave de los esfuerzos destinados a eliminar la transmisión perinatal del VIH, así como combinar las pruebas de detección del VIH con las pruebas de detección de otros virus, de la sífilis y de otras enfermedades importantes, según el contexto, y a reforzar los sistemas de atención materna e infantil subyacentes. <sup>s</sup>	Recomendada	X								
<b>Tuberculosis (TB)</b>	<b>B.1.8:</b> En entornos donde la prevalencia de la tuberculosis (TB) entre la población general es igual o superior a 100 por cada 100.000 habitantes, se debería plantear la posibilidad de someter a las embarazadas a un cribado sistemático para detectar la TB activa en el marco de la atención prenatal. <sup>t</sup>	Recomendada en contextos específicos	X								
<b>Estimación diaria del movimiento fetal</b>	<b>B.2.1:</b> La estimación diaria del movimiento fetal, por ejemplo mediante diagramas de recuento de 10 patadas del feto, solo se recomienda en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)									
<b>Medición de la altura uterina</b>	<b>B.2.2:</b> No se recomienda sustituir la palpación abdominal por la medición de la altura uterina para evaluar el crecimiento fetal con el objetivo de mejorar los resultados perinatales. No se recomienda el cambio de la práctica habitual (palpación abdominal o medición de la altura uterina) en un entorno específico.	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Cardiotocografía prenatal</b>	<b>B.2.3:</b> No se recomienda una cardiotocografía prenatal de rutina a las personas embarazadas <sup>u</sup> para mejorar los resultados maternos y perinatales.	No recomendada									

r. Los entornos de alta prevalencia se definen en la publicación de la OMS de 2015: *Directrices consolidadas sobre los servicios de pruebas de VIH como aquellos en los que la prevalencia del VIH es superior al 5% en la población que se somete a las pruebas pertinentes* (98). Los entornos de baja prevalencia son aquellos en los que la prevalencia del VIH es inferior al 5% en la población que se somete a las pruebas. En entornos en los que la epidemia del VIH está concentrada o generalizada, se debería practicar a las mujeres seronegativas una nueva prueba de detección del VIH en el tercer trimestre de gestación debido al elevado riesgo de infección por el virus durante el embarazo; consultar la Recomendación B.1.7 para obtener más información.

s. Adaptado y extraído de la publicación de la OMS de 2015: *Directrices consolidadas sobre los servicios de pruebas para el VIH* (98).

t. Adaptado y extraído de la publicación de la OMS de 2013: *Detección sistemática de la tuberculosis activa: principios y recomendaciones* (105).

u. Una cardiotocografía (CTG) es un registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas que se obtiene a través de un transductor ecográfico colocado sobre el abdomen de la madre.





Tipo de intervención	Recomendación	Tipo de recomendación	Ocho contactos programados de la atención prenatal (semanas de gestación)							
			1 (12 semanas)	2 (20 semanas)	3 (26 semanas)	4 (30 semanas)	5 (34 semanas)	6 (36 semanas)	7 (38 semanas)	8 (40 semanas)
<b>Ecografía</b>	<b>B.2.4:</b> Se recomienda realizar a las personas embarazadas una ecografía antes de la semana 24 de gestación (ecografía temprana) para calcular la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia de embarazo.	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Ecografía Doppler de los vasos sanguíneos fetales</b>	<b>B.2.5:</b> No se recomienda realizar una ecografía Doppler de rutina a las embarazadas para mejorar los resultados maternos y perinatales. <sup>v</sup>	No recomendada								

### C. Medidas preventivas

<b>Antibióticos para la bacteriuria asintomática (BA)</b>	<b>C.1:</b> Se recomienda administrar un tratamiento antibiótico de siete días de duración a todas las personas embarazadas con bacteriuria asintomática (BA) a fin de prevenir la bacteriuria persistente, el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer.	Recomendada	X		X					
<b>Profilaxis antibiótica para prevenir las infecciones recurrentes de las vías urinarias</b>	<b>C.2:</b> La profilaxis antibiótica solamente se recomienda para prevenir las infecciones recurrentes de las vías urinarias en personas embarazadas dentro del marco de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)								
<b>Administración prenatal de inmunoglobulina anti-D</b>	<b>C.3:</b> Solamente se recomienda administrar profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D a embarazadas Rh negativas no sensibilizadas en las semanas 28 y 34 de gestación a fin de prevenir la aloinmunización anti-RhD en el contexto de una investigación rigurosa.	Recomendada en contextos específicos (investigación)								
<b>Tratamiento antihelmíntico preventivo</b>	<b>C.4:</b> En zonas endémicas <sup>w</sup> se recomienda administrar tratamiento antihelmíntico preventivo a todas las embarazadas después del primer trimestre de gestación en el marco de programas de reducción de las infecciones por helmintos. <sup>x</sup>	Recomendada en contextos específicos		X						

v. La tecnología de las ecografías Doppler permite analizar las ondas de la arteria umbilical (y otras arterias fetales) para evaluar el bienestar del feto en el tercer trimestre del embarazo.

w. Zonas donde la prevalencia de helmintiasis transmitidas por el suelo es superior al 20%.

x. De conformidad con la publicación de la OMS de 2016: *Directriz: Quimioterapia preventiva para controlar las infecciones por helmintos transmitidos por el suelo en grupos de alto riesgo* (140).



Tipo de intervención	Recomendación	Tipo de recomendación	Ocho contactos programados de la atención prenatal (semanas de gestación)									
			1 (12 semanas)	2 (20 semanas)	3 (26 semanas)	4 (30 semanas)	5 (34 semanas)	6 (36 semanas)	7 (38 semanas)	8 (40 semanas)		
Vacuna antitetánica	C.5: Se recomienda la vacuna antitetánica a todas las personas embarazadas, según su exposición previa a esta vacuna, para prevenir la mortalidad neonatal por tétanos. <sup>y</sup>	Recomendada		X								
Prevención del paludismo (malaria): tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPIe)	C.6: En las zonas de África donde el paludismo es endémico, se recomienda administrar un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina (TPIe-SP) a todas las personas embarazadas. La administración del tratamiento debería empezar en el segundo trimestre del embarazo, y las dosis deberían espaciarse al menos un mes, con el objetivo de que las personas embarazadas reciban al menos tres dosis. <sup>z</sup>	Recomendada en contextos específicos	X (13 semanas)	X	X	X			X			X
Profilaxis preexposición para prevenir la infección por VIH	C.7: Se debería ofrecer profilaxis preexposición (PREP) por vía oral con fumarato de disoproxilo de tenofovir (FDT) a las mujeres embarazadas que corran un riesgo alto de infectarse por VIH como opción de prevención adicional en el marco de estrategias de prevención combinadas. <sup>aa</sup>	Recomendada en contextos específicos										

### D. Intervenciones ante síntomas fisiológicos habituales

Náuseas y vómitos	D.1: Se recomienda utilizar jengibre, manzanilla, vitamina B6 o acupuntura para aliviar las náuseas en las primeras fases del embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acidez gástrica	D.2: Se recomienda ofrecer consejería sobre dieta y estilo de vida para prevenir y aliviar la acidez gástrica durante el embarazo. Se pueden ofrecer preparados de antiácidos a las mujeres con síntomas molestos que no se alivien mediante la modificación del estilo de vida.	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

- y. Esta recomendación está en consonancia con la directriz de la OMS de 2006 sobre *Inmunización materna contra el tétanos* (134). El calendario de vacunación depende de la exposición previa a la vacuna antitetánica; consultar la Recomendación C.5 para más información.
- z. Extraído de la publicación de la OMS de 2015: *Directrices para el tratamiento del paludismo*, donde también se indica: «La OMS recomienda que, en las zonas de África donde la transmisión del paludismo es de moderada a alta, el TPIe-SP debe administrarse a todas las embarazadas en cada visita de atención prenatal programada, comenzando lo antes posible en el segundo trimestre, siempre que las dosis de SP se administren con un intervalo mínimo de 1 mes. La OMS recomienda un conjunto de intervenciones para prevenir el paludismo durante el embarazo, entre las que figuran la promoción y el uso de mosquiteras tratadas con insecticida, además de la administración de TPIe-SP» (153). Para garantizar que todas las embarazadas en las zonas endémicas comienzan a recibir tratamiento TPIe-SP lo antes posible durante el segundo trimestre, los encargados de la formulación de políticas deberían velar por que las mujeres entren en contacto con el sistema de salud en la 13.ª semana de gestación.
- aa. Extraído de la publicación de la OMS de 2015: *Directriz sobre cuándo iniciar tratamiento antirretroviral y sobre la profilaxis preexposición para el VIH* (99). Se considera que el riesgo de infección por VIH es considerable cuando la incidencia de la infección por VIH en ausencia de PREP es suficientemente elevada (>3%) como para que la administración de PREP sea potencialmente rentable. La administración de PREP a personas con un riesgo considerable de infección por VIH maximiza los beneficios en relación con los riesgos y los costos.



Tipo de intervención	Recomendación	Tipo de recomendación	Ocho contactos programados de la atención prenatal (semanas de gestación)								
			1 (12 semanas)	2 (20 semanas)	3 (26 semanas)	4 (30 semanas)	5 (34 semanas)	6 (36 semanas)	7 (38 semanas)	8 (40 semanas)	
<b>Calambres en las piernas</b>	<b>D.3:</b> Se puede administrar magnesio, calcio o tratamiento no farmacológico para aliviar los calambres en las piernas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Lumbalgia y dolor pélvico</b>	<b>D.4:</b> Se recomienda hacer ejercicio regularmente durante el embarazo para prevenir la lumbalgia y el dolor pélvico. Existen varias opciones terapéuticas a las que se puede recurrir, como fisioterapia, cinturones de sujeción y acupuntura, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Estreñimiento</b>	<b>D.5:</b> Se pueden administrar suplementos de salvado de trigo u otras fibras para aliviar el estreñimiento durante el embarazo si este trastorno no mejora tras la modificación del régimen alimentario, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Várices y edema</b>	<b>D.6:</b> Se pueden recurrir a opciones no farmacológicas, como medias de compresión, elevación de las piernas e inmersión en agua, para tratar las várices y los edemas durante el embarazo, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### E: Intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y la calidad de la atención prenatal

<b>Notas clínicas en manos de la mujer</b>	<b>E.1:</b> Se recomienda que cada persona embarazada lleve sus propias notas clínicas durante la gestación para mejorar la continuidad y calidad de la atención, así como su experiencia del embarazo.	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Continuidad asistencial impulsada por partería</b>	<b>E.2:</b> Los modelos de continuidad de la atención impulsada por personal de partería, en los que, de forma individual o grupal, personas reconocidas de la partería ayudan a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, durante el parto y posnatal, se recomiendan para las personas embarazadas de entornos en los que existen programas obstétricos de buen funcionamiento.	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Atención prenatal en grupo</b>	<b>E.3:</b> Se puede ofrecer a las personas embarazadas atención prenatal en grupo proporcionada por personal médico calificado como alternativa a la atención prenatal individual en el contexto de una investigación rigurosa, según las preferencias de la mujer y siempre que se disponga de la infraestructura y los recursos necesarios para la prestación de atención prenatal en grupo.	Recomendada en contextos específicos (investigación)	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Tipo de intervención	Recomendación	Tipo de recomendación	Ocho contactos programados de la atención prenatal (semanas de gestación)							
			1 (12 semanas)	2 (20 semanas)	3 (26 semanas)	4 (30 semanas)	5 (34 semanas)	6 (36 semanas)	7 (38 semanas)	8 (40 semanas)
<b>Intervenciones comunitarias para mejorar la comunicación y el apoyo</b>	<b>E.4.1:</b> Para mejorar la salud de la mujer y el recién nacido se recomienda implantar la movilización comunitaria por medios de la facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres, particularmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a servicios de salud. <sup>ab</sup> Los grupos participativos de mujeres representan una oportunidad para que estas hablen de sus necesidades durante el embarazo, en particular de los obstáculos que dificultan su acceso a la atención y para aumentar el apoyo que se brinda a las embarazadas. <b>E.4.2:</b> Para aumentar la utilización de la atención prenatal y mejorar los resultados de salud perinatal, se recomienda la aplicación de conjuntos de intervenciones que incluyan la movilización de los hogares y las comunidades y las visitas domiciliarias prenatales, especialmente en entornos rurales donde hay escaso acceso a los servicios de salud.	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Delegación de componentes de la prestación de atención prenatal<sup>bc</sup></b>	<b>E.5.1:</b> Se recomienda delegar la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal <sup>bd</sup> en un amplio abanico de profesionales, como personal médico no especializado, auxiliares de enfermería, personal de enfermería, partería y medicina. <b>E.5.2:</b> Se recomienda delegar la distribución de los suplementos nutricionales recomendados y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo para la prevención del paludismo en un amplio abanico de profesionales, como auxiliares de enfermería, personal de enfermería, obstetría y medicina.	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Contratación y retención de personal en zonas rurales y remotas<sup>ae</sup></b>	<b>E.6:</b> Las personas formuladoras de políticas deberían tomar en consideración la aplicación de intervenciones educativas, normativas, financieras y de apoyo personal y profesional para contratar y retener a profesionales de la medicina con cualificaciones en zonas rurales y remotas.	Recomendada en contextos específicos	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Programas de contactos de atención prenatal</b>	<b>E.7:</b> Se recomiendan modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres.	Recomendada	X	X	X	X	X	X	X	X

ab. Extraído de las recomendaciones de la OMS publicadas en 2014 sobre movilización comunitaria por medios de facilitación de ciclos de aprendizaje y acción participativos con grupos de mujeres para la salud materna y del recién nacido (183).

ac. Incluye la promoción de los siguientes comportamientos: búsqueda de atención y utilización de los servicios de atención prenatal; preparación para el parto y hacer frente a complicaciones; dormir bajo la protección de mosquiteras tratadas con insecticida; partos atendidos por personal calificado; compañía durante el trabajo de parto y el nacimiento; consejería nutricional; suplementos nutricionales; otros suplementos e intervenciones en contextos específicos; pruebas de VIH durante el embarazo; lactancia exclusiva; atención posnatal y planificación familiar; inmunización según las directrices nacionales.

ad. Recomendaciones adaptadas y extraídas de la directriz de la OMS de 2012 sobre Optimización de los puestos de los profesionales sanitarios para mejorar el acceso a intervenciones de salud materna y neonatal claves a través de la delegación de componentes (OptimizeMNH) (201).

ae. Adaptada y extraída de la publicación de la OMS de 2010 Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política (202).

Fuente: Reproducido/traducido de las Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra: OMS; 2016. CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



## Apéndice 2: Diagnóstico de embarazo

Es importante que el personal de servicios de maternidad pueda confirmar los embarazos con fiabilidad. Se dispone de una gran variedad de técnicas para diagnosticar el embarazo y según su asequibilidad y viabilidad pueden utilizarse distintos métodos en entornos específicos.

### Diagnóstico clínico del embarazo

El diagnóstico del embarazo por medios clínicos (no de laboratorio) se basa en la detección, mediante una cuidadosa anamnesis y examen físico, de los signos y síntomas asociados con el embarazo.

El síntoma más importante es la amenorrea que, cuando está acompañada de otros síntomas, es un importante indicador de embarazo. El examen pélvico llevado a cabo por personal capacitado es útil para diagnosticar el embarazo después de 6 semanas de gestación; sin embargo, depende de la pericia del personal, la edad gestacional, y el físico, la envergadura y forma corporal de la persona embarazada.

No debe olvidarse que las observaciones características derivadas de la anamnesis y el examen físico no son muy sensibles para obtener un diagnóstico, pero ayudan al personal de servicios de salud a distinguir un embarazo normal de otras enfermedades concomitantes.

### Síntomas del embarazo.

- Ausencia de menstruación (amenorrea)
  - Se debe sospechar embarazo siempre que una persona en edad fértil tenga un retraso o nuevas irregularidades en la menstruación si ha estado sexualmente activa (incluso si utiliza anticonceptivos).
  - Un sangrado irregular o doloroso puede ser un signo de embarazo ectópico o aborto espontáneo.
    - Náuseas (con o sin vómitos) y cambios en las ganas de comer.
    - Fatiga persistente.
    - Dolor a la palpación en los pechos o aumento de su tamaño.
    - Aumento en la frecuencia urinaria.
    - Percepción de movimientos fetales (como signo tardío, entre las semanas 16 y 20 de gestación).

### Signos de embarazo

- A las 6 semanas de gestación comienza a notarse el útero blando, redondeado y de mayor tamaño.
- El signo de Hegar se manifiesta aproximadamente a las 6 semanas de gestación. El istmo entre el cuello uterino y el cuerpo del útero se nota más blando y depresible durante el examen pélvico bimanual.
- Las pulsaciones uterinas pueden ser un signo útil de embarazo a menos de 6 semanas.
- El útero de mayor tamaño puede palparse por encima de la sínfisis púbica después de 12 semanas.
- Los tonos cardíacos fetales se detectan con un estetoscopio a principio de las 18–20 semanas.
- Los movimientos fetales pueden apreciarse en el examen al principio de las 18–20 semanas.

Si no se tiene total certidumbre, el próximo paso es confirmar el embarazo mediante examen clínico con métodos de laboratorio o ecografía (consultar el [capítulo 4: Anticoncepción, recuadro 3](#)).



## Apéndice 3: Plan de parto y emergencia

Un plan de parto y emergencia es un documento donde se recogen las preferencias de la persona embarazada y sus planes para el trabajo de parto y el alumbramiento, incluido qué hacer en posibles situaciones de emergencia.

En la primera consulta prenatal, el personal de salud debe iniciar una conversación con la persona usuaria utilizando la información que se indica más abajo, como base para elaborar un plan detallado de parto y emergencia. La persona proveedora debe ayudar a la persona usuaria a revisar su plan de parto y emergencia en cada contacto posterior para desarrollarlo y ajustarlo, teniendo en cuenta los cambios en los factores de riesgo para la persona embarazada o el feto, o los cambios en los deseos de esa persona.

### Explicar por qué se recomienda el parto en un centro de salud

- Durante el parto puede surgir cualquier complicación: no es algo que solamente les ocurra a las personas con factores de riesgo y suele ser impredecible.
- Un centro de salud dispone del personal, el equipamiento, los suministros y los medicamentos necesarios para ofrecer la mejor atención, además de contar con un sistema de referencia.
- Las personas que viven con VIH necesitarán tratamiento antirretroviral apropiado para ellas y para el bebé durante el parto.
- Las complicaciones suelen ser más habituales en personas embarazadas que viven con VIH y sus bebés. Estos partos deberían realizarse en un centro.

### Revisar y aconsejar sobre las disposiciones para el parto y los preparativos en caso de emergencia

- ¿Cómo llegará la persona al centro de salud?
- ¿Tiene que pagar por el transporte o por dar a luz en el centro de salud? De ser así, ¿cuánto dinero?
- ¿Cómo lo pagará? (p. ej. ¿tiene que empezar a ahorrar para ello?)
- ¿Quién será su acompañante o le ofrecerá ayuda durante el trabajo de parto y el alumbramiento?
- ¿Quién ayudará a cuidar de su casa y menores a cargo durante su ausencia?

### Aconsejar cuándo debe ir al centro de salud

- Las personas que vivan cerca del centro de salud deben acudir en cuanto tengan los primeros signos de parto o si presentan algún signo de peligro (ver más abajo).
- Las personas que vivan lejos del centro de salud deben ir 2–3 semanas antes de la fecha probable de parto y quedarse en la sala de espera de maternidad, si la hay, o con familiares o amigos cerca del centro de salud.

### Aconsejar qué necesita llevar al centro

- Historial materno del hogar.
- Paños, toallas o mantas limpias para lavar, secar y envolver al bebé.
- Toallas higiénicas, si dispone de ellas, o paños limpios adicionales para usar como toallas higiénicas después del parto.
- Pañales de tela o desechables de tamaño adecuado para un recién nacido.
- Ropas para ella misma y para el bebé, que incluya un gorro y calcetines para el bebé.
- Comida y agua para ella y la persona que les ayuda.

### Aconsejar sobre los signos de parto

*Aconsejar que vaya al centro o se ponga en contacto con el personal calificado en partos si experimentan alguno de los siguientes signos:*

- un flujo sanguinolento y pegajoso
- contracciones dolorosas cada 20 minutos o menos
- si rompe la fuente



### **Aconsejar sobre los signos de peligro**

*Aconsejar que acuda al centro de salud **inmediatamente** si experimenta alguno de los siguientes signos:*

- hemorragia vaginal
- convulsiones
- cefalea grave con visión borrosa
- fiebre o demasiada debilidad para salir de la cama
- dolor abdominal intenso
- disnea o respiración acelerada

*Aconsejar que acuda al centro de salud **en cuanto sea posible** si experimenta alguno de los siguientes signos:*

- fiebre
- dolor abdominal
- malestar
- inflamación de los dedos, la cara o las piernas

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Tercera edición. Ginebra: OMS; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. Consultado el 19 de noviembre de 2019.



## Apéndice 4: Triage para la atención prenatal, durante el parto y posnatal

El personal de servicios de salud responsable de la recepción inicial de las embarazadas y sus bebés debe ser competente para realizar un triaje y comenzar reanimación si fuera necesario.

El centro de salud debe disponer de una política clara sobre:

- cuándo referir; y
- el procedimiento de referencia, que incluya:
  - un acuerdo con centros de salud adecuados para referencia a un nivel más alto de atención;
  - disposiciones de transporte que incluya quién debería acompañar a la persona;
  - copias de las notas o la ficha de paciente;
  - seguimiento de las personas referidas para recibir atención en otros centros.

### Principios claves

- Evaluar el estado general de todas las personas embarazadas, en trabajo de parto o posparto que lleguen al centro (ver información detallada más adelante).
- Si la persona embarazada no puede hablar porque se encuentra demasiado mal, pedir a quien la acompaña que describa su estado y sus necesidades y consultar la historia clínica.
- Repetir la evaluación periódicamente hasta que se solucionen los problemas médicos.

### Evaluación clínica

*Antecedentes:* ¿Por qué has venido? ¿Es por ti o por el bebé? ¿Cuál es el problema? ¿Qué edad tiene el bebé?

*Examen:*

- Evaluar el estado general de la persona
- Evaluar el estado del bebé
- Observar los signos vitales: tomar la temperatura y la tensión arterial

Qué hacer	
Persona adulta embarazada o puérpera	Recién nacido
<p><b>TRATAR COMO EMERGENCIA SI PRESENTA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pérdida de consciencia (incapacidad para hablar)</li> <li>• hemorragia vaginal</li> <li>• convulsiones</li> <li>• dolor abdominal intenso</li> <li>• fiebre</li> <li>• cefalea y trastornos visuales</li> <li>• disnea grave</li> <li>• vómitos graves</li> </ul>	<p><b>TRATAR COMO EMERGENCIA SI PRESENTA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tamaño muy pequeño</li> <li>• convulsiones</li> <li>• disnea</li> <li>• hipotonía intensa</li> <li>• hipotermia (moderada &lt;36 °C; grave &lt;32 °C)</li> <li>• acaba de nacer</li> <li>• otra preocupación materna</li> </ul>
<p><b>ACCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir ayuda.</li> <li>• Trasladar inmediatamente a la sala de tratamiento para examen y tratamiento completos.</li> <li>• Asegurarse de que la persona o su acompañante tienen toda la información.</li> <li>• Trasladar a la sala de partos para evaluar si está de parto o el nacimiento es inminente.</li> </ul>	<p><b>ACCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir al progenitor que permanezcan con el bebé.</li> <li>• Trasladar el bebé a la sala de tratamiento para prestarle atención inmediata al recién nacido.</li> </ul>
<p><b>TRATAR COMO CASO NORMAL SI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• no hubiera signos de peligro</li> </ul>	<p><b>TRATAR COMO CASO NORMAL SI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• no hubiera signos de peligro ni quejas de la madre</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Tercera edición. Ginebra: OMS; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. Consultado el 26 de noviembre de 2019.





## Apéndice 5: Evaluación inicial de una persona que se presenta de posible parto o con ruptura de membranas

<p><b>Antecedentes: Preguntar a la persona</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Has tenido contracciones? De ser así, ¿cómo de fuertes? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuánto han durado? ¿Cuándo comenzaron?</li> <li>• ¿Has roto la fuente (ruptura de membranas antes del trabajo de parto)? Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ¿Eran transparentes o verdosas? (Consultar el <a href="#">apartado 3.2.1</a> sobre RMATP a término.)</li> <li>• ¿Has tenido algún sangrado? Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ¿Cuánto?</li> <li>• ¿Se mueve el bebé?</li> <li>• ¿Te preocupa algo más?</li> </ul>
<p><b>Consultar la historia clínica (o preguntar a la persona o su acompañante)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según la fecha de parto estimada, calcular las semanas de gestación actuales para ver si es prematuro (&lt;37 semanas) (si es prematuro, consultar el <a href="#">apartado 4.4</a>).</li> <li>• Revisar el plan de parto.</li> <li>• Si hubo embarazos anteriores: ¿Cuántos embarazos/partos anteriores? ¿Algún parto anterior por cesárea, con fórceps o por vacío, u otras complicaciones como hemorragia posparto? ¿Algún desgarro previo de tercer o cuarto grado?</li> <li>• Embarazo actual: resultado de la prueba rápida de reagina en plasma, hemoglobina, estado de vacunación antitetánica, diagnóstico de VIH.</li> <li>• Plan de alimentación del bebé.</li> <li>• Todos los medicamentos actuales.</li> </ul>
<p><b>Examen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar la respuesta a las contracciones: ¿Lo lleva bien o muestra angustia? ¿Está empujando o gruñendo?</li> <li>• Comprobar el abdomen para ver si hay cicatriz de parto por cesárea o un borde horizontal a través de la parte inferior del abdomen; esto podría ser un signo de parto obstruido (si estuviera presente, vaciar la vejiga y volver a observar).</li> <li>• Palpar el abdomen para comprobar la frecuencia y la duración de las contracciones: ¿Hay alguna contracción continua? ¿Es la situación fetal longitudinal o transversal? ¿Es la presentación fetal cefálica, podálica o de otro tipo?</li> <li>• Si no hay ecografía de este embarazo, comprobar si hay &gt;1 feto (3 polos fetales a la palpación) y movimiento fetal.</li> <li>• Escuchar los latidos fetales con Pinard o Doppler: contar el número de latidos por 1 minuto; si &lt;100 o &gt;180 latidos/minuto, girar a la persona hacia su lado izquierdo y volver a contar.</li> <li>• Tomar la tensión arterial.</li> <li>• Tomar la temperatura.</li> <li>• Comprobar si presenta palidez.</li> <li>• Comprobar si los ojos están hundidos, la boca seca.</li> <li>• Pellizcar la piel del antebrazo: ¿vuelve a su sitio rápidamente?</li> </ul>
<p><b>Signos de alarma a los que se debe prestar atención durante el ingreso y el parto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado.</li> <li>• Dolor abdominal intenso.</li> <li>• Cefalea grave o trastornos visuales.</li> <li>• Disnea.</li> <li>• Fiebre o escalofríos.</li> <li>• Dificultad para vaciar la vejiga.</li> <li>• Dolor epigástrico.</li> </ul>

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Tercera edición. Ginebra: OMS; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. Consultado el 25 de abril de 2022.



## Apéndice 6: Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia graves

### 1: Administrar una dosis combinada (dosis de carga) de sulfato de magnesio por vía intravenosa (IV) + intramuscular (IM) (consultar la *tabla 1*)

- Introducir la línea IV y:
  - administrar los líquidos lentamente (solución salina normal o lactado de Ringer): 1 litro durante 6–8 horas (3 ml/minuto),
  - administrar 4 g de sulfato de magnesio (20 ml de solución al 20 por ciento) lentamente durante 20 minutos;

#### Y

- Administrar inyección por vía IM:
  - 10 mg de sulfato de magnesio: 5 g (10 ml de solución al 50 por ciento) por vía IM profunda en el cuadrante superior externo de cada nalga con 1 ml de lidocaína al 2 por ciento en la misma jeringa.

Si no se puede administrar por vía IV, administrar solamente la dosis por vía IM como anteriormente se indica.

Además:

- Ayudar a la persona a ponerse sobre su lado izquierdo y protegerla de caídas y lesiones.
- Colocar unas almohadillas para la lengua entre los dientes de la persona para evitar que se muerda y sujételas para evitar que se aspiren (NO tratar de hacer esto durante una convulsión):

Se debe iniciar la administración de antihipertensores si la tensión arterial sistólica es de 160 mm Hg o más alta o la tensión arterial diastólica es de 100 mm Hg o más alta (consultar la *tabla 2* – página siguiente). Es importante mantener la tensión arterial por encima de los límites más bajos del intervalo normal. Aunque la vía intravenosa se prefiere para el tratamiento agudo de la hipertensión grave, si no se dispone de ella o no es posible hacerlo, se puede administrar tratamiento por vía oral.

**TABLA 1: Formulaciones de sulfato de magnesio**

		Solución al 50 por ciento	Solución al 20 por ciento
Vía	Dosis	Vial que contiene 5 g en 10 ml (1 g/2 ml)	Para hacer 10 ml de una solución al 20 por ciento, añadir 4 ml de solución al 50 por ciento en 6 ml de agua estéril
IM	5 g	10 ml + 1 ml de lidocaína al 2 por ciento en la misma jeringa	No aplicable
IV	4 g	8 ml	20 ml
IV	2 g	4 ml	10 ml



TABLA 2: Opciones de medicamentos antihipertensores y dosis para el tratamiento agudo de la hipertensión grave

Opción de antihipertensor	Dosis
<b>Hidralazina</b>	Tratamiento por vía intravenosa: <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrar 5 mg por vía IV, lentamente.</li><li>• Repetir cada 5 minutos hasta que se alcance el objetivo de tensión arterial.</li><li>• Repetir cada hora según sea necesario o administrar 12,5 mg por vía IM cada 2 horas, según se necesite.</li><li>• La dosis máxima es de 20 mg cada 24 horas.</li></ul>
<b>Labetalol</b>	Tratamiento por vía oral: <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrar 200 mg.</li><li>• Repetir la dosis después de 1 hora hasta que se alcance el objetivo terapéutico.</li><li>• La dosis máxima es de 1200 mg cada 24 horas.</li></ul> Tratamiento por vía intravenosa: <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrar 10 mg por vía IV.</li><li>• Si la respuesta no es adecuada después de 10 minutos, administrar 20 mg por vía IV.</li><li>• La dosis puede duplicarse a 40 mg y después a 80 mg con intervalos de 10 minutos entre cada incremento de dosis hasta que la tensión arterial se reduzca por debajo del umbral.</li><li>• La dosis máxima es de 300 mg; después pasar a tratamiento por vía oral.</li></ul> <p>Nota: No se debe administrar labetalol a personas con insuficiencia cardíaca congestiva, shock hipovolémico o predisposición a los broncoespasmos (asma).</p>
<b>Comprimido de liberación inmediata de nifedipino</b>	Tratamiento por vía oral: <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrar 5–10 mg por vía oral</li><li>• Repetir la dosis después de 30 minutos si la respuesta no es adecuada hasta que se alcance una presión arterial óptima</li><li>• La dosis máxima total es de 30 mg en el contexto del tratamiento agudo, deben plantearse otras opciones si la tensión arterial no desciende a los 90 minutos de recibir los 30 mg</li></ul>
<b>Alfametildopa</b>	Tratamiento por vía oral: <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrar 750 mg por vía oral.</li><li>• Repetir la dosis después de 3 horas hasta que se alcance el objetivo terapéutico.</li><li>• La dosis máxima es de 3 g cada 24 horas.</li></ul>

## 2: Si se repiten las convulsiones

- Después de 15 minutos del tratamiento, administrar 2 g adicionales de sulfato de magnesio por vía IV (10 ml de solución al 20 por ciento) lentamente durante 20 minutos (una inyección rápida podría causar insuficiencia respiratoria o la muerte).
- Si las convulsiones continúan, administrar diazepam.\*

### *Dosis de carga por vía IV:*

- Administrar 10 mg de diazepam por vía IV, lentamente durante 2 minutos.
- Si las convulsiones continúan, repetir una dosis de 10 mg.

\* Se aconseja administrar diazepam si las convulsiones ocurren al principio del embarazo o si se produce intoxicación por sulfato de magnesio o no se dispone de sulfato de magnesio.



*Dosis de mantenimiento:*

- Administrar 40 mg de diazepam en 500 ml de líquidos por vía IV (solución salina normal o lactado de Ringer), ajustado durante 6–8 horas para mantener a la persona sedada pero con posibilidad de despertarla.
- Interrumpir la dosis de mantenimiento si la respiración es inferior a 16 respiraciones por minuto.
- Ventilación asistida, si fuera necesario, con ambú y mascarilla.
- No administrar más de 100 mg en 24 horas.

**3: Si no es posible referir, o si esto se retrasa, o si la persona sigue de parto, continuar el tratamiento**

- Administrar 5 g de sulfato de magnesio por vía IM (10 ml de solución al 50 por ciento) con 1 ml de lidocaína al 2 por ciento en la misma jeringa cada 4 horas alternando las nalgas hasta 24 horas después del parto o después de la última convulsión (lo que más tarde ocurra).
- Supervisar la salida de orina: recoger la orina; medir y registrar la cantidad.
- Antes de administrar cada una de las dosis siguientes de sulfato de magnesio, asegurarse de lo siguiente:
  - Presencia de reflejo rotuliano.
  - La salida de orina es superior a 100 ml/4 horas.
  - La frecuencia respiratoria es superior a las 16 respiraciones/minuto.
- NO administrar la dosis siguiente si existe algún signo de intoxicación por magnesio:
  - Ausencia de reflejo rotuliano
  - Salida de orina inferior a 100 ml/4 horas
  - Frecuencia respiratoria inferior a las 16 respiraciones/minuto
- Si presenta signos de intoxicación por magnesio, administrar 1 g de gluconato de calcio por vía IV (10 ml de solución al 10 por ciento) durante 10 minutos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Tercera edición. Ginebra: OMS; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. Consultado el 26 de noviembre de 2019. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. Segunda edición. Ginebra: OMS; 2017. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51987>. Consultado el 26 de noviembre de 2019.



## Apéndice 7: Reanimación básica de recién nacidos

Es posible que algunos bebés necesiten ayuda para establecer una respiración normal al nacer. La mayoría de esos bebés solamente necesitan ayuda con la transición perinatal al entorno extrauterino en lugar de reanimación.

Los bebés nacidos a menos de 37 semanas de gestación tienen una mayor probabilidad de necesitar reanimación, especialmente si la persona tiene una infección o se trata de un embarazo múltiple (dos o más bebés), y el bebé tiene algún signo durante el parto de frecuencia cardíaca fetal anormal o presencia de meconio.

### ¿Qué es normal y qué es anormal?

- Un bebé normal puede nacer con una coloración azulada, pero tener buen tono muscular, llorará a los pocos segundos de nacer y presentará una buena frecuencia cardíaca a los pocos minutos de nacer (la frecuencia cardíaca de un recién nacido sano es de unos 120–150 latidos por minuto).
- Un bebé menos sano tendrá color azul al nacer, tendrá un peor tono muscular, puede tener una frecuencia cardíaca lenta (menos de 100 latidos por minuto) y es posible que no establezca una respiración adecuada entre 90 y 120 segundos después de nacer.
- Un bebé que se encuentra mal nacerá pálido y con flacidez, no respirará y tendrá una frecuencia cardíaca lenta, muy lenta o no detectable.

### Principios claves

- **Prepárese:** Sea consciente de que se puede necesitar reanimación (pedir ayuda por adelantado si fuera necesario) si se ha producido algún episodio o ha surgido alguna inquietud en el período prenatal o durante el parto, o si hay alguna inquietud sobre el estado del feto.
- **Retrase el corte del cordón umbilical:** El cordón no debe cortarse antes de que pase 1 minuto desde el nacimiento (se prefieren 3 minutos) para aumentar el tiempo de transición al entorno extrauterino de los bebés tanto nacidos a término como prematuros sin complicaciones.
- **Mantenga al bebé bien abrigado:** Mantener al bebé a una temperatura de entre 36,6 °C y 37,5 °C y estimular la respiración secándolo bien y quitando las toallas que estén mojadas.

- **Frote la espalda del bebé y utilice ventilación con presión positiva:** Los bebés recién nacidos que no respiren espontáneamente después de secarlos bien deben estimularse frotándoles la espalda 2–3 veces antes de cortar el cordón umbilical e iniciar la ventilación con presión positiva.
- **Evaluación:** Evaluar la respiración, la frecuencia cardíaca (con un estetoscopio) y el tono muscular.

### Qué hacer con los recién nacidos que no comienzan a respirar, a pesar de secarlos bien y aplicar estimulación adicional.

- La ventilación con presión positiva debe iniciarse a 1 minuto de nacer después de despejar las vías respiratorias con cinco insuflaciones.
- Esto no debe retrasarse, pero si el bebé muestra flacidez y nació a través de meconio espeso, es razonable inspeccionar primero la orofaringe con rapidez para extraer cualquier posible obstrucción.
- La ventilación con presión positiva debe iniciarse con aire usando un ambú autoinflable y mascarilla (no tubos nasales).
- Se debe evaluar si la ventilación con presión positiva es suficiente midiendo la frecuencia cardíaca después de 60 segundos de ventilación con movimientos visibles en el tórax.
- Si el recién nacido no comienza a respirar al minuto de haber nacido, dé prioridad a ofrecer una ventilación adecuada en lugar del masaje cardíaco.
- Vuelva a evaluar la frecuencia cardíaca cada 30 segundos.
- Si no aumenta la frecuencia cardíaca, busque movimientos del tórax:
  - Si el tórax no se mueve, volver a comprobar la posición de la cabeza, plantéese la necesidad de obtener ayuda para mantener las vías respiratorias despejadas y repita las insuflaciones.
  - Si el tórax se mueve, pero no se detecta frecuencia cardíaca, o esta es muy lenta (<60 latidos por minuto), ventile durante 30 segundos.
  - Vuelva a evaluar la frecuencia cardíaca. Si sigue siendo <60 latidos por minutos, comience masaje cardíaco con insuflaciones usando un ritmo 3:1.



### Cuándo interrumpir la reanimación

- La reanimación debe interrumpirse con los recién nacidos que no tengan frecuencia cardíaca detectable después de 10 minutos de ventilación efectiva.
- La reanimación debe interrumpirse con los recién nacidos que sigan teniendo una frecuencia cardíaca inferior a los 60 latidos por minuto y no presenten respiración espontánea después de 20 minutos de reanimación.
- La intubación traqueal no debe ser un procedimiento de rutina en presencia de meconio y solamente debe realizarse en casos de sospecha de obstrucción traqueal.

**Nota:** Si estuviera disponible, se puede utilizar presión positiva nasal continua de las vías respiratorias (CPAP) en lugar de la intubación sistemática para ofrecer el apoyo respiratorio inicial a la respiración espontánea de todos los bebés prematuros con disnea.

### Recomendaciones sobre el uso de succión

El personal de servicios de salud debe utilizar una pera de goma (de un solo uso o fácil de limpiar) en lugar de un extractor de mucosidad con contenedor para generar succión mediante aspiración si no se dispone de equipo mecánico para generar la presión negativa necesaria para succionar.

Sí	No:	No recomendado
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar succión traqueal antes de iniciar la ventilación con presión positiva en neonatos que hayan nacido a través de líquido amniótico manchado con meconio que no comiencen a respirar por sí mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Succionar la boca y la nariz de los neonatos nacidos a través de líquido amniótico transparente que comiencen a respirar por sí mismos después de nacer.</li> <li>• Succionar la boca y la nariz de forma sistemática antes de iniciar ventilación con presión positiva en neonatos nacidos a través de líquido amniótico que no comiencen a respirar después de un secado completo y masaje en la espalda 2–3 veces (la succión solamente debe hacerse si la boca o la nariz están llenas de secreciones).</li> <li>• Realizar succión traqueal en neonatos que hayan nacido a través de líquido amniótico manchado con meconio que comiencen a respirar por sí mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar succión durante el parto de la boca y la nariz al aparecer la cabeza en presencia de líquido amniótico manchado de meconio.</li> <li>• Realizar succión de la boca y la nariz de los neonatos que hayan nacido a través de líquido amniótico manchado con meconio que comiencen a respirar por sí mismos.</li> </ul>

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guidelines on Basic Newborn Resuscitation. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf). Consultado el 5 de junio de 2020. Fawke J, Wyllie J, Madar J, et al. Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth Guidelines. Resuscitation Council UK. Mayo de 2021. Disponible en: <https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines/newborn-resuscitation-and-support-transition-infants-birth>. Consultado el 27 de abril de 2022.

# Capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género

## índice

<b>1. Introducción</b>	<b>369</b>
1.1 Definición de los términos	369
1.2 Causas de la violencia sexual y basada en el género	370
1.3 Riesgos y vulnerabilidades para la violencia sexual y basada en el género	370
1.4 Formas de violencia sexual y basada en el género	370
<b>2. Principios rectores, conocimientos y aptitudes del personal de servicios de salud</b>	<b>372</b>
2.1 Principios rectores	372
2.2 Conocimientos del personal de servicios de salud	372
2.3 Aptitudes y competencias del personal de servicios de salud	373
<b>3. Atención a personas usuarias en riesgo de experimentar o que están experimentando violencia sexual y basada en el género</b>	<b>374</b>
3.1 Identificación de personas usuarias en riesgo de experimentar o que están experimentando violencia sexual y basada en el género	374
3.2 Apoyo de primera línea	375
3.3 Evaluación de la seguridad	378
3.4 Referencia a otros servicios	378
3.5 Atención y manejo de casos de violencia sexual y violaciones	379
3.6 Documentación y elaboración de informes	380



<b>4. Mutilación genital femenina</b>	<b>380</b>
4.1 Conocimientos y aptitudes del personal de servicios de salud en relación con la mutilación genital femenina	380
4.2 Detección y clasificación de mutilación genital femenina	381
4.3 Secuelas de la mutilación genital femenina	381
4.4 Información, consejería y referencia para personas usuarias con mutilación genital femenina	382
4.5 Desinfibulación para mutilación genital femenina de tipo III	382
<b>5. Referencias</b>	<b>383</b>
5.1 Recursos	384
<b>6. Apéndices</b>	<b>386</b>
Apéndice 1: Ejemplo de una vía de referencia para casos de violencia sexual y basada en el género	386
Apéndice 2: Diagrama de flujo de la atención a personas usuarias que experimentan violencia infligida por una pareja íntima	387
Apéndice 3: Diagrama de flujo de atención inicial tras una agresión	388





## 1. Introducción

La violencia sexual y basada en el género es un importante problema de salud pública, un problema de salud clínica y una violación de los derechos humanos. Tiene su origen en las desigualdades de género y, además, las perpetúa. A nivel mundial, la magnitud del problema es enorme: aproximadamente una de cada tres mujeres se ven afectadas por violencia sexual y basada en el género. Dicha violencia ocasiona o puede dar como resultado daños físicos, sexuales y/o psicológicos que causan sufrimiento y mala salud.

Los objetivos de este capítulo son ofrecer información sobre la definición y el diagnóstico de violencia sexual y basada en el género, así como recomendaciones basadas en la evidencia para la atención y el tratamiento de quienes la sufren.

### 1.1 Definición de los términos

- *Violencia sexual y basada en el género*: se refiere a todo acto nocivo perpetrado contra la voluntad de una persona con base en normas de género y relaciones de poder desiguales [1].
- *Violencia basada en el género*: es un término general que engloba todo acto nocivo perpetrado contra la voluntad de una persona con base en diferencias de género entre mujeres y hombres adscritas por la sociedad. Incluye actos que causan un daño o sufrimiento físico, sexual y/o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coerción y otras privaciones de libertad. Dichos actos pueden llevarse a cabo en público o en privado [2].
- *Violencia contra las mujeres*: Las Naciones Unidas define la violencia contra las mujeres como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y/o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada» [3]. Aproximadamente, en algún momento de su vida, una de cada tres (30 por ciento) mujeres en todo el mundo ha sido objeto de violencia física o sexual infligida por una pareja (violencia de pareja; consultar el [apartado 1.4](#)) o de violencia sexual infligida por una persona que no es su pareja [3]. No obstante, es importante enfatizar que la violencia contra las mujeres incluye no solo la violencia física y sexual, sino también los comportamientos de control, maltrato emocional y psicológico, las amenazas verbales y la humillación pública.

#### Acrónimos

IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	infección de transmisión sexual
MGF	mutilación genital femenina
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) prefiere el término «violencia sexual y basada en el género» en vez de «violencia basada en el género», «violencia de género» o «violencia contra las mujeres» porque enfatiza el aspecto de la violencia sexual. Otras organizaciones prefieren usar violencia sexual y basada en el género, violencia basada en el género o violencia contra las mujeres dependiendo de sus objetivos y actividades, pero violencia sexual y basada en el género y violencia basada en el género pueden utilizarse indistintamente, del mismo modo que violencia contra las mujeres, al hablar de mujeres sobrevivientes.

La violencia sexual y basada en el género es una violación de los derechos humanos que se relaciona con fallecimientos, lesiones y una gran variedad de problemas de salud sexual y física, así como con consecuencias socioeconómicas. La violencia sexual y basada en el género se manifiesta de muchas formas, incluida la violencia sexual, la violencia de pareja y la coerción reproductiva, y puede ser infligida por cualquier persona, ya sea una persona conocida o desconocida, familiares, compañeros de trabajo o parejas íntimas. La violencia sexual y basada en el género es un término que incluye la violencia perpetrada contra quienes se identifican como mujeres y niñas, hombres y niños (incluidos hombres y niños transgénero), así como contra personas no binarias que no se ajustan a los roles o identidades de género predominantes. Normalmente, los autores de violencia contra la mujer son parejas o exparejas íntimas masculinas. En cambio, para los hombres es más probable experimentar violencia perpetrada por personas extrañas o conocidos que por una persona cercana a ellos.

La violencia sexual y basada en el género puede afectar a cualquier persona, pero las mujeres y niñas la sufren de forma desproporcionadamente más alta y las consecuencias en el área de la salud son más graves y duraderas, entre ellas figuran un riesgo mayor de adquirir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no planificados, trastornos ginecológicos, complicaciones obstétricas, depresión, ansiedad y un menor uso de anticonceptivos.



En este capítulo se emplean los términos «sobreviviente (de violencia sexual y basada en el género)» para hacer referencia a personas que han experimentado alguna forma de violencia sexual y basada en el género, de conformidad con las prácticas mundiales, y «personas usuarias que han experimentado violencia sexual y basada en el género» para hacer referencia a personas que están recibiendo servicios de derechos y salud sexual y reproductiva. No obstante, el término «correcto» que debe usarse al hablar directamente con alguien es el que la persona prefiera. Algunas personas utilizan «víctima» para referirse a sí mismas y su experiencia, mientras que otras pueden preferir el término «sobreviviente» y otras quizás prefieran no utilizar ninguno de esos dos términos. El personal de servicios de salud debe prestar atención al lenguaje usado por las personas usuarias y reproducirlo del modo apropiado.

## 1.2 Causas de la violencia sexual y basada en el género

Las causas de la violencia sexual y basada en el género son el abuso de poder, las desigualdades de género, la discriminación y normas sociales perjudiciales.

En situaciones de emergencia, como conflictos, catástrofes naturales o brotes de enfermedades infecciosas, como la enfermedad del coronavirus (COVID-19), aumenta el riesgo de violencia, explotación y maltrato, en particular para las mujeres y niñas, dado que los sistemas nacionales y las redes de apoyo social y comunitario pueden debilitarse y las desigualdades de género se exacerban [4]. La ruptura de estas redes incrementa los riesgos de violencia sexual y basada en el género para las mujeres, niñas y grupos en riesgo, dado que los mecanismos de protección se debilitan. En el [capítulo 11: Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios](#) se ofrece más información sobre la prestación de servicios de salud de violencia sexual y basada en el género en situaciones de emergencia.

## 1.3 Riesgos y vulnerabilidades para la violencia sexual y basada en el género

Cualquier persona puede sufrir violencia sexual y basada en el género y esto subraya cuestiones de interseccionalidad. La interseccionalidad es un marco para comprender que las personas experimentan la intersección de diferentes formas de opresión, discriminación y marginación con base en sus identidades coexistentes (p. ej. discriminación con base tanto en el género como en el origen étnico) [4]. Las personas tienen múltiples facetas y diferentes experiencias, antecedentes, identidades y características

que son complejas y se entrelazan, lo cual puede aumentar sus riesgos y vulnerabilidades en relación con la violencia sexual y basada en el género.

No todas las personas experimentarán estas desigualdades del mismo modo. No obstante, estas desigualdades tienen consecuencias profundas en las experiencias de violencia sexual y basada en el género a las que se enfrentan las personas sobrevivientes [4].

Además de las mujeres y niñas, estos son algunos de los otros grupos que tienen un riesgo mayor de experimentar violencia sexual y basada en el género:

- personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales, no binarias y de género fluido;
- personas con discapacidad;
- adolescentes e infancias;
- personas que viven con el VIH;
- personas ancianas;
- mujeres e infancias que son cabeza de familia;
- mujeres y niñas embarazadas a causa de una violación o con hijas/os/es que son fruto de una violación;
- personas indígenas y minorías étnicas y religiosas;
- infancias separadas de sus progenitores o no acompañadas, que incluye huérfanas y aquellas vinculadas a fuerzas o grupos armados;
- personas migrantes, refugiadas, solicitantes de asilo o desplazadas internamente;
- personas sin domicilio fijo;
- personas involucradas en trabajo sexual forzado o ejercido bajo coerción, incluidas víctimas de explotación sexual infantil;
- personas de cualquier edad en centros de detención. [5]

## 1.4 Formas de violencia sexual y basada en el género

La violencia sexual y basada en el género incluye todo acto violento físico, emocional y/o psicológico y sexual, o todo acto de privación de oportunidades y de acceso a recursos. Entre las formas de violencia sexual y basada en el género se incluyen:

- *Violencia de pareja*: se refiere al «comportamiento de una pareja o expareja íntima que causa daño físico, sexual o psicológico, incluida la agresión física, la coerción



- sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control» [3]. En efecto, la violencia sexual y basada en el género normalmente la inflige una pareja o expareja. En todo el mundo, casi una tercera parte de las mujeres (27 por ciento) de entre 15 y 49 años de edad que han estado en una relación dicen haber experimentado alguna forma de violencia de pareja en algún momento de su vida [3].
- *Coerción reproductiva*: es una forma de violencia infligida por una o varias personas para ejercer poder y control sobre la salud y las opciones reproductivas de otra persona; en la mayoría de los casos la ejercen los hombres contra las mujeres. Algunas formas de coerción reproductiva son la coerción de embarazo (presión para embarazarse), sabotaje de anticoncepción (interferir directamente en la anticoncepción) y control sobre los productos de un embarazo (forzar a la persona embarazada a abortar o a continuar con un embarazo que no desean) [6,7].
  - *Violencia homofóbica y transfóbica*: se refiere a ataques a personas por la percepción que se tiene de su orientación sexual o identidad de género. Este tipo de violencia —que puede adoptar diversas formas— a menudo está motivada por el deseo de castigar o de «curar» a quienes desafían las normas de género tradicionales.
  - *Violencia psicológica o emocional*: se refiere a infligir dolor o traumas psicológicos o emocionales; por ejemplo, mediante amenazas de violencia física o sexual, conductas de control, maltrato verbal, intimidación, humillación, aislamiento forzado, acoso, abuso, difamación y explotación. El maltrato psicológico puede incluir la coerción reproductiva (definida arriba). Otro ejemplo es la violencia sexual y basada en el género facilitada por la tecnología, que se da cuando se utiliza Internet o una tecnología móvil para perjudicar a otras personas por su sexo, orientación sexual o identidad de género.
  - *Violencia socioeconómica o desatención*: es la privación deliberada de oportunidades y recursos que una persona necesita para ejercer sus derechos humanos motivada por perspectivas en relación con el sexo, la identidad de género o la orientación sexual; algunos ejemplos son la privación de alimentos, de educación o de oportunidades para trabajar o del derecho a la propiedad; limitar el acceso a dinero, servicios de salud o servicios sociales.
  - *Violencia física*: es un acto de agresión física que involucra el uso deliberado —o la amenaza— de la fuerza física o de un arma para hacer daño o herir a una persona (p. ej. con golpes, bofetadas, estrangulamiento, quemaduras o cortes).
  - *Violencia sexual* (o maltrato sexual): es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coerción o manipulación por parte de otra persona, independientemente de la relación con la persona sobreviviente, en cualquier ámbito. La violación, la agresión sexual y la explotación sexual son formas de violencia sexual.
  - *Esclavitud sexual*: es una forma de esclavitud y violencia sexual que incluye limitar la autonomía de una persona, su libertad de movimientos y su poder de decidir asuntos relacionados con su actividad sexual. Los matrimonios forzados, la servidumbre doméstica y la trata de personas para el trabajo sexual a menudo se relacionan con la esclavitud sexual.
  - *Abuso sexual infantil*: es un tipo de violencia sexual que involucra a infancias o adolescentes en actividades sexuales que no comprenden plenamente, para las que no han dado su consentimiento informado o no han podido darlo, o para las que dichas infancias o adolescentes no tienen el desarrollo suficiente y para las que no pueden otorgar su consentimiento, o que infringen las leyes o las normas sociales.
  - *Prácticas tradicionales nocivas*: son formas aceptadas de violencia en una cultura o sociedad específica que se han llevado a cabo a lo largo del tiempo, principalmente contra mujeres y niñas, en nombre de la tradición. Algunas de estas prácticas son los matrimonios forzados, los asesinatos de «honor» y la mutilación genital femenina (MGF).
  - *Mutilación genital femenina (MGF)*: es un término que abarca «todos los procedimientos relacionados con la eliminación parcial o total de los genitales externos o con lesiones a otros órganos genitales femeninos con fines que no son médicos» [8]. Esta práctica es habitual en 30 países de África y en algunos lugares de Oriente Medio y Asia. También se da en comunidades originarias de esos países que viven en otros.



## 2. Principios rectores, conocimientos y aptitudes del personal de servicios de salud

### 2.1 Principios rectores

La IPPF reconoce que violencia sexual y basada en el género es una barrera importante para el pleno acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y que perjudica tanto a la salud general como a la salud sexual y reproductiva de las personas sobrevivientes. La IPPF promueve un enfoque basado en los derechos humanos, centrado en la persona y en «no causar daño» para la prestación de servicios de salud y de apoyo a todas las personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género.

#### 2.1.1 Enfoque centrado en la persona sobreviviente

Al trabajar con personas usuarias que han experimentado violencia sexual y basada en el género, tanto el personal clínico como el no clínico debe adoptar un enfoque centrado en la persona sobreviviente e implementar los principios rectores de seguridad, confidencialidad, respeto y no discriminación al abordar la violencia sexual y basada en el género. Un enfoque centrado en las personas sobrevivientes da lugar a un entorno de apoyo en el que se respetan sus deseos y derechos, se garantiza su seguridad y se las trata con dignidad y respeto.

Un enfoque centrado en las personas sobrevivientes se basa en los siguientes principios rectores:

- **Seguridad:** la seguridad e integridad de las personas sobrevivientes y sus hijas/os/es son lo más importante.
- **Confidencialidad:** las personas sobrevivientes tienen derecho a decidir a quién contar o no su historia, y toda información sobre ellas solo puede transmitirse con su consentimiento informado.
- **Respeto:** todas las acciones que se emprendan deben respetar las decisiones, deseos, derechos y la dignidad de la persona sobreviviente. El papel del personal de apoyo es facilitar la recuperación y ofrecer recursos para la persona sobreviviente.
- **No discriminación:** las personas sobrevivientes deben recibir un trato equitativo y justo, independientemente de su edad, discapacidad, identidad de género, religión, nacionalidad, origen étnico, orientación sexual o cualquier otra característica [4].

### 2.2 Conocimientos del personal de servicios de salud

Todo el personal debe ser consciente de que la violencia sexual y basada en el género es un problema de salud pública y de derechos humanos; y debe contar con los conocimientos, aptitudes clínicas y competencias pertinentes. Las personas que han experimentado violencia sexual y basada en el género deben recibir servicios de atención seguros y éticos que cumplan con los procedimientos establecidos del centro de salud, así como con los principios rectores en materia de violencia sexual y basada en el género para satisfacer las necesidades de las personas sobrevivientes de violencia sexual (seguridad, confidencialidad, respeto y no discriminación [2]); el personal de los servicios de salud debe adoptar un enfoque centrado en la persona sobreviviente (consultar el *apartado 2.1.1*) y siempre creer a la persona sobreviviente.

El personal de servicios de salud debe conocer y entender los aspectos generales relacionados con la violencia sexual y basada en el género:

- los factores políticos, sociales y económicos de la violencia sexual y basada en el género, tanto a nivel nacional como regional;
- la definición legal de violencia sexual y basada en el género, tanto a nivel nacional como regional;
- la edad legal de consentimiento;
- las diferentes formas de violencia sexual y basada en el género y las circunstancias en las cuales se inflige, incluida la violencia física, sexual, psicológica, emocional y socioeconómica contra personas de todas las edades, géneros y orientaciones sexuales;
- la prevalencia e incidencia de varias formas de violencia sexual y basada en el género dentro de las comunidades locales, incluidas las poblaciones en riesgo de experimentar violencia sexual y basada en el género (consultar el *apartado 1.3*);
- el estigma y la discriminación relacionados con la violencia sexual y basada en el género en una variedad de contextos geográficos, sociales y culturales;
- los mitos y las ideas erróneas en relación con la normalización de la violación y la violencia sexual, p. ej. actitudes con respecto a la violación dentro del matrimonio;
- las creencias y normas socioculturales nocivas relacionadas con la MGF, así como los métodos habituales empleados y los tipos de MGF practicados en la comunidad o el país;



- los marcos normativos y jurídicos nacionales o regionales para la denuncia de violencia sexual y basada en el género (incluida la violación) y los requisitos y estándares para recoger pruebas forenses;
- la legislación nacional, los estándares y las directrices clínicas para el manejo de las consecuencias médicas de las violaciones;
- las vías de referencia apropiadas que deben utilizarse con el consentimiento de la persona sobreviviente.

En contextos humanitarios o situaciones de crisis, el personal de servicios de salud también debe recibir capacitación sobre el Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) [9] y los Estándares mínimos interinstitucionales para la programación sobre violencia de género en emergencias [4]. En el [capítulo 11: Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios](#) se ofrece más información.

## 2.3 Aptitudes y competencias del personal de servicios de salud

El personal de servicios de salud debe contar con las aptitudes adecuadas y tener conocimientos sobre las causas de la violencia sexual y basada en el género y los mitos en torno a ella, y debe tener la preparación necesaria para saber si las personas usuarias están experimentando violencia sexual y basada en el género, gestionar la situación y prestar ayuda; llevar a cabo cribados cuando sea apropiado; y referir a personas usuarias, según sea apropiado, a servicios de atención clínica, apoyo psicológico, consejería legal, acogida o protección. Hacer preguntas a las personas usuarias relacionadas con la violencia sexual y basada en el género puede generar malestar e incluso puede ser peligroso tanto para personas usuarias como para proveedoras; por lo tanto, todo cribado debe llevarse a cabo de un modo apropiado y centrado en la persona sobreviviente. En el sitio web de International Rescue Committee [10] se ofrece más información y herramientas de cribado para la detección de violencia sexual y basada en el género en centros de salud primaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda el cribado para la detección de violencia sexual y basada en el género en todas las mujeres que acuden a servicios de salud (es decir, el «cribado universal») [11]. No obstante, dado que muchos centros de atención primaria, como las clínicas de las asociaciones miembros de la IPPF, ofrecen servicios especializados para los la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y que las personas usuarias que acuden a algunos de dichos servicios tienen un riesgo mayor de experimentar violencia sexual y basada en el género, se recomienda un cribado selectivo para las personas usuarias

que acudan a ese tipo de servicios, siempre que se cuente con la capacidad, las instalaciones (como salas privadas para el cribado y métodos seguros de almacenamiento de datos confidenciales) y las vías de referencia adecuadas.

El personal de salud debe ser consciente de que el cribado no es un servicio de violencia sexual y basada en el género, sino una ruta para prestar más servicios y realizar referencias. Si no existen servicios especializados ni vías de referencia, entonces no se debe llevar a cabo ningún tipo de cribado, dado que podría resultar perjudicial para las personas sobrevivientes. La IPPF no recomienda llevar a cabo cribados en contextos humanitarios (consultar el [capítulo 11: Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios](#)).

El personal de consejería o toda persona que realice cribados, o que interactúe de otra forma con personas usuarias que hayan experimentado violencia sexual y basada en el género, debe contar con capacitación, aptitudes y competencias en técnicas básicas y actualizadas de consejería (consultar el [capítulo 3: Consejería](#)), así como en apoyo de primera línea (una adaptación de los «primeros auxilios psicológicos), es decir, el nivel mínimo de apoyo psicosocial y emocional que debe recibir toda persona usuaria cuando revela al personal de servicios de salud que está experimentando malos tratos. El apoyo de primera línea incluye atención práctica y da respuesta a las necesidades emocionales, físicas, de ayuda y de seguridad de las personas usuarias, sin que esto infrinja sus derechos de privacidad [12]. La OMS dice que el apoyo de primera línea es, con frecuencia, la atención más importante que pueden ofrecer proveedores de servicios de salud.

Además de las necesidades estructurales de las salas privadas en las que las personas usuarias puedan hablar sin que otras personas oigan la conversación, es fundamental forjar una buena relación de confianza con la persona usuaria para que se sienta cómoda y, si lo desea, hable sobre la violencia sexual y basada en el género que está experimentando o que está en riesgo de experimentar (consultar el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#)). Para las personas sobrevivientes, revelar esta información es algo muy personal y delicado, por lo que es posible que necesiten más tiempo para hablar y que estén visiblemente afectadas. Con la creación de un entorno seguro y de empoderamiento para las personas usuarias, el personal de servicios de salud podrá realizar una evaluación clara que le permitirá emprender las acciones necesarias de acuerdo con los deseos y el consentimiento de la persona sobreviviente [13,14].

Como parte de la garantía de seguridad y comodidad para las personas usuarias, no se deben dar por hecho la identidad de género ni la orientación sexual; se recomienda el uso de un lenguaje neutral cuando sea posible, p. ej. «pareja»



y evitar usar determinantes masculinos o femeninos hasta que la persona emplee sus propios términos y, entonces, usar los mismos.

### 2.3.1 Cribado y evaluación clínica

El personal de servicios de salud debe contar con aptitudes y capacitación en cribado y evaluación clínica relacionados con violencia sexual y basada en el género, como, por ejemplo:

- la identificación de la anatomía genitoanal y evaluación de signos y síntomas clínicos de violencia física y sexual
- la realización de una evaluación física y la documentación de lesiones con el uso de terminología estándar para la clasificación
- la evaluación de riesgos de ITS y conocimientos de la historia natural de las ITS y de los protocolos locales de pruebas y manejo
- la atención clínica de primera línea, como la anticoncepción de emergencia y las pruebas de embarazo

### 2.3.2 Referencias

El personal de servicios de salud debe entender los criterios utilizados como base para las referencias con respecto a los resultados del cribado y la evaluación relacionados con violencia sexual y basada en el género. También debe conocer los procedimientos de seguimiento tras la referencia de personas usuarias.

Si el personal de servicios de salud no ha recibido capacitación en el cribado y la evaluación relacionados con violencia sexual y basada en el género o no tiene la actitud centrada en la persona sobreviviente que se requiere, este proceso no debería implementarse.

## 3. Atención a personas usuarias en riesgo de experimentar o que están experimentando violencia sexual y basada en el género

### 3.1 Identificación de personas usuarias en riesgo de experimentar o que están experimentando violencia sexual y basada en el género

Algunas personas comunican ellas mismas que están experimentando, o en riesgo de experimentar, violencia sexual y basada en el género. Es necesario que las personas proveedoras soliciten hablar a solas con personas usuarias que acudan acompañadas para que tengan la oportunidad de comunicar una posible experiencia de violencia sexual y basada en el género. Las personas proveedoras deben ofrecer un espacio seguro en el que las personas usuarias sientan que pueden comunicar sus experiencias. También deben garantizar la disponibilidad de servicios de salud pertinentes, como la anticoncepción de emergencia y la profilaxis posterior a la exposición, independientemente de si la persona sobreviviente comunica su experiencia o no. No obstante, la naturaleza delicada de las experiencias de violencia sexual y basada en el género significa que es posible que muchas personas no quieran dar información y es necesario intentar que toda las personas usuarias

#### Tenga presente el enfoque centrado en la persona sobreviviente:

- Si una persona decide comentar lo que le preocupa, el personal de servicios de salud debe ofrecerle un entorno seguro en el que se sienta segura y a salvo al hacerlo.
- Si la persona decide no hablar de su situación o no quiere aceptar ninguna de las intervenciones que se le ofrecen, se le debe ofrecer información básica sobre la violencia sexual y basada en el género y otra cita, y se le debe decir que puede volver en cualquier momento si desea información y atención.
- Solo se debe hablar de violencia sexual y basada en el género a solas con la persona o cuando no haya nadie más presente de más de dos años de edad, a menos que la persona haya solicitado la presencia de un acompañante o de una amistad o pariente.
- Se debe proteger de forma estricta la confidencialidad de las historias clínicas de las personas usuarias y no dejarlas nunca sin supervisión en el escritorio.
- Antes de ofrecer un examen o de formular cualquier pregunta, el personal debe explicar las posibles leyes de obligación de notificación que puedan afectar a su conversación o limitar su confidencialidad, de modo que la persona usuaria pueda tomar una decisión informada sobre si hablar de su situación o no. En la medida de lo posible, el acceso a la atención y el apoyo no debe depender del examen ni de que la persona dé a conocer su situación.



tenga acceso a atención y apoyo relacionados con violencia sexual y basada en el género.

El personal de servicios de salud puede detectar señales o síntomas físicos o psicológicos en personas usuarias que no han comunicado experiencias de violencia sexual y basada en el género. Es posible que se presente más de un factor y la identificación correcta dependerá de que la persona proveedora esté alerta y estudie la situación clínica y psicológica completa. Esto puede incluir a personas usuarias:

- que tienen conductas autodestructivas o autolesivas, como toxicomanía, lesiones autoinfligidas o pensamientos y planes de suicidio
- con ansiedad o depresión persistentes
- con problemas físicos recurrentes, como lesiones físicas sin una buena explicación
- con ITS repetidas (consultar el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#)), así como embarazos no planificados
- con dolor crónico o dolencias vagas para las que no se encuentra un diagnóstico

Es posible que los problemas físicos y psicológicos relacionados con la violencia sexual y basada en el género solo se pongan de manifiesto tras una serie de visitas. También es posible que las personas usuarias necesiten tiempo para confiar en una persona proveedora en particular y hablar de su situación, incluso si se emplean las técnicas recomendadas de cribado y consejería. Por este motivo, resulta crucial que la información obtenida en la consulta se documente en la historia clínica (al tiempo que se garantiza la confidencialidad de los datos), de modo que la conversación se pueda continuar en consultas posteriores si lo desean las personas usuarias. Es importante tener en cuenta que el cribado es un método de ofrecer a personas usuarias que han experimentado violencia sexual y basada en el género una oportunidad para comunicarlo; no se trata de una lista de preguntas que deben responder (consultar el [recuadro 1](#) en la página siguiente).

Es posible que ya exista una vía de referencia para esta área en aquellos países o regiones con agencias gubernamentales designadas para abordar la violencia sexual y basada en el género, o en situaciones de emergencia con una red activada de coordinación de ayuda humanitaria (grupo de protección o subgrupo de violencia sexual y basada en el género). El personal de servicios de salud debe asegurarse de que la información de su organización sea correcta y esté disponible, de forma que las personas sobrevivientes que necesiten referencias a servicios de derechos y salud sexual y reproductiva puedan ser remitidas con seguridad. También debe conocer las opciones de referencias externas. Si no existe una vía de referencia, debe crearse una según el ejemplo del [apéndice 1](#) y debe completarse con los datos de contacto de cada agencia de referencia disponible.

### 3.2 Apoyo de primera línea

El personal de servicios de salud debe recibir capacitación y prestar apoyo de primera línea adaptado a las personas usuarias y centrado en la persona sobreviviente. Esto incluye la prestación de servicios básicos y medidas para satisfacer las necesidades emocionales y de seguridad física inmediatas de la persona, teniendo en cuenta que, siempre que sea posible, se debe remitir a servicios integrales de atención especializada y de seguimiento. La atención no es un modelo único que sirva para todas las personas y el personal de servicios de salud debe asegurarse de que su atención (y las referencias ofrecidas) sea accesible también para grupos marginalizados y con servicios insuficientes, como comunidades indígenas, personas con discapacidad, desplazadas y con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y características sexuales diversas. En la [tabla 1](#) se resumen las principales áreas de apoyo inicial a personas usuarias en base al acrónimo ANIMA: Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse, Mejorar la seguridad y Apoyar. Estas recomendaciones se elaboraron inicialmente para mujeres, pero los términos empleados aquí son neutros en cuanto al género. Se recomienda al personal de servicios de salud que adapte las cinco tareas a las personas usuarias que experimenten violencia sexual y basada en el género de acuerdo a la cultura y el idioma local.



### RECUADRO 1: Preguntas de cribado recomendadas sobre violencia sexual y basada en el género

1. ¿Está bien si te hacemos unas preguntas sobre violencia sexual y basada en el género? Sí/No  
Si la respuesta es «sí», seguir con la pregunta 2.  
Si la respuesta es «no», ofrecer más información, aclarar que hay ayuda disponible en cualquier momento y respetar la decisión de la persona de que no se le hagan preguntas sobre violencia.
2. ¿Actualmente tienes una relación íntima con una persona (p. ej. cónyuge, pareja) que te lastima físicamente? Sí/No  
Si la respuesta es «sí»: ¿Ha sucedido esto dentro de los últimos seis meses? Sí/No
3. ¿Actualmente tienes una relación íntima con una persona (p. ej. cónyuge, pareja) que te amenaza, asusta o insulta, o que te trata mal? Sí/No  
Si la respuesta es «sí»: ¿Ha sucedido esto dentro de los últimos seis meses? Sí/No
4. ¿Actualmente tienes una relación íntima con una persona (p. ej. cónyuge, pareja) que te obliga a participar en actividades sexuales que te hacen sentir mal? Sí/No  
Si la respuesta es «sí»: ¿Ha sucedido esto dentro de los últimos seis meses? Sí/No
5. ¿Alguna vez te han forzado a tener relaciones sexuales con una persona con la que NO tuvieses una relación de pareja íntima (es decir, con alguien que no sea tu cónyuge o pareja)? Sí/No  
Si la respuesta es «sí»: ¿Ha sucedido esto dentro de los últimos seis meses? Sí/No

**Nota para el personal de servicios de salud:** Si hay una o más respuestas afirmativas, después de obtener el consentimiento de la persona se debe ofrecer una referencia para atención en violencia sexual y basada en el género si la persona indica que nunca antes ha sido remitida. Una vez que se hace una referencia, no se deben volver a formular estas preguntas a la persona.

#### Preguntas adicionales para detectar casos de coerción reproductiva:

1. ¿Alguna vez alguien, como tu pareja u otra persona/ un familiar, te ha forzado a hacer algo de naturaleza sexual que no quisieras hacer o se ha negado a tu petición de usar preservativos y otros métodos anticonceptivos?
2. ¿Alguna vez alguien, como tu pareja u otra persona/ un familiar, ha intentado que te embaraces cuando tú no querías? ¿O ha intentado forzarte a continuar con un embarazo que querías interrumpir?
3. ¿Te preocupa que alguien te haga daño si no haces lo que quiere?
4. ¿Tu pareja respalda tu decisión sobre cuándo tener un embarazo, o si tenerlo?

**Nota para el personal de servicios de salud:** No todas las personas que experimentan coerción reproductiva se ven afectadas por otras formas de violencia sexual y basada en el género, pero si coexisten, los riesgos para la persona son mayores.

Fuente: adaptado de Undie et al. [15], ACOG [16], y Silverman et al. [17].





**TABLA 1: ANIMA – Apoyo de primera línea centrado en las personas usuarias para casos de violencia sexual y basada en el género**

Acción	Puntos principales
<p><b>Atención al escuchar</b></p> <p>Escuche atentamente y con empatía a la persona sobreviviente.</p>	<p>Ponga atención al lenguaje corporal y a lo que la persona no dice.</p> <p>Tenga prudencia al hablar y ponga cuidado en cómo lo hace.</p> <p>Use preguntas centradas en la persona, como «¿Te gustaría contarme más cosas?».</p> <p>Dé tiempo suficiente a la persona y no la interrumpa; está bien que haya silencios, pues eso da tiempo y espacio a la persona para pensar.</p>
<p><b>NO JUZGAR Y VALIDAR</b></p> <p>La validación es importante para la persona que comunica experiencias de violencia.</p> <p>Debe demostrar que la comprende, que la cree y que no la juzga</p> <p>Dígale que no tienen la culpa</p>	<p>Estos son algunos ejemplos de lo que puede decir la persona proveedora de servicios de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «No es tu culpa»</li> <li>• «Está bien hablar de eso»</li> <li>• «Nadie merece que su pareja le golpee»</li> </ul>
<p><b>INFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES E INQUIETUDES</b></p> <p>Evalúe y responda a las diversas necesidades e inquietudes de la persona: emocionales, físicas, sociales y prácticas (p. ej. el cuidado de hijas/os/es).</p>	<p>Formule preguntas abiertas para incitar a la persona a hablar.</p> <p>Evite preguntar «por qué».</p> <p>Ayude a la persona a identificar y expresar sus necesidades e inquietudes.</p>
<p><b>MEJORAR LA SEGURIDAD</b></p> <p>Se debe hablar con la persona de un plan para protegerse si se vuelven a producir episodios de violencia.</p> <p>Esto puede incluir trazar un plan de seguridad que deberá revisarse con regularidad.</p> <p>El personal de los servicios de salud debe saber qué opciones de referencia hay disponibles si en el centro de salud no se ofrecen todos los servicios, por ejemplo, refugios para personas amenazadas o apoyo específico de personal capacitado para el manejo de casos de violencia sexual y basada en el género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es importante saber del protocolo nacional para violencia sexual y basada en el género.</li> <li>• Se debe tener conocimiento de protocolos locales, incluidas vías de referencia para casos de violencia sexual y basada en el género.</li> <li>• Es importante tener conocimiento de otras organizaciones colaboradoras involucradas del área de apoyo a sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género</li> <li>• Se debe conocer de hogares seguros/refugios para sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género</li> </ul>
<p><b>APOYAR</b></p> <p>El personal de los servicios de salud debe dar prioridad a la seguridad de sus personas usuarias y darles acceso a información, servicios de salud y mecanismos de apoyo social</p> <p>A aquellas personas que experimentan coerción reproductiva se les puede ofrecer opciones anticonceptivas no visibles (p. ej. inyectables trimestrales, implantes, dispositivos intrauterinos) (más información disponible en el <a href="#">capítulo 4: Anticoncepción</a>)</p>	<p>Es importante conocer otras organizaciones colaboradoras de apoyo en el área de violencia sexual y basada en el género.</p>

Fuente: Adaptado de la OMS [14].



### 3.3 Evaluación de la seguridad

Para proporcionar apoyo psicosocial y servicios de salud clínicos de primera línea (*apartado 3.2*), el personal de los servicios de salud primero debe evaluar la seguridad de la persona usuaria. Si es evidente que a la persona usuaria le preocupa su seguridad, el personal de servicios de salud debe determinar si el peligro que corre es inminente; para ello, se pueden utilizar las preguntas que figuran en el *recuadro 2*. El personal de salud debe evitar exponer a la persona a más riesgos. Quizás sea necesario que se ofrezca ver a la persona sola o con alguien que acompañe, una amistad o miembro de la familia que elija ella. Si en el área trabaja una agencia especializada en el manejo de casos de violencia sexual y basada en el género u otro proveedor, se debe buscar su intervención, con el consentimiento de las personas usuarias para que puedan dirigir la planificación de la seguridad y el apoyo continuo.

Si la persona usuaria corre un peligro inminente de violencia, la persona proveedora debe discutir con ella si es seguro que vuelva a casa. Si no es seguro, se deben realizar las referencias apropiadas a refugios u hogares seguros, o quizás la persona sobreviviente sepa de un lugar seguro al que ir.

Si la persona no está corriendo un peligro grave inminente, el personal de los servicios de salud puede ayudarla a elaborar un plan de seguridad en caso de que la situación empeore. El personal debe recibir capacitación sobre cómo ayudar a sobrevivientes a trazar planes de seguridad para reducir los riesgos y mejorar sus circunstancias. Dichos planes deben incluir un lugar seguro al que ir, si llevarse

#### RECUADRO 2: Preguntas de cribado para evaluar el riesgo inminente de violencia

Las personas que contesten afirmativamente a al menos tres de las siguientes preguntas pueden estar en riesgo inminente, y especialmente alto, de violencia:

- ¿La violencia física se ha vuelto más frecuente o ha empeorado en los últimos seis meses?
- ¿La persona alguna vez ha usado un arma o te ha amenazado con un arma?
- ¿La persona ha intentado estrangularte alguna vez?
- ¿Crees que esa persona sería capaz de matarte?
- ¿Esa persona alguna vez te ha pegado cuando estabas embarazada?
- ¿Esa persona tiene celos constantemente y lo manifiesta de forma violenta?

Fuente: Adaptado de la OMS [14].

o no a sus hijas/os/es (si los tiene), las cuestiones de transporte, dinero, qué llevar consigo y lograr la ayuda de una persona vecina si oye sonidos de violencia en casa de la persona sobreviviente [14]. También es importante evaluar el riesgo de que la persona sobreviviente cometa suicidio o se autolesione, así como la posibilidad de que se ponga en peligro a sí misma o a las personas menores que tenga a cargo.

### 3.4 Referencia a otros servicios

Una vez que se ha evaluado y discutido el peligro inmediato y se ha ofrecido apoyo de primera línea, el personal de los servicios de salud debe asegurarse de que la persona usuaria reciba toda la información pertinente y los servicios disponibles en el centro de salud, así como información sobre otros servicios a los que se pueda referir a la persona si lo desea. Estos son algunos de ellos:

- apoyo social (p. ej. grupos de empoderamiento femenino, asociación de abogadas)
- apoyo psicológico especializado
- grupos de apoyo a sobrevivientes
- apoyo jurídico y policial, así como servicios basados en Internet (en línea) que haya disponibles
- servicios de salud mental
- referencias a hospitales
- centros de referencia para sobrevivientes de agresiones sexuales, si los hay

El personal de servicios de salud debe dejar que la persona usuaria dirija la conversación y decida si necesita más apoyo y de qué tipo. Es posible que necesite tiempo para pensar en las opciones disponibles. No se debe dar por hecho que la persona decidirá de inmediato acudir a la policía, a un refugio o buscar consejería psicológica. En el *apéndice 2* y el *apéndice 3* se resumen vías recomendadas de atención y referencia para casos de violencia de pareja e inmediatamente después de una agresión.

Se debe informar a las personas usuarias que rechazar servicios de referencia no afectará a la atención inmediata prestada por el personal de los servicios de salud. Si la persona usuaria rechaza una referencia, el personal de los servicios de salud o su asistente social debe ofrecer un contacto de seguimiento e información sobre contactos de emergencia en caso de que más tarde decida acceder a los servicios. Se debe informar a la persona que, si tiene más preguntas o inquietudes, o si existe la posibilidad de que la violencia aumente, puede volver en cualquier momento y no se la tratará de forma diferente por haber rechazado



asistencia inicialmente. Así, la persona proveedora de servicios médicos que haya evaluado a la persona en la consulta inicial tendrá la oportunidad de hacer un seguimiento de su estado psicológico mostrándole apoyo.

### 3.5 Atención y manejo de casos de violencia sexual y violaciones

Toda persona que sea sobreviviente de violencia sexual tiene derecho a recibir todos los servicios de salud clínicos y el apoyo que necesite. El personal de servicios de salud que atiende a sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género debe contar con capacitación y aptitudes para realizar un examen clínico y brindar atención a personas sobrevivientes de violaciones (tabla 2). El personal debe explicar con claridad lo que va a suceder antes y durante el examen, y obtener consentimiento informado en todas las fases del proceso. Esto es particularmente

importante en el caso de sobrevivientes de violencia sexual, para quienes el examen puede resultar traumático y recordarles la experiencia. Del mismo modo, si la persona ha tenido experiencias en las que no se ha respetado su consentimiento, debe ser capaz de confiar en que su consentimiento se respetará en todas las etapas de la interacción con la persona proveedora de servicios de salud. El personal de servicios de salud debe demostrar empatía y sensibilidad ante las emociones de las personas usuarias. Debe preguntar a la persona usuaria si desea que una persona de apoyo esté presente durante alguno de los procedimientos o exámenes íntimos. Si la persona se niega a que le realicen un examen físico, se debe respetar su decisión e informar que se puede llevar a cabo en cuanto se sienta mejor, pero se debe comunicar también que algunas intervenciones se tienen que hacer en un plazo de tiempo determinado. Se debe ofrecer una referencia a otro centro de salud si la persona lo prefiere.

**TABLA 2: Examen clínico y atención a sobrevivientes de una violación**

Examen o tratamiento	Realizar tan pronto como sea posible o dentro del plazo especificado tras la agresión (0 horas = momento de la agresión)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen vaginal</li> <li>Examen general</li> <li>Examen forense</li> <li>Profilaxis posterior a la exposición contra el VIH</li> <li>Documentación médico-jurídica</li> <li>Prevención y tratamiento de las ITS</li> <li>Cura de heridas</li> <li>Vacuna del tétanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>72 horas (3 días)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anticoncepción de emergencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>120 horas (5 días)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de embarazo</li> <li>Vacuna de hepatitis B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 semanas</li> <li>6 semanas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Consejería y referencia a servicios de VIH</li> <li>Pruebas de VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3–6 meses</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Referencia</li> <li>Consejería en privado</li> <li>Prevención y tratamiento de las ITS</li> <li>Servicios de salud y consejería de anticoncepción</li> <li>Atención para el aborto seguro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cualquier momento</li> </ul>



### 3.6 Documentación y elaboración de informes

Las personas usuarias tienen derecho a saber qué información se redactará y documentará sobre sus experiencias, así como a decidir qué información se transmite o no a otras personas. Aunque la IPPF no apoya la denuncia obligatoria porque socava la autodeterminación, al empezar la consulta el personal de servicios de salud también debe informar a las personas sobrevivientes acerca de limitaciones en los sistemas de confidencialidad, como leyes de notificación obligatoria.

Los detalles de la consulta, como hallazgos físicos, deben anotarse en la historia clínica de la persona y guardarse de forma segura en un archivador con llave. El personal de salud debe usar sistemas como la identificación con números para mayor confidencialidad. También debe informar a las personas usuarias sobre el contenido de toda documentación que se les entregue o que se entregue a la policía o a otros servicios especiales. Se debe consultar el protocolo local o nacional sobre violencia sexual y basada en el género para lo relacionado con la documentación y denuncias.

## 4. Mutilación genital femenina

La posición de la IPPF con respecto a la MGF es la siguiente:

- Las personas afectadas por la MGF han experimentado una práctica lesiva. No deberían ser objeto de estigma y tienen los mismos derechos de acceso a servicios de salud de calidad.
- La atención relacionada con la MGF debe basarse en los derechos, tener en cuenta las cuestiones de género, centrarse en la persona, basarse en la evidencia, prestarse sin estigma, ser accesible de forma universal y ofrecerse a lo largo de todo el ciclo de atención.
- La medicalización de la MGF\* nunca es aceptable puesto que supone una violación de la ética médica.

### 4.1 Conocimientos y aptitudes del personal de servicios de salud en relación con la mutilación genital femenina

El personal médico debe entender que la MGF puede ser considerada una parte importante de la identidad cultural y de género de niñas y mujeres en muchas comunidades, por lo que los servicios de salud deben tener en cuenta las características específicas de cada contexto, como:

- La legislación existente relacionada con la MGF en el contexto nacional y local, así como cuáles son los requisitos de denuncia ante las autoridades nacionales pertinentes.
- La posibilidad, en el contexto local, de que el personal de servicios de salud trabaje con organizaciones de la comunidad u órganos nacionales para identificar niñas en riesgo y tomar las medidas apropiadas.
- Si las personas proveedoras de servicios de salud involucradas en la prestación de servicios también forman parte de la cultura en la que se practica la MGF; en ese caso es posible que hayan experimentado MGF o que hayan sometido a sus hijas a la MGF.

El personal de servicios de salud debe conocer los tipos de MGF y las complicaciones relacionadas (véanse los [apartados 4.2 y 4.3](#)). Debe saber a dónde referir a personas usuarias si es necesaria una intervención clínica adicional (p. ej. uroginecología, reproducción asistida, atención psicológica o psicosexual u otros servicios de violencia sexual y basada en el género). También debe saber dónde pueden obtener ayuda y apoyo fuera de los entornos clínicos (p. ej. grupos de apoyo) las personas que hayan experimentado MGF.

No obstante, el personal médico debe recordar que no todas las personas que han experimentado MGF tienen síntomas ni signos clínicos que requieran tratamiento. Si la persona se siente bien y no considera que necesita una intervención, se debe respetar su opinión.

El personal de servicios de salud no debe recomendar la medicalización de la MGF, ni de formas menos lesivas de MGF, ni ninguna forma de MGF. Igualmente, no se deben atender solicitudes de reinfibulación (es decir, la restitución de una MGF de tipo III tras el parto) realizadas por personas usuarias ni familiares, y el personal de médico debe negarse a hacerlo.

\* Medicalización de la MGF: «Situaciones en las que el procedimiento (incluida la reinfibulación) lo lleva a cabo personal de servicios de salud de cualquier categoría, ya sea en una clínica pública o en una privada, en el hogar o en cualquier otros sitio» [8].



## 4.2 Detección y clasificación de mutilación genital femenina

Cuando una persona acude a servicios de salud sexual y reproductiva, en particular en áreas donde hay una gran incidencia de MGF, el personal de los servicios de salud puede preguntar con sensibilidad y en privado si se la ha sometido a una MGF. Si dice que sí, o que no está segura (o que no está segura de en qué medida),

se le puede ofrecer un examen ginecológico. En la *tabla 3* se resumen los cuatro principales tipos de MGF.

## 4.3 Secuelas de la mutilación genital femenina

En la *tabla 4* se resumen las secuelas de las MGF en la salud.

**TABLA 3: Clasificación de la mutilación genital femenina**

Tipo	Descripción
<b>Tipo I</b>	Extirpación parcial o total del clítoris (clitoridectomía) o el prepucio
<b>Tipo II</b>	Extirpación parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin extirpación de los labios mayores
<b>Tipo III</b>	Estrechamiento del orificio vaginal, que se cubre cortando y recolocando a modo de sello los labios menores o los labios mayores, con o sin la extirpación del clítoris (infibulación)
<b>Tipo IV</b>	Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como punciones, perforaciones, incisiones, raspados o cauterizaciones

Fuente: OMS [8].

**TABLA 4: Riesgos de la mutilación genital femenina para la salud**

Complicaciones	Ejemplos
<b>Inmediatas</b>	Hemorragia, dolor, choque (hemorrágico, neurógeno, septicémico), inflamación de los tejidos genitales, infección (infección local aguda, formación de abscesos, septicemia, infecciones de tracto genital y reproductivo, infecciones del tracto urinario), problemas urinarios (retención urinaria aguda, dolor en la micción, lesiones en la uretra), problemas de cicatrización, la muerte (debido a una hemorragia grave o a septicemia)
<b>Obstétricas</b>	Partos por cesárea, hemorragias postparto, episiotomías, trabajos de parto prolongados, desgarros/laceraciones obstétricas, partos instrumentales, anomalías en la progresión del parto/distocia, ingresos hospitalarios más largos, muerte perinatal y muerte neonatal temprana, reanimación del recién nacido en el parto
<b>Función sexual</b>	Dispareunia (dolor en las relaciones sexuales), disminución de la satisfacción sexual, reducción del deseo y la excitación sexual, lubricación reducida durante el sexo, menor frecuencia de orgasmos o anorgasmia
<b>Psicológicas</b>	Trastorno por estrés posttraumático, trastornos de ansiedad, depresión
<b>A largo plazo</b>	Lesiones en los tejidos genitales (dolor crónico en la vulva y en el clítoris), cicatrices y quistes de retención Secreción vaginal (debida a infecciones crónicas del tracto genital) Prurito vaginal Problemas menstruales (dismenorrea, menstruaciones irregulares, tránsito difícil de la sangre menstrual) Infecciones del tracto reproductivo (y dolor pélvico crónico) Infecciones genitales crónicas (mayor riesgo de vaginosis bacteriana) Infecciones del tracto urinario (a menudo recurrentes) Micción dolorosa (debido a obstrucciones, infecciones recurrentes del tracto urinario)

Fuente: OMS [8].



## 4.4 Información, consejería y referencia para personas usuarias con mutilación genital femenina

No se debe estigmatizar ni discriminar a personas usuarias con MGF y el personal de servicios de salud involucrado en su cuidado debe ofrecerles atención y apoyo.

Si se confirma que una persona ha sido sometida a una MGF, el personal médico puede ofrecerle información y remitirla a un servicio de salud pertinente, con el consentimiento de la persona, si se solicita o es necesario. Las personas con MGF de tipo III (infibulación) pueden recibir información y una referencia para desinfibulación (consultar el apartado 4.5), si lo desean, para su propio bienestar, para evitar morbilidad asociada o antes del primer coito vaginal o del parto (véanse los párrafos que siguen).

El personal de servicios de salud debe ofrecer a personas usuarias con MGF los mismos servicios integrales de salud sexual y reproductiva que ofrece a todas las personas usuarias, como pruebas y tratamiento de VIH e ITS, pruebas de hepatitis B y C, consejería y servicios de anticoncepción, acceso a aborto seguro, y detección de cáncer de cuello uterino. Puede ser difícil realizar un examen con espéculo en personas usuarias con MGF de tipo III. En esos casos, se pueden ofrecer anticonceptivos distintos a los dispositivos intrauterinos y pruebas alternativas a la citología para la detección de cáncer de cuello uterino, como pruebas de ADN para la detección del VPH. El personal también puede hablar con la persona usuaria sobre la posibilidad de realizar un examen con el espéculo de menor tamaño, si hay uno disponible.

Las personas embarazadas o que estén considerando un embarazo deben recibir la consejería que necesitan para planificar el parto en un centro de salud equipado con lo necesario para gestionar complicaciones, como hemorragias postparto, y realizar cesáreas (es decir, servicios completos de atención obstétrica y del recién nacido de emergencia). Las personas embarazadas con MGF de tipo III también deben recibir consejería sobre la desinfibulación (consultar el apartado 4.5); se les debe dar información sobre los riesgos graves a los que se enfrentan ellas y sus bebés durante el parto si no se realiza una desinfibulación en el momento adecuado.

El personal médico debe ser consciente de que todas las personas con MGF pueden sufrir complicaciones crónicas físicas y psicológicas que requieren consejería especializada o tratamiento quirúrgico (consultar la [tabla 4](#) en la página anterior). Es posible que el personal necesite hacer preguntas con sensibilidad para determinar en qué medida se ve afectada la vida de la persona. Se debe ofrecer a la persona servicios apropiados de consejería, apoyo, tratamiento o referencia para problemas físicos, psicológicos o psicosexuales; no obstante, si la persona no desea recibir tratamiento ni ser remitida después de la información y la consejería, se debe respetar su decisión.

En el caso de personas usuarias que planifican casarse, la consejería premarital a la pareja puede abordar complicaciones psicosexuales relacionadas con la MGF. Esto puede hacerse con enfoque positivo respecto al sexo y centrado en el placer sexual, en vez de en la experiencia negativa de la MGF [18,19].

## 4.5 Desinfibulación para mutilación genital femenina de tipo III

La desinfibulación (reversión de una infibulación) también se denomina episiotomía anterior. El procedimiento consiste en cortar y abrir la abertura vaginal sellada. La desinfibulación puede ser necesaria antes del primer coito vaginal o del parto, y también para evitar y gestionar algunas consecuencias para la salud inmediatas o de largo plazo. Si bien a menudo se realiza durante el parto, la desinfibulación se puede ofrecer en el período prenatal o en cualquier momento a personas no embarazadas que lo soliciten.

El procedimiento puede realizarse en un lugar autorizado, como una clínica, con anestesia local; sin embargo, hay riesgos relacionados, como lesiones en la uretra y hemorragias. Por ese motivo, debe realizarlo personal de servicios de salud especializado y capacitado, y es posible que se requiera la referencia a un centro de nivel superior.



## 5. Referencias

- [1] Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Acción contra la violencia sexual y de género: Una estrategia actualizada. Junio de 2011. Disponible en: <http://www.refworld.org/docid/4e01ffeb2.html>. Consultado el 18 de diciembre de 2019.
- [2] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios. Nueva York: IAWG; 2018. Disponible en: <https://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-Spanish-web.pdf>. Consultado el 9 de abril de 2020.
- [3] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Nota descriptiva: Violencia contra la mujer Marzo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> Consultado el 1 de marzo de 2022.
- [4] The Inter-Agency Minimum Standards for Gender-Based Violence in Emergencies Programming. Nueva York: UNFPA; 2019. Disponible en: <https://www.unfpa.org/minimum-standards>. Consultado el 19 de junio de 2020.
- [5] Comité Permanente entre Organismos. Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación. 2015. Disponible en: <https://gbvguidelines.org/es/>. Consultado el 1 de marzo de 2022.
- [6] Chamberlain L, Levenson R. Reproductive Health and Partner Violence Guidelines: An Integrated Response to Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion. Family Violence Prevention Fund; 2010. Disponible en: [https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Repro\\_Guide.pdf](https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Repro_Guide.pdf). Consultado el 30 de julio de 2021.
- [7] Silverman JG, Raj A. Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control. *PLoS Med* 2014;11(9):e1001723.
- [8] Organización Mundial de la Salud. WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549646>. Consultado el 22 de octubre de 2019.
- [9] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Minimum Initial Service Package (MISP) Resources. Disponible en: <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-resources>. Consultado el 28 de abril de 2022.
- [10] International Rescue Committee. Screening for gender-based violence in primary health facilities in primary in humanitarian settings. Disponible en: <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2019/01/GBV-Screening-implementation-guide.pdf>. Consultado el 28 de abril de 2022.
- [11] Organización Mundial de la Salud. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf). Consultado el 22 de octubre de 2019.
- [12] Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331535/9789240001411-eng.pdf?ua=1>. Consultado el 15 de abril de 2022.
- [13] Chamberlain L, Levenson R. Addressing Intimate Partner Violence Reproductive and Sexual Coercion: A Guide for Obstetric, Gynecologic, Reproductive Health Care Settings, Third Edition; 2013. Disponible en: <https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Reproductive%20Health%20Guidelines.pdf>. Consultado el 19 de junio de 2020.
- [14] Organización Mundial de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: manual clínico Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf> Consultado el 28 de abril de 2022.
- [15] Undie C, Birungi H, Namwebya J, et al. Screening for Sexual and Gender-Based Violence in Emergency Settings in Uganda: An Assessment of Feasibility. Nairobi: Population Council; 2016. Disponible en: [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016RH\\_ScreeningSGBV-Uganda.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016RH_ScreeningSGBV-Uganda.pdf). Consultado el 22 de octubre de 2019.
- [16] American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women. Reproductive and Sexual Coercion. Opinión del Comité, número 554. ACOG; 2013, reafirmada en 2019. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/guidance/committee-opinion/articles/2013/02/reproductive-and-sexual-coercion>. Consultado el 28 de abril de 2022.



- [17] Silverman J, Carter N, Undie C, Wendoh S. Adaptation of a Clinic-based Model to reduce Reproductive Coercion, Intimate Partner Violence, and Unintended Pregnancy: ARCHES Kenya; 2017. Disponible en: [https://www.svri.org/forums/forum2017/Presentations/19%20September/10%20Panel%20Responses%20to%20GBV%20%20Leme%5.%20Jay%20Silverman\\_Nicole%20Carter%20ARCHES%20Kenya\\_SVRI%202017\\_FINAL\\_9.14.17.pdf](https://www.svri.org/forums/forum2017/Presentations/19%20September/10%20Panel%20Responses%20to%20GBV%20%20Leme%5.%20Jay%20Silverman_Nicole%20Carter%20ARCHES%20Kenya_SVRI%202017_FINAL_9.14.17.pdf). Consultado el 3 de agosto de 2021.
- [18] Burnes TR, Singh AA, Witherspoon RG. Sex Positivity and Counseling Psychology: An Introduction to the Major Contribution. *The Counselling Psychologist* 2017;45(4):470–486. Disponible en: <https://www.apa.org/education/ce/sex-positivity.pdf>. Consultado el 23 de junio de 2020.
- [19] Federación Internacional de Planificación Familiar Claves para la prestación de servicios amigables para jóvenes: adoptar una visión positiva de la sexualidad Londres: IPPF; 2012. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/sex\\_positivity\\_es\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/sex_positivity_es_web.pdf). Consultado el 22 de abril de 2020.

## 5.1 Recursos

Comité directivo del GBVIMS. Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines. 2017. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/interagency-gender-based-violence-case-management-guidelines>

Inter-Agency Standing Committee. Identifying and Mitigating Gender-based Violence Risks within the COVID-19 Response. 6 de abril de 2020. Disponible en: <https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2020/04/Interagency-GBV-risk-mitigation-and-Covid-tipsheet.pdf>

Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Template G: What to do after forced sex. Junio de 2016. Disponible en: <https://iawg.net/resources/iec-templates-misp/template-g-what-to-do-after-forced-sex>

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Unseen, Unheard: Gender-based Violence in Disasters. Ginebra: IFRC; 2015. Disponible en: <https://www.ifrc.org/document/unseen-unheard-gender-based-violence-disasters>

Federación Internacional de Planificación Familiar. Claves para la prestación de servicios amigables para jóvenes: entender la capacidad evolutiva. Londres: IPPF; 2012. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/evolving\\_capacity\\_es\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/evolving_capacity_es_web.pdf)

Federación Internacional de Planificación Familiar. IMAP Statement on the elimination of female genital mutilation. Londres: IPPF; 2015. Disponible en: [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_imap\\_fgm\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_fgm_web.pdf).

Federación Internacional de Planificación Familiar. Manual de políticas. Londres: IPPF; 2020. Disponible en: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2021-04/IPPF%20POLICY%20HANDBOOK%20NOV%202020%20SPANISH.pdf>

Okusanya BO, Oduwale O, Nwachuku N, Meremikwu MM. Deinfibulation for preventing or treating complications in women living with type III female genital mutilation: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet* 2017;136 Supp 1:13–20.

Tancredi DJ, Silverman JG, Decker MR et al. Cluster randomized controlled trial protocol: addressing reproductive coercion in health settings (ARCHES), *BMC Women's Health*. 2015;15:57.

UNFPA. Coronavirus Disease (COVID-19) Preparedness and Response UNFPA Interim Technical Brief. 23 de marzo de 2020. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19\\_Preparedness\\_and\\_Response\\_-\\_UNFPA\\_Interim\\_Technical\\_Briefs\\_Gender\\_Equality\\_and\\_GBV\\_23\\_March\\_2020\\_.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Preparedness_and_Response_-_UNFPA_Interim_Technical_Briefs_Gender_Equality_and_GBV_23_March_2020_.pdf)





UNFPA, ACNUR. Operational guidance – Responding to the health and protection needs of people selling or exchanging sex in humanitarian settings. Nueva York: UNFPA; 2021. Disponible en: <https://www.unfpa.org/publications/operational-guidance-responding-health-and-protection-needs-people-selling-sex>

Women’s Refugee Commission. “I see that it is possible”: *Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings*. Nueva York: WRC; 2015. Disponible en: <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview/>

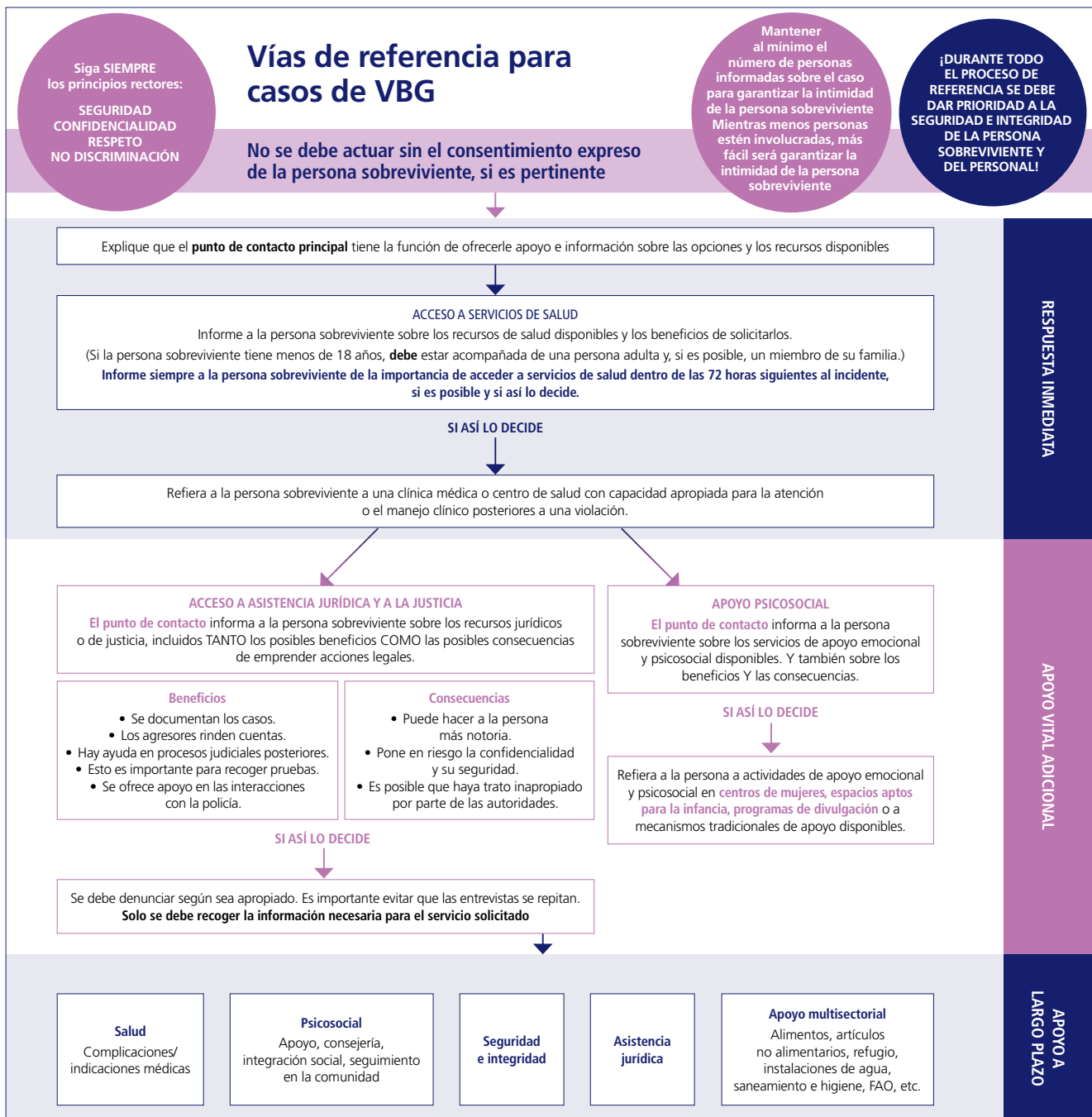
Organización Mundial de la Salud. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>

Organización Mundial de la Salud/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/1/9789241564007\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/1/9789241564007_eng.pdf)

## 6. Apéndices

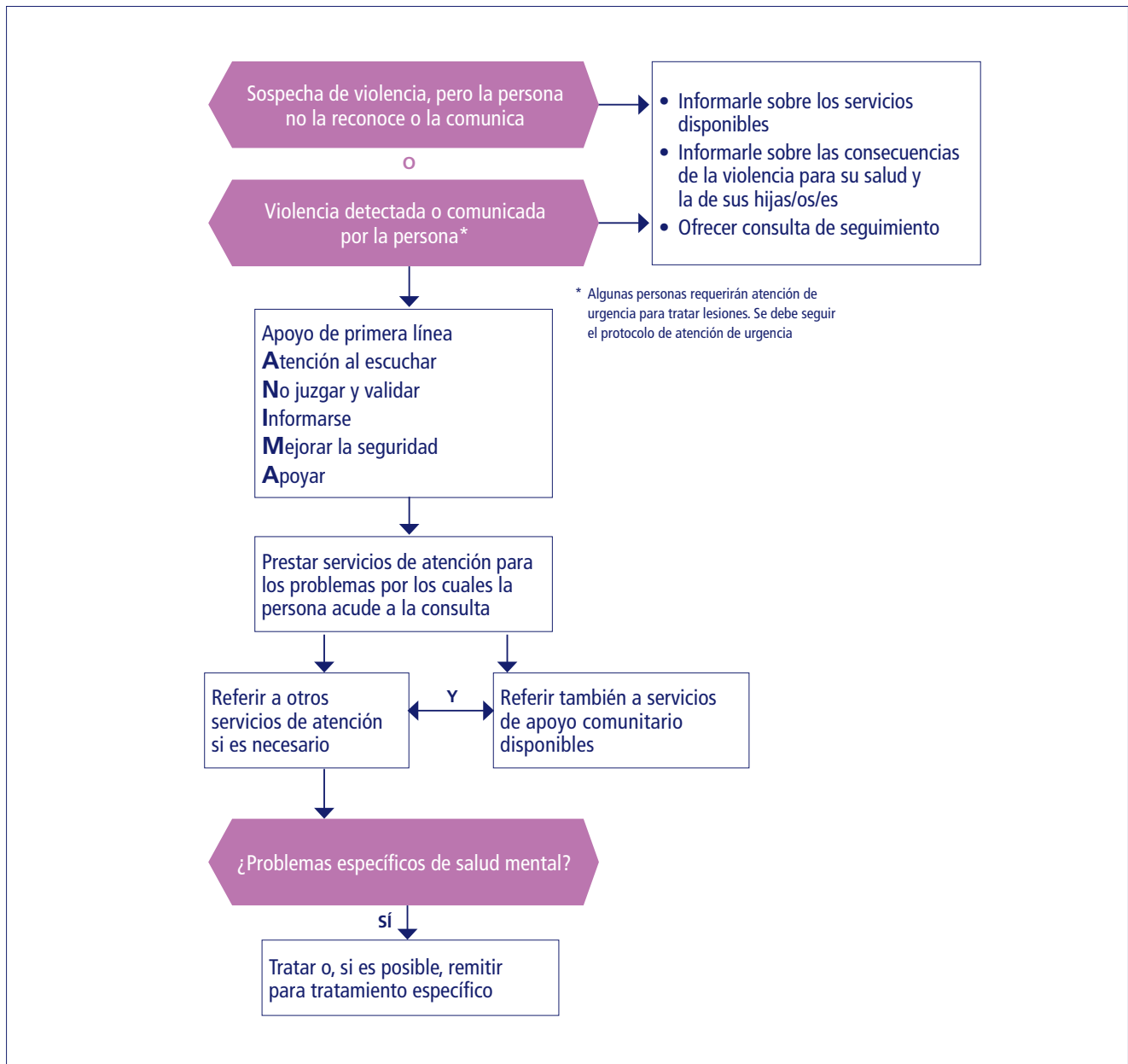
### Apéndice 1: Ejemplo de una vía de referencia para casos de violencia sexual y basada en el género



Fuente: Adaptado con autorización de Global Protection Cluster. Handbook for coordinating gender-based violence interventions in humanitarian settings. Ginebra: Global Protection Cluster; 2010. Disponible en: <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2014/04/Handbook-for-Coordinating-Gender-based-Violence-in-Humanitarian-Settings-GBV-AoR-2010-ENGLISH.pdf>. Consultado el 28 de abril de 2022. Nota: Basado en la vía de referencia para casos de VBG en Darfur



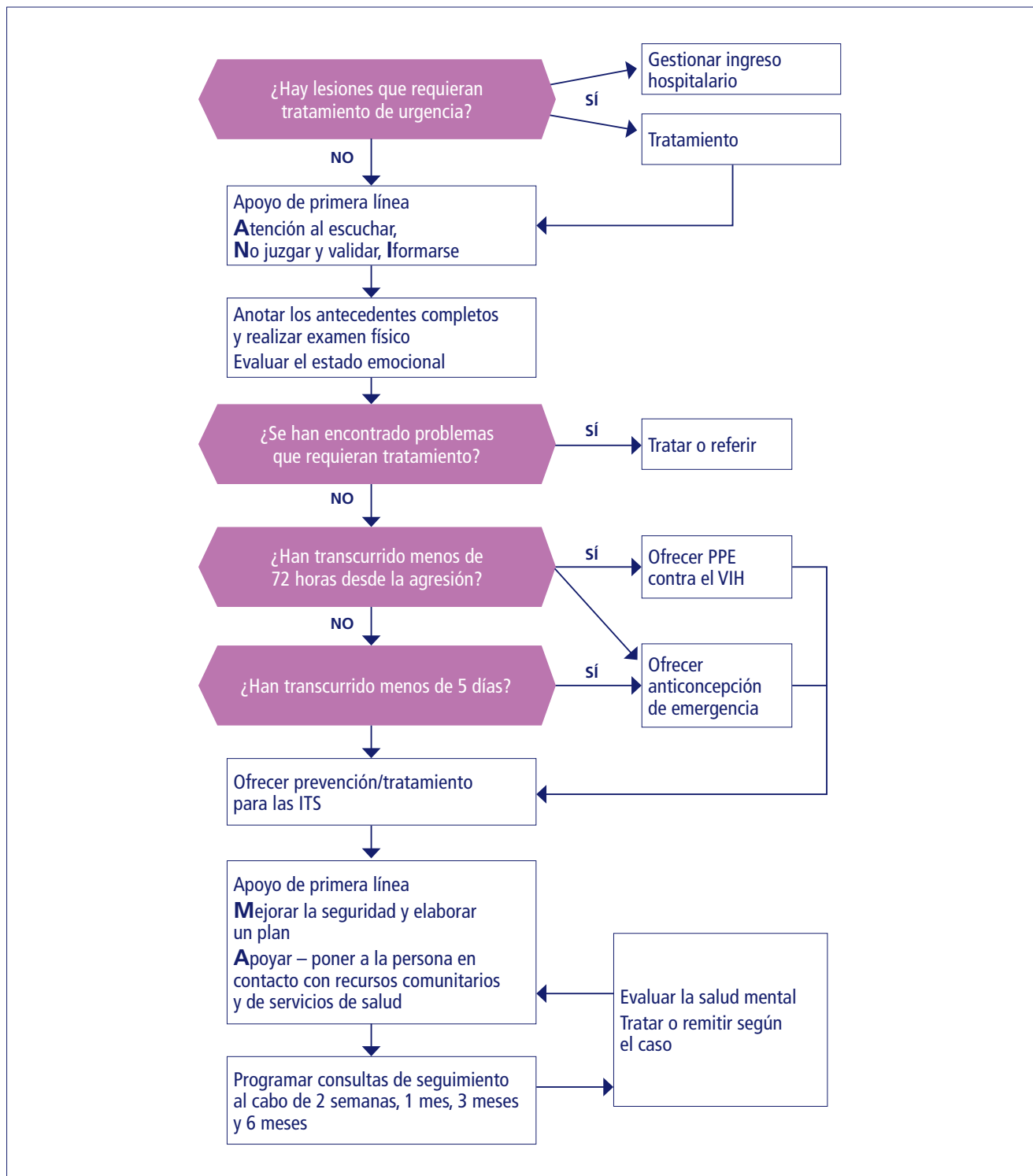
## Apéndice 2: Diagrama de flujo de la atención a personas usuarias que experimentan violencia infligida por una pareja íntima



Fuente: Reproducido/traducido con autorización de la Organización Mundial de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: manual clínico Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf> Consultado el 28 de abril de 2022.



## Apéndice 3: Diagrama de flujo de atención inicial tras una agresión



Fuente: Reproducido/traducido con autorización de la Organización Mundial de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: manual clínico Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf> Consultado el 28 de abril de 2022.

# Capítulo 11:

## Prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios

# índice

<b>1. Introducción</b>	<b>390</b>
<b>2. Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para salud sexual y reproductiva</b>	<b>391</b>
2.1 Actividades y objetivos del PSIM	392
2.2 Kits interinstitucionales de salud reproductiva para respaldar el PSIM en situaciones de emergencia	403
<b>3. Servicios de salud sexual y reproductiva integrales</b>	<b>404</b>
3.1 La transición desde el PSIM hacia los servicios de salud sexual y reproductiva básicos una vez que se ha estabilizado la situación	404
<b>4. Asistencia en situaciones de crisis humanitaria</b>	<b>404</b>
<b>5. Referencias</b>	<b>405</b>
5.1 Recursos	407



## 1. Introducción

La salud sexual y reproductiva es un derecho humano de todas las personas, incluidas personas refugiadas o que viven en contextos humanitarios. Dada la naturaleza de estas difíciles situaciones, la prestación de servicios de salud requiere un enfoque multisectorial e integrado a fin de satisfacer las necesidades de las comunidades afectadas. El objetivo de este capítulo es describir la aplicación y adaptación de estándares para los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios.

Las crisis humanitarias se dan dentro de una variedad de contextos y situaciones. Pueden ser el resultado de catástrofes naturales, conflictos, fenómenos de evolución lenta o rápida, brotes de enfermedades contagiosas y emergencias políticas complejas, y pueden ocurrir en entornos tanto rurales como urbanos. Las crisis pueden ocurrir en cualquier momento y en cualquier país [1].

Se calcula que, en 2021, 235 millones de personas requirieron ayuda humanitaria [2]. En general, el 25 por ciento de las personas que requieren ese tipo de ayuda son mujeres y niñas en edad reproductiva [3].

En 1994, por primera vez en la historia, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, Egipto, se ofreció una definición clara de salud reproductiva y se reconocieron los derechos sexuales y reproductivos. Esto incluyó el reconocimiento específico de que los derechos y la salud sexual y reproductiva no se suspenderían en períodos de conflictos y catástrofes (*apartado A 7.11*) [4]. En 2018 se revisó la definición para incorporar componentes de salud sexual, derecho sexuales, salud reproductiva y derechos reproductivos [5].

El Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG, por sus siglas en inglés) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis lanzó por primera vez, en 1996, el Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM), un conjunto de servicios mínimos de salud sexual y reproductiva que deben estar disponibles para personas al comienzo de una emergencia.\* Desde entonces, el PSIM se ha incluido en normas humanitarias mundiales, como las normas Esfera,<sup>†</sup> que constituyen directrices mundiales de respuesta humanitaria. La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) es miembro del Comité Directivo del IAWG, que da forma a las prioridades estratégicas del Grupo y a las reglas de gobernanza para garantizar que las actividades

### Acrónimos

<b>BEmONC</b>	atención obstétrica y neonatal de emergencia básica
<b>CEmONC</b>	atención obstétrica y neonatal de emergencia integral
<b>IAWG</b>	Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis.
<b>IPPF</b>	Federación Internacional de Planificación Familiar
<b>ITS</b>	infección de transmisión sexual
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PPE</b>	profilaxis posterior a la exposición
<b>PSIM</b>	Paquete de servicios iniciales mínimos

prioritarias, las labores de incidencia política y las comunicaciones externas estén en consonancia con sus principios [6].

El *Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios* [7] del IAWG funciona como la norma humanitaria para salud sexual y reproductiva y reconoce que las personas en contextos humanitarios se enfrentan a mayores riesgos y a barreras adicionales para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. El Manual de trabajo se publicó por primera vez en 1999 y se revisó en 2010 y de nuevo en 2018 [7]. En la edición de 2018, se describen en el capítulo 2 los principios fundamentales de la programación en materia de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios: (1) trabajar en el marco de una alianza donde prime el respeto mutuo; (2) promover los derechos humanos y reproductivos mediante la programación de salud sexual y reproductiva; (3) garantizar la solidez técnica, los derechos humanos y la rendición de cuentas en materia financiera; y (4) compartir información y resultados. Además, se incorpora el PSIM en el capítulo 3 y se actualiza para reflejar las buenas prácticas documentadas en contextos de crisis en todo el mundo. Se añade también otro objetivo (la prevención de embarazos no deseados), así como una prioridad más: garantizar la atención para el aborto seguro en la máxima medida permitida por la ley. En el *apartado 2* se comenta en detalle el PSIM.

\* El IAWG es una coalición internacional de organizaciones y personas que trabajan juntas para, de forma colectiva, promover los derechos y la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios. El IAWG se fundó en 1995 y ha crecido para convertirse en una red de más de 2500 miembros individuales. La dirección del IAWG está a cargo de un Comité Directivo de 21 miembros que incluyen organismos de las Naciones Unidas, organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y de investigación (más información disponible en: <https://iawg.net/about>).

† Más información disponible en: <https://spherestandards.org/es/>.



## 2. Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para salud sexual y reproductiva

Los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecen atención esencial y vital, así como el acceso a ella como derecho humano. Los servicios de salud sexual y reproductiva deben estar disponibles para todas las personas, incluso al comienzo de una crisis, en un plazo de 48 horas. No obstante, en una emergencia la atención debe centrarse exclusivamente en las prioridades de salud sexual y reproductiva que eviten la muerte, tal como se establece en el PSIM. El PSIM se basa en evidencias ampliamente documentadas acerca de las necesidades de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y en los estándares normativos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El paquete incluye los servicios y las actividades mínimos y de mayor prioridad que tendrán el máximo efecto en la reducción de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la salud sexual y reproductiva y que, por tanto, deben estar disponibles lo antes posible al comienzo de una crisis humanitaria. El PSIM sirve de guía para el personal de servicios de salud en relación con la atención prioritaria en materia de salud sexual y reproductiva, así como con el restablecimiento de servicios integrales de salud sexual y reproductiva en cuanto sea posible para la etapa de recuperación de la crisis, o durante situaciones de crisis humanitaria que se prolongan. El PSIM reconoce la importancia de incluir a las poblaciones con servicios insuficientes y marginalizadas en todos los aspectos del ciclo de respuesta ante catástrofes.

Se deben trazar planes para los PSIM en épocas de estabilidad como parte de las iniciativas de preparación frente a catástrofes, de modo que se puedan poner en marcha respuestas rápidas al comienzo de una crisis. Ampliar la capacidad de los equipos —desde los de responsables de decisiones hasta los de personas proveedoras de servicios de salud— es importante para pasar de la programación de rutina a la programación de respuesta en emergencias. La Evaluación de preparación del PSIM [8] puede ayudar a las asociaciones miembros a identificar y priorizar las áreas en las que es necesario actuar. Se basa en un cuestionario que explora la preparación en materia de políticas, coordinación, datos, recursos y prestación de servicios de salud en relación con los objetivos del PSIM a nivel nacional y subnacional. Hay módulos de capacitación y recursos adicionales disponibles a través de la herramienta Ready to Save

Lives [9], así como los módulos de capacitación del PSIM para responsables políticos, gerentes de proyectos y personas proveedoras de servicios de salud, disponibles en el sitio web de IPPF [10].

Los servicios de salud prestados con un programa de PSIM pueden ofrecerse a través de distintas modalidades, como en clínicas fijas, clínicas móviles o mediante apoyo a centros médicos del ministerio de salud. Es posible que las asociaciones miembros no puedan prestar todos los servicios enumerados en los objetivos del PSIM; no obstante, es importante hacer un mapeo de los servicios de salud al comienzo de una acción de respuesta a fin de establecer mecanismos de referencia para todos los servicios del PSIM y para evitar la duplicación. Durante la implementación del PSIM también es importante utilizar herramientas de información, educación y comunicación para transmitir a las poblaciones objetivo mensajes coherentes en relación con temas de salud sexual y reproductiva y con los servicios de salud disponibles [11]. Hay recursos adicionales que complementan el PSIM y el Manual de trabajo del IAWG en las áreas de atención al recién nacido [12] y de salud sexual y reproductiva de adolescentes [13], así como para la ejecución de programas de salud sexual y reproductiva de emergencia durante la pandemia de COVID-19 [14]. Se recomienda la participación en el IAWG para permanecer al tanto de las novedades en materia de incidencia política y de guías elaboradas para emergencias nuevas específicas (p. ej. el virus del Ébola, el COVID-19, etc.).

Al comienzo de una crisis es esencial centrarse en el paquete definido de servicios mínimos de salud sexual y reproductiva (tal como se describen en el PSIM); no obstante, es importante recordar la necesidad de ampliar o reanudar los servicios integrales de salud sexual y reproductiva tan pronto como sea posible después de la crisis. Una vez que el PSIM esté instaurado, el personal de servicios de salud puede empezar a implementar más servicios de salud sexual y reproductiva (consultar el *Objetivo 6 del PSIM*). El PSIM completo se detalla en el capítulo 3 del Manual de trabajo del IAWG [7]. En otros capítulos del Manual de trabajo se ofrece más información sobre servicios de salud sexual y reproductiva.



Los objetivos del PSIM, que ahora son más de 6, se muestran en la *figura 1*. La atención del aborto seguro ahora se incluye como prioridad adicional. Los principales elementos de las actividades y los objetivos del PSIM se resumen en el *apartado 2.1*.<sup>‡</sup> Los kits interinstitucionales de salud reproductiva para respaldar las actividades del PSIM en situaciones de emergencia se describen en el *apartado 2.2*.

No todas las asociaciones miembros disponen de recursos y capacidad suficientes para alcanzar todos los objetivos del PSIM. Sin embargo, es muy importante mapear los servicios de salud y coordinarse con otros organismos, a través del IAWG o de otros mecanismos de coordinación, a fin de garantizar que todos los objetivos del PSIM se apliquen en la práctica y de establecer vías de referencia para facilitar el acceso a todos los servicios de salud del PSIM. Además, si se encuentran lagunas en la implementación del PSIM, es esencial promover la prestación de estos servicios a través del IAWG, grupos sectoriales de salud, el ministerio de salud y otras entidades socias.

## 2.1 Actividades y objetivos del PSIM

### Objetivo 1 del PSIM: Asegurarse de que el sector/grupo de salud identifique a una organización para que se encargue de implementar el PSIM

El Objetivo 1, centrado en la coordinación, consiste en designar a un coordinador de salud sexual y reproductiva (una organización líder en salud sexual y reproductiva) para que ofrezca apoyo técnico y operativo a todas las agencias involucradas (tanto gubernamentales como no gubernamentales) y para evitar la duplicación y las lagunas en los servicios de salud, así como para garantizar que las actividades y los servicios de salud organizados entre las instituciones sean complementarios. El grupo de trabajo para la salud sexual y reproductiva a menudo está codirigido por el ministerio de salud y una agencia de la ONU, pero otros organismos también pueden participar en la dirección.

**FIGURA 1: Objetivos del Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud sexual y reproductiva**



<sup>‡</sup> Si bien la mayor parte de la información en el *apartado 2.1* se ha extraído del PSIM [7], también se incluye información adicional que se cita en el texto.





Las asociaciones miembros de IPPF deben designar a una persona de contacto para ayuda humanitaria dentro de su organización que sea responsable de garantizar que durante la respuesta se lleven a cabo actividades del PSIM y de informar sobre el trabajo humanitario de la asociación tanto al grupo de trabajo para la salud sexual y reproductiva como al Grupo de Protección (o mecanismo similar).

El sistema de grupos temáticos se estableció en 2005 como parte de la agenda de Reforma Humanitaria de la ONU para garantizar una coordinación más efectiva en el contexto de crisis humanitarias [15]. Al comienzo de una emergencia, las agencias se reúnen con sus grupos temáticos respectivos para ofrecer una respuesta coordinada, efectiva, oportuna y con mejores recursos.

Dentro del Grupo de Protección (o equivalente) se puede formar un subgrupo sobre violencia sexual y basada en el género, normalmente bajo la dirección del ministerio nacional de asuntos de la mujer (o equivalente) o una agencia de la ONU. Independientemente de si una asociación miembro está implementando directamente servicios de salud relacionados con la violencia sexual y basada en el género, es recomendable que participe en los grupos de protección o de violencia sexual y basada en el género para lograr una mejor integración del trabajo en las áreas de derechos y salud sexual y reproductiva y violencia sexual y basada en el género.

## **Objetivo 2 del PSIM: Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes**

En el *capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género* se puede consultar más información sobre el trabajo en el área de violencia sexual y basada en el género. Este apartado se centra específicamente en las actuaciones en el área de violencia sexual y basada en el género dentro de un contexto humanitario.

El PSIM se centra en el tratamiento y la prevención de la violencia sexual centrados en la persona sobreviviente.

Si bien el PSIM se enfoca principalmente en la violencia sexual, las asociaciones miembros deberían adoptar una perspectiva centrada en la persona sobreviviente para

## **Objetivo 1 del PSIM**

La organización de salud sexual y reproductiva a cargo:

- Designa a una persona para la coordinación de la salud sexual y reproductiva para que proporcione apoyo técnico y operativo a todos los organismos que prestan servicios de salud.
- Organiza reuniones periódicas con todos los actores interesados a fin de facilitar la acción coordinada y procurar la implementación del PSIM.
- Informa al subgrupo/sector de salud o violencia de género, o en las reuniones de coordinación nacional sobre VIH, acerca de cuestiones relacionadas con la implementación del PSIM.
- Junto con los mecanismos de coordinación de salud/violencia de género/VIH, asegura el mapeo y análisis de los servicios de salud sexual y reproductiva existentes.
- Comparte información sobre la disponibilidad de servicios y productos básicos de salud sexual y reproductiva.
- Procura que la comunidad sepa qué servicios de salud reproductiva están disponibles y dónde pueden conseguirse.

Fuente: IAWG [7].

abordar todas las formas de violencia sexual y basada en el género. IPPF prefiere usar el término «violencia sexual y basada en el género» en vez de «violencia basada en el género» o «violencia contra las mujeres» porque el primero pone énfasis en el componente sexual. Otras organizaciones prefieren usar violencia sexual y basada en el género, violencia de género o violencia contra las mujeres dependiendo de sus objetivos y actividades, pero violencia sexual y basada en el género y violencia de género pueden utilizarse indistintamente, del mismo modo que violencia contra las mujeres, al hablar de mujeres sobrevivientes (más información en el *capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género*).

La violencia sexual y basada en el género comprende cuatro categorías de violencia: violencia sexual, violencia física, violencia emocional o psicológica (incluidas amenazas y coerción), y la privación arbitraria de oportunidades económicas o sociales a una persona. La mayoría de



los casos de violencia sexual y basada en el género son perpetrados por hombres contra mujeres y niñas<sup>§</sup>, tanto en épocas de estabilidad como durante emergencias. Se calcula que en todo el mundo una de cada tres mujeres ha experimentado violencia sexual y basada en el género en algún momento de su vida [16].

Debido al estigma, la vergüenza, el miedo, la culpabilización de las víctimas y la ausencia de servicios sociales de apoyo, las personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género a veces no pueden o no desean denunciar casos de violencia sexual y basada en el género. Otro de los factores que perjudican a las personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género y su capacidad para denunciar son las estructuras de gobierno y las leyes que promueven la desigualdad de género, que no protegen a las personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género y que no hacen rendir cuentas a quienes ejercen esa violencia. En contextos de crisis humanitaria se producen aún mayores trastornos en los sistemas de apoyo y servicios de salud para las personas sobrevivientes. Todos estos problemas dan como resultado que no se denuncien todos los casos y que no haya suficientes datos exactos sobre la prevalencia de violencia sexual y basada en el género. No obstante, se puede dar por sentado de forma generalizada que, a pesar de que faltan datos adecuados, hay violencia sexual y basada en el género en todos los contextos [17].

Las personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género pueden experimentar diversas consecuencias negativas en su salud, particularmente quienes hayan experimentado violencia sexual, y pueden tener necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Estas consecuencias pueden ser, entre otras, embarazos forzados y no planificados, abortos no seguros, fístulas traumáticas, infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH, daños en los órganos reproductivos, e incluso la muerte [18]. Si bien las causas raíz de la violencia sexual y basada en el género son la desigualdad de género y los roles de género nocivos, en un contexto humanitario hay factores específicos que contribuyen a su incremento:

- La desintegración de comunidades, que genera poblaciones desplazadas y sistemas de protección insuficientes [19].
- Alteraciones en los sistemas de orden público, como los organismos policiales y de apoyo jurídico, y en otros servicios [20].

- El desplazamiento de personas, tanto en refugios temporales al principio como cuando es prolongado [20].
- La separación de familias y miembros de la comunidad que da como resultado una mayor desintegración del apoyo comunitario y otros mecanismos de protección [21].
- Conflictos y desplazamientos, con las consiguientes consecuencias socioeconómicas (pérdida de empleo y de ingresos, así como cambios en los roles y condiciones sociales), la desestabilización de comunidades y sociedades, y la creación de divisiones; esto puede normalizar la violencia en la sociedad [19].
- La falta de privacidad y la desintegración de unidades familiares durante el desplazamiento, tanto en campos de refugiados como en entornos urbanos (p. ej. cuando varias familias, que pueden conocerse de antes o no, tienen que convivir en el mismo espacio) [17].
- Los interrogatorios largos en los controles de seguridad y la consiguiente separación de los miembros de la familia pueden colocar en una situación de vulnerabilidad a las personas desplazadas, especialmente si sus documentos de identidad/pasaportes se han perdido o confiscado [17].
- Un contexto en el que hay impunidad para quienes ejercen la violencia [17].

### Manejo clínico de las agresiones sexuales

Las asociaciones miembros trabajan para satisfacer las necesidades de personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género en todos los contextos (consultar el *capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género*). No obstante, en contextos humanitarios es necesario tener en cuenta algunas consideraciones adicionales para prestar un apoyo efectivo a las personas sobrevivientes. Entre las consideraciones clínicas se incluyen las siguientes:

- Observar los principios rectores sobre violencia sexual y basada en el género para satisfacer las necesidades de sobrevivientes de violencia sexual (seguridad, confidencialidad, respeto y no discriminación) [7]), adoptar una perspectiva centrada en la persona sobreviviente y siempre creer a la persona sobreviviente. El modelo ANIMA (Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse, Mejorar la seguridad y Apoyar) [16] es el estándar para la prestación de servicios de salud a personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género.

§ Los hombres y niños también pueden experimentar violencia sexual y, por lo tanto, pueden requerir servicios de salud pertinentes. No obstante, la violencia sexual y basada en el género afecta de forma desproporcionada a mujeres y niñas. Los hombres y niños deberían tener acceso a los mismos servicios de salud y de apoyo que las mujeres y niñas si los necesitan.



- La prestación de servicios de salud debe ajustarse a las necesidades de comunicación de la persona sobreviviente de violencia sexual y basada en el género con el uso de material audiovisual auxiliar o traducciones si es necesario.
- Los servicios de salud deberían estar disponibles para personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género que acudan para recibir atención, incluida la anticoncepción de emergencia, la atención para el aborto seguro, la profilaxis posterior a la exposición (PPE) al VIH, el tratamiento de ITS, el tratamiento preventivo de la hepatitis B y el tétano, y el apoyo psicológico de primera línea (más información disponible en el [capítulo 10: Violencia sexual y basada en el género](#)).

Al trabajar con personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género debe haber un espacio seguro, confidencial y privado donde se puedan reunir el personal de servicios de salud y las personas usuarias. Antes de iniciar el tratamiento o el examen físico, el personal de servicios de salud debería obtener el consentimiento informado de la persona en relación con los servicios de salud que se le van a prestar y la información que se va a guardar en sus antecedentes. El personal de servicios de salud debe respetar la decisión de las personas usuarias si no quieren otorgar consentimiento. Es necesario obtener consentimiento en todos los pasos del examen físico y la persona puede retirarlo en cualquier momento (más información disponible en el [capítulo 2: Requisitos de las instalaciones y antecedentes/examen físico de las personas usuarias de los servicios](#) y en el [capítulo 3: Consejería](#)).

### Referencias a otros servicios

Si una asociación miembro no puede prestar directamente servicios para el manejo clínico de agresiones sexuales, debe poder ofrecer referencias de forma oportuna. Además, todas las asociaciones miembros deben poder referir a las personas sobrevivientes a servicios especializados de violencia sexual y basada en el género para necesidades que no sean de naturaleza médica.

- Se deben actualizar de referencias para violencia sexual y basada en el género de acuerdo a los cambios que haya en la disponibilidad de los servicios o en la forma de acceso a ellos, o crear una vía de referencia nueva si no hay ninguna. Todo el personal y voluntariado que trabaje con personas sobrevivientes debe recibir capacitación sobre la referencia actualizada y cómo usarla.

- Es necesario que todo el personal que utilice esa referencia conozca las barreras que pueden encontrar las personas usuarias (p. ej. qué idiomas se hablan, qué tipo de apoyo reciben las personas con discapacidad, si los hombres pueden acceder al servicio o es solo para mujeres).
- Cuando una asociación miembro preste servicios para el manejo clínico de agresiones sexuales, debe dar a conocer de forma proactiva la información sobre cómo acceder a esos servicios al personal de servicios de violencia sexual y basada en el género y de otros servicios de salud, a las personas sobrevivientes y a las comunidades.

### Cribado de violencia sexual y basada en el género

A nivel mundial, el cribado de violencia sexual y basada en el género en entornos de servicios de salud es objeto de estudios continuos para determinar las mejores prácticas y la efectividad en relación con el bienestar de las personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género [22,23]. Dados los estudios y datos disponibles actualmente, **IPPF no recomienda el cribado para sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género en contextos de emergencia humanitaria**. No obstante, si se llevan a cabo cribados de violencia sexual y basada en el género deben cumplirse los siguientes tres requisitos antes de que el cribado selectivo o la detección de casos puedan implementarse en un contexto de servicios de salud<sup>¶</sup>:

- La clínica puede garantizar la privacidad, seguridad y confidencialidad de las personas usuarias.
- La clínica puede garantizar que el personal de servicios de salud tenga las actitudes y aptitudes necesarias.
- La clínica puede garantizar que el personal de servicios de salud pueda ofrecer algo a las personas sobrevivientes (p. ej. una vía de referencia).

Si no se cumplen estas tres condiciones, no debería llevarse a cabo el cribado de violencia sexual y basada en el género, pues podría perjudicar más a las personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género e ir en contra del principio humanitario de «no causar daño». La evidencia sobre el cribado de violencia sexual y basada en el género en entornos de emergencia humanitaria es limitada. Sin embargo, las tres condiciones mencionadas arriba normalmente se ven alteradas en situaciones de emergencia y en ese caso no debería llevarse a cabo el cribado de violencia sexual y basada en el género. Esto es así, en particular, cuando es necesario ofrecer a las personas

¶ El cribado selectivo, también llamado detección de casos, implica formular preguntas sobre violencia a personas sobrevivientes si el personal de servicios de salud tiene motivos para sospechar un caso de violencia o maltrato en base a determinados signos y síntomas [23].



sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género referencias a otros servicios, dado que en una situación de emergencia crear una referencia puede ser difícil y requiere tiempo. Identificar a personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género a través de cribados sin tener la capacidad de brindarles la ayuda psicosocial y los servicios de salud que necesitan no solo es poco ético, sino que además va en contra del objetivo principal del cribado de violencia sexual y basada en el género [24].

En la medida de lo posible, en el personal tanto clínico como no clínico debe haber una representación de género que guarde proporción con la que existe en la población de personas usuarias. Todo el personal debe recibir capacitación en los aspectos básicos de violencia sexual y basada en el género y en el manejo de casos de violencia sexual y basada en el género, especialmente en cómo comunicarse con sensibilidad con personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género. Si su centro de salud no puede satisfacer los requisitos mencionados, deben trabajar con otros proveedores del área para crear una vía de referencia segura, confiable y confidencial para personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género, de forma que puedan recibir los servicios de salud apropiados.

### Objetivo 2 del PSIM

- Trabajar con otros grupos, en especial el subgrupo de protección o de VBG, para poner en marcha medidas de prevención en el ámbito comunitario, local y distrital, incluidos establecimientos de salud para proteger a las poblaciones afectadas, en especial mujeres y niñas, frente a la violencia sexual.
- Prestar atención clínica y hacer derivaciones a otros servicios de apoyo que se ofrezcan para quienes sobrevivan a actos de violencia sexual.
- Habilitar espacios confidenciales y seguros dentro de los establecimientos de salud para recibir a las personas sobrevivientes de violencia sexual y brindarles atención clínica y derivaciones adecuadas (si la persona sobreviviente da su consentimiento informado).

Fuente: IAWG [7].

### Objetivo 3 del PSIM: Prevenir la transmisión del VIH y otras ITS y reducir su morbilidad y mortalidad

La prevalencia de ITS, incluido el VIH, puede aumentar en situaciones de emergencia si no hay servicios de prevención, detección y tratamiento. Las ITS pueden afectar gravemente a la salud sexual y reproductiva, y algunas pueden incrementar el riesgo de contagio del VIH.

En una situación de crisis, y en entornos de bajos recursos, se aplica el manejo sindrómico de las ITS. Esto supone manejar los casos en base a la presentación clínica (síntomas y signos) con la ayuda de un diagrama de flujo para la toma de decisiones y con el uso de microscopía, si está disponible y es apropiado. Los recursos adicionales necesarios para los exámenes etiológicos de ITS no son justificables en situaciones de emergencia. En el [capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual](#) hay más información sobre síntomas, signos y el manejo clínico de ITS, incluidos diagramas de flujo para el manejo sindrómico (consultar el [apéndice 3 del capítulo 6](#)).

En una situación de crisis deben adoptarse medidas de precaución y de control de infecciones. La gerencia de los servicios de salud, las personas proveedoras de servicios de salud y la coordinación de salud sexual y reproductiva deben trabajar conjuntamente para reducir la transmisión del VIH y otras ITS a través del cumplimiento de protocolos de prevención, el uso de equipos de protección individual (batas, guantes, etc.), el acceso a instalaciones para el lavado de manos, y la disponibilidad de preservativos y medicamentos (medicamentos para ITS, antirretrovirales, incluida la PPE para el VIH, así como la profilaxis con cotrimoxazol para evitar infecciones oportunistas en personas que viven con el VIH). Además, es posible que las asociaciones miembros deseen coordinarse con programas nacionales de control del VIH/SIDA, como el Global Fund y el President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) de Estados Unidos. Esos organismos pueden ofrecer orientación, protocolos nacionales, kits para realizar pruebas y medicamentos.

Las transfusiones sanguíneas seguras y racionales requieren que toda la sangre que se done se someta a pruebas de detección del VIH y de otras infecciones transmisibles por la sangre. La sangre donada debe someterse a pruebas de detección del VIH, hepatitis B y C, y sífilis. Debe haber sistemas que garanticen que los hospitales a los que se realicen derivaciones dispongan de suficientes reservas de sangre, suministros y personal calificado para ofrecer transfusiones seguras y racionales [7,25].



Consideraciones específicas sobre el VIH (en el [capítulo 7: VIH](#) se ofrece más información):

- En las personas que viven con el VIH y que ya han empezado una terapia antirretroviral, la interrupción o discontinuación del tratamiento podría generar resistencia a los medicamentos antirretrovirales y aumentar de forma significativa las probabilidades de sufrir una enfermedad grave o incluso de muerte. Es vital que las personas en terapia antirretroviral puedan continuar su tratamiento.
- Al comienzo de una crisis no es factible implementar pruebas y consejería por iniciativa del personal, ni ofrecer consejería voluntaria y pruebas a petición a la población general. La única excepción son las pruebas de VIH y la consejería en el contexto de programas de prevención de transmisión perinatal, que debe continuar, para reducir el riesgo de transmisión al feto/bebé.
- Los servicios de pruebas y la consejería por iniciativa del personal y las pruebas y consejería voluntarias deben reinstaurarse tan pronto como sea posible cuando ya se hayan establecido todas las demás prioridades del PSIM. Así se garantiza que la terapia antirretroviral pueda iniciarse tan pronto como sea posible para las personas que viven con el VIH. La OMS recomienda empezar la terapia antirretroviral para todas las personas con VIH independientemente de la etapa clínica establecida por la OMS y del recuento de CD4 [26].
- La profilaxis con cotrimoxazol es un tratamiento médico sencillo y bien tolerado para la prevención de infecciones oportunistas en personas que viven con el VIH. Se recomienda para personas adultas (incluidas personas embarazadas), bebés, niñas, y adolescentes con VIH, así como personas con VIH y tuberculosis activa (en el [capítulo 7: VIH, recuadro 2](#) se ofrecen más detalles, así como en las directrices de la OMS sobre PPE y profilaxis con cotrimoxazol [27]).
- La PPE debe estar disponible para personas sobrevivientes de violencia sexual y basada en el género y para quienes hayan tenido una exposición accidental a sangre (p. ej. una persona que presta servicios médicos con una lesión causada por una jeringa).

Las medidas para reducir la transmisión de ITS y del VIH deben incluir una gran disponibilidad de preservativos y entrega gratuita de los mismos. Dado que los preservativos ofrecen la mejor protección frente a las ITS, incluido el VIH, es esencial que haya preservativos tanto masculinos como femeninos (lubricados o con lubricantes compatibles con preservativos, según sea necesario) en todos los lugares apropiados (en el centro de salud o fuera de él) desde los primeros días de la respuesta humanitaria.

### Objetivo 3 del PSIM

- Establecer un uso seguro y racional de las transfusiones de sangre.
- Velar por que se apliquen las precauciones estándar.
- Garantizar la disponibilidad de preservativos masculinos gratuitos y, cuando corresponda (p. ej. cuando la población ya los use), garantizar que se proporcionen preservativos femeninos, así como lubricantes compatibles con preservativos.
- Brindar apoyo para que se proporcionen antirretrovirales a quienes se hayan inscrito antes de la emergencia en programas de tratamiento antirretroviral, a fin de que puedan continuar con su tratamiento; entre esas personas se incluyen las mujeres inscritas en programas de prevención de la transmisión perinatal.
- Proporcionar PPE a sobrevivientes de violencia sexual según corresponda, y en el caso de exposición laboral.
- Apoyar que se proporcione profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas a pacientes a quienes se les diagnostique VIH o de quienes ya se sepa que viven con VIH.
- Garantizar que en los establecimientos de salud se ofrezca el manejo sintomático de ITS.

Fuente: IAWG [7].



## Objetivo 4 del PSIM: Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos

A nivel mundial, una de cada siete mujeres embarazadas (aproximadamente el 15 por ciento) sufrirá complicaciones durante el embarazo o el parto, dos terceras partes de las muertes maternas prevenibles y el 45 por ciento de las muertes de recién nacidos se dan en países afectados por conflictos o por catástrofes naturales recientes, o por ambos eventos. [7]. El índice mundial de mortalidad materna sigue siendo alto: se calcula que en 2017 hubo 295.000 muertes por causas «relacionadas con el embarazo o su manejo, o agravadas por ellos» durante el embarazo y hasta 42 días después del fin del embarazo [28]. Por cada mujer que muere durante el embarazo o el parto, hay entre 20 y 30 otras que sufren discapacidad grave, infecciones o lesiones como consecuencia de esos procesos [29].

Casi tres cuartas partes de las muertes maternas tienen causas obstétricas directas, principalmente:

- hemorragia, principalmente justo después del parto;
- infección/septicemia (normalmente después del parto);
- tensión alta durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia);
- complicaciones del parto (p. ej. distocia);
- abortos inseguros [30].

Además, un poco más de una de cada cuatro muertes maternas se deben a causas indirectas, como infecciones (p. ej. malaria, VIH) o a enfermedades crónicas preexistentes (p. ej. cardiopatía, nefropatía, diabetes) agravadas debido al embarazo [30]. En situaciones de crisis, las personas embarazadas tienen menos oportunidades de visitar instalaciones de servicios de salud y recibir ayuda médica. Es posible que los centros de salud se hayan destruido, que los quirófanos o salas de dilatación y parto no estén operando, que no haya medicamentos básicos y que el personal médico capacitado haya abandonado la zona. Las agencias de ayuda humanitaria deben ampliar sus capacidades para ofrecer servicios de salud vitales. La atención que se presta en emergencias debe centrarse en el trabajo de parto/intraparto y en el postparto/periodo de puerperio inmediato, pues es cuando se producen más muertes.

La atención al recién nacido forma parte de la atención continua a la salud sexual y reproductiva. Es crítica para garantizar la salud y seguridad al comienzo de la vida.

La atención básica al recién nacido es atención básica que debe prestarse a todos los bebés y que incluye la supervisión de la temperatura, la prevención de infecciones, la iniciación de la respiración, el apoyo para la alimentación, el control de señales de peligro, los controles postnatales, la identificación de complicaciones en el recién nacido y referencias de emergencia a otros servicios [31]. Hay más información sobre cuidados del recién nacido en el manual de trabajo sobre la salud del recién nacido del IAWG [12].

Hay siete funciones destacadas básicas (acciones) que abordan las causas principales de mortalidad materna, y que en su conjunto reciben el nombre de atención obstétrica y neonatal de emergencia *básica* (BEmONC) (consultar la [tabla 1](#) en la página siguiente). En el nivel secundario debería haber otras dos funciones destacadas que, conjuntamente con las siete funciones básicas destacadas, se denominan atención obstétrica y neonatal de emergencia *integral* (CEmONC) (consultar la [tabla 1](#) en la página siguiente). Cuando los servicios regulares se interrumpen debido a una crisis, se debe establecer un sistema de referencia disponible las 24 horas para que las personas que lo necesiten puedan acceder a BEmONC y CEmONC durante el trabajo de parto, el parto e inmediatamente después del parto. Estos servicios de salud deben ofrecerse a las personas usuarias de forma gratuita. A fin de acceder a estos servicios de salud, la principal organización de salud sexual y reproductiva (o coordinación principal) debe identificar el centro o centros de salud más cercanos con la capacidad adecuada, proporcionar esta información a las personas usuarias, ofrecer transporte al centro de salud apropiado más próximo, garantizar que un miembro responsable del personal reciba a la persona en el lugar al que se la ha referido, y buscar información de seguimiento sobre la atención a la persona, así como sobre los resultados, a fin de mejorar el sistema de referencia si es necesario.

La atención posterior al aborto puede reducir el riesgo de complicaciones potencialmente mortales derivadas de un aborto inseguro o espontáneo, y por lo tanto debe estar disponible tan pronto como sea posible durante una crisis. El tratamiento puede incluir medicamentos y aspiración por vacío manual. En el [capítulo 5: Atención del aborto](#) se ofrecen más detalles.

Se calcula que entre un 10 y un 15 por ciento de los partos requieren una cesárea para evitar la muerte de la madre o del recién nacido [32]. Por lo tanto, la CEmONC (incluidas las instalaciones quirúrgicas y de transfusión de sangre) es vital y es necesario establecer servicios o un sistema de referencia.

Al comienzo de una crisis, es posible que las personas embarazadas no tengan acceso a centros de salud y que se vean obligadas a parir en sus casas sin la ayuda de



personal obstétrico calificado. Para mejorar las prácticas obstétricas, deben suministrarse kits para partos higiénicos y kits de cuidados del recién nacido a aquellas personas embarazadas que estén en el tercer trimestre de embarazo y que no tengan acceso las 24 horas a una instalación

donde se presten servicios BEmONC [7,12]. No obstante, siempre se debe recomendar a las personas embarazadas que acudan a una instalación sanitaria para el parto y se les debe proporcionar información sobre indicios de riesgo obstétrico y sobre el acceso a instalaciones obstétricas.

**TABLA 1: Funciones destacadas de la atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral (BEmONC y CEmONC)**

BEmONC – Los centros de salud deberían tener los recursos necesarios para ofrecer estas siete funciones BEmONC	CEmONC – Los hospitales deberían tener los recursos necesarios para ofrecer las nueve funciones CEmONC
1. Administrar antibióticos parenterales para el tratamiento de septicemias	1 – 7. Las mismas que las funciones BEmONC
2. Administrar medicamentos uterotónicos (p. ej. oxitocina parenteral o comprimidos de misoprostol) para el tratamiento de hemorragias postparto y administrar ácido tranexámico intravenoso además del cuidado estándar a las mujeres que reciban un diagnóstico clínico de hemorragia posparto	8. Realizar cirugías (p. ej. cesáreas) 9. Realizar transfusiones de sangre seguras adoptando medidas universales de prevención infecciones
3. Administrar medicamentos anticonvulsivos parenterales (es decir, sulfato de magnesio) para controlar preeclampsia y eclampsia graves	
4. Realizar partos vaginales asistidos (p. ej. con extracción con ventosa)	
5. Retirar la placenta manualmente	
6. Retirar después del parto, o de que se haya producido un aborto incompleto, aquellos productos de la concepción que hayan quedado retenidos	
7. Realizar tareas de reanimación neonatal básica (p. ej. con bolsa y máscara)	

Fuente: IAWG [7].

#### Objetivo 4 del PSIM

- Garantizar que haya servicios de parto higiénico y seguro, Atención obstétrica y neonatal de *emergencia* básica (EmONC) y vital, y que se pueda acceder a ellos, como por ejemplo:
  - En los hospitales que reciben derivaciones:** Personal médico calificado e insumos para la atención obstétrica y neonatal de *emergencia integral* (CEmONC)
  - En los establecimientos de salud:** Asistentes de parto con formación e insumos para partos vaginales sin complicaciones y para la atención obstétrica y neonatal de *emergencia básica* (BEmONC)
  - En el ámbito comunitario:** Suministro de información a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de parto seguro y de atención obstétrica y neonatal de *emergencia* (EmONC), y sobre la importancia de buscar atención en establecimientos de salud.

A las personas que estén visiblemente embarazadas y a quienes asisten los partos se les deben proporcionar kits de parto higiénico para promover partos higiénicos en el hogar cuando resulte imposible acceder a un establecimiento de salud.

- Establecer un sistema de derivación que esté disponible las 24 horas del día todos los días de la semana para facilitar el transporte y la comunicación desde la comunidad hacia el centro de salud y el hospital.
- Garantizar la disponibilidad de atención vital posterior al aborto en centros de salud y hospitales.
- Garantizar la disponibilidad de insumos y productos básicos para partos higiénicos y atención neonatal inmediata cuando no sea posible acceder a un establecimiento de salud o no exista la certeza de que se va a poder acceder.

Fuente: IAWG [7].



## Objetivo 5 del PSIM: Prevenir embarazos no deseados

Está bien comprobado el efecto positivo de la anticoncepción en la reducción de la mortalidad y morbilidad materna (además de en la prevención de embarazos no planificados): se calcula que la mortalidad se reduce en un 30 por ciento cuando las necesidades anticonceptivas están satisfechas [33].

Una variedad de anticonceptivos (anticonceptivos reversibles tanto de acción corta como de larga duración) debe estar disponible para todas las personas adolescentes y adultas sexualmente activas, sin estigma y desde el comienzo de una crisis. Los anticonceptivos evitan embarazos no deseados, lo que reduce también el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Además, la anticoncepción efectiva puede prevenir aproximadamente el 90 por ciento de las complicaciones relacionadas con los abortos inseguros [7]. En épocas de desplazamientos e inseguridad, es más probable que las personas deseen retrasar el momento de embarazarse. Los riesgos relacionados con los embarazos no planificados se exacerban en contextos humanitarios, y el acceso a los servicios de salud puede ser limitado.

Las herramientas de comunicación, educación e información en la comunidad son importantes para acabar con ideas erróneas sobre la anticoncepción. Debe buscarse la participación de las personas que forman parte de comunidades afectadas por crisis,

### Objetivo 5 del PSIM

- Asegurar la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos reversibles tanto de larga duración como de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos y anticoncepción de emergencia) en los establecimientos de atención primaria de la salud para satisfacer la demanda.
- Proporcionar información, incluidos materiales informativos, educativos y de comunicación (IEC) existentes, y consejería sobre anticoncepción que haga hincapié en la elección y el consentimiento informados, la eficacia, la privacidad y confidencialidad de las personas usuarias, la igualdad y la no discriminación.
- Asegurar que la comunidad tenga conocimiento de la disponibilidad de métodos anticonceptivos para todas las personas, incluidas personas adolescentes.

Fuente: IAWG [7].

incluidos grupos marginalizados y con servicios insuficientes, para concientizar acerca de las opciones anticonceptivas accesibles, disponibles y aceptables en la cultura.

La amplia distribución de preservativos gratuitos y de lubricantes compatibles con preservativos desde lugares discretos es importante para la prevención de ITS, incluido el VIH, y de embarazos no planificados.

## Objetivo 6 del PSIM: Planificar que los servicios de salud sexual y reproductiva integrales formen parte de la atención primaria tan pronto como sea posible. Trabajar con los socios del sector/grupo para abordar los seis elementos centrales del sistema de salud

EL PSIM es un punto de partida para los programas de salud sexual y reproductiva al comienzo de una crisis, y se centra en las prioridades más importantes y vitales para la salud sexual y reproductiva. La ampliación de los servicios de salud a lo largo del tiempo durante una crisis prolongada para incluir servicios de salud sexual y reproductiva integrales requiere la contribución de la comunidad y la colaboración de socios para determinar brechas, estrategias efectivas y vías para lograr mejoras. La ampliación debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible una vez se haya estabilizado la situación. Planificar una transición temprana a servicios de salud integrales ayuda a garantizar que la población pueda ejercer su derecho a acceder a los servicios de salud, incluso en situaciones de crisis. El IAWG ha creado un paquete para ayudar a responsables de capacitación en el área de salud sexual y reproductiva, gerentes de proyectos y responsables de coordinación que quieran reconvertir un programa de PSIM en un programa de salud sexual y reproductiva integral cuando la crisis se haya estabilizado [34].

Para alcanzar este objetivo son necesarias la coordinación y colaboración entre organismos gubernamentales y con agencias y socios locales e internacionales. Deben evaluarse las opciones de colaboración y realizar actividades de incidencia política y de ampliación de capacidades, si es necesario, para garantizar la disponibilidad de suministros y medicamentos en cuanto se necesiten. En el Objetivo 6 del PSIM se enumeran aspectos críticos que deben tenerse en cuenta. Servicios de salud sexual y reproductiva importantes, como la atención prenatal y posnatal, la detección y el tratamiento de cáncer de cuello uterino, y la atención para la reproducción asistida, por ejemplo, no forman parte del PSIM, pero son necesarios como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva integrales.





Para devolver los servicios de salud sexual y reproductiva a sus niveles de funcionamiento previos a la crisis es necesario planificar de forma colaborativa y aprovechar los recursos disponibles, tal como se ilustra en la *figura 2*.

La transición a servicios de salud sexual y reproductiva integrales debe empezar de forma gradual tan pronto como el PSIM esté garantizado y cuando la planificación de la ayuda humanitaria cambie del corto al largo plazo. En general, la transición es más efectiva si el sistema de salud se considera como un todo. Las siguientes preguntas pueden ayudar a evaluar si se debe ofrecer un servicio de salud particular al comienzo de una crisis o esperar hasta que sea más viable:

1. ¿Este servicio de salud salva vidas a corto plazo?

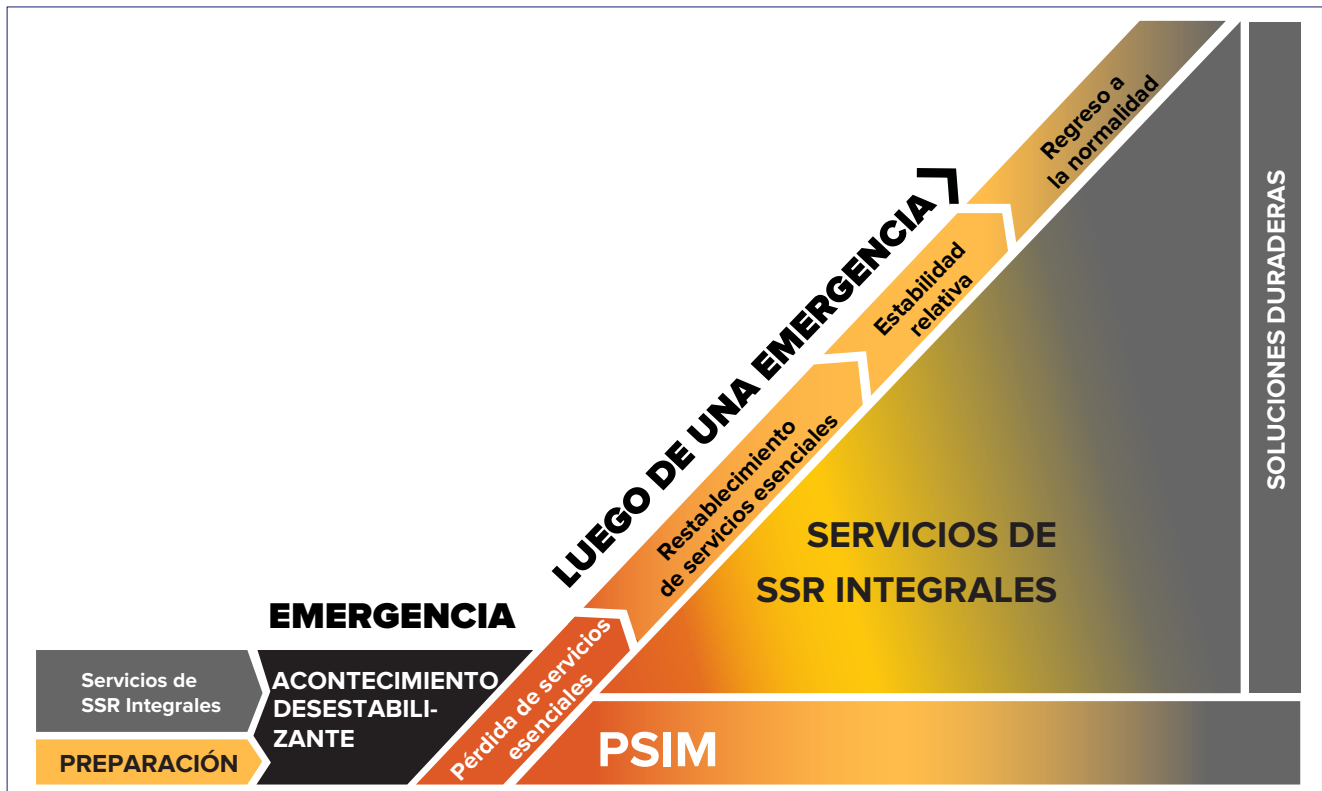
Ejemplo: la atención prenatal integral no forma parte del PSIM para la salud sexual y reproductiva, no salva vidas de forma inmediata y requiere muchos recursos. En una crisis aguda se debe dar prioridad a las intervenciones que tengan el mayor efecto sobre la mortalidad y morbilidad a corto plazo. Reconocer

las señales de peligro en el embarazo y enseñar a las personas y a las parejas a reconocer las señales de peligro tanto durante el trabajo de parto como en el alumbramiento y en el recién nacido ayudará a salvar vidas. En cuanto la situación se estabilice, se retoma la atención prenatal integral y esto tiene un efecto sobre la morbilidad y la mortalidad materna a largo plazo.

2. ¿Hay alguna forma de obtener los mismos resultados usando menos recursos?

Ejemplo: Algunos médicos prefieren ver los resultados de las pruebas de laboratorio o exámenes histológicos para respaldar su diagnóstico clínico. No obstante, en situaciones de crisis los kits de pruebas de diagnóstico y otros recursos de laboratorio se deben usar solo cuando son esenciales. Por lo tanto, para las ITS se puede aplicar un manejo sintomático, dado que el manejo etiológico solo lograría pequeños cambios en el tratamiento pero aumentaría mucho los costos y llevaría más tiempo (consultar el *capítulo 6: Infecciones de transmisión sexual*).

**FIGURA 2: El proceso de transición de servicios de salud sexual y reproductiva de emergencia (mínimos) a servicios de salud sexual y reproductiva posteriores a una emergencia (integrales) en contextos humanitarios**



Fuente: Reproducido/traducido con autorización del IAWG. Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios. Nueva York: IAWG; 2018.



3. ¿El seguimiento que requiere este servicio de salud está disponible o es factible?

Los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios a menudo se prestan en clínicas móviles, que solo permanecen poco tiempo en el lugar. No resulta ético prestar servicios de salud como pruebas del VIH que requieren consultas de seguimiento para entregar los resultados y ofrecer tratamiento si no existe esa posibilidad de realizar el seguimiento.

En la *tabla 2* se enumeran los seis elementos centrales del sistema de salud establecidos por la OMS y se ofrecen ejemplos de las actividades de evaluación y planificación para cada elemento, dentro del contexto del restablecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva integrales.

### Objetivo 6 del PSIM

Aspectos críticos que deben considerarse:

- La comunicación entre las personas a cargo de las decisiones (incluidos gobiernos nacionales) y los socios para la ejecución (consultar el Objetivo 1 del PSIM)
- Financiamiento suficiente
- Coordinación efectiva
- Gestión de la cadena de suministro
- Gestión de recursos humanos
- Monitoreo y evaluación
- Sistema para compartir información, intercambiar comentarios y percepciones, y rendir cuentas a la comunidad afectada
- Planificación de una estrategia de salida para socios humanitarios (agencias internacionales)

Fuente: IAWG [7].

**TABLA 2: Planificación para el restablecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva integrales: ejemplos de evaluación y planificación de cada uno de los seis elementos constitutivos del sistema de salud definidos por la OMS**

Elemento constitutivo de los sistemas de salud	Al planificar servicios de salud sexual y reproductiva integrales, colaborar con todas las partes interesadas para:
<b>Prestación de servicios de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las necesidades de salud sexual y reproductiva en la comunidad</li> <li>• Identificar lugares aptos para prestar servicios de salud sexual y reproductiva</li> </ul>
<b>Personal de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la capacidad del personal</li> <li>• Identificar las necesidades y niveles de personal</li> <li>• Diseñar y planificar la capacitación del personal</li> </ul>
<b>Sistema de información de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir información de salud sexual y reproductiva en el sistema de información de salud</li> </ul>
<b>Productos básicos médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar necesidades de productos básicos de salud sexual y reproductiva</li> <li>• Fortalecer las líneas de suministro de productos básicos de salud sexual y reproductiva</li> </ul>
<b>Financiamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las posibilidades de financiamiento de salud sexual y reproductiva</li> </ul>
<b>Gobernanza y liderazgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar las leyes, políticas y protocolos en materia de salud sexual y reproductiva</li> <li>• Coordinarse con el ministerio de salud</li> <li>• Incentivar a las comunidades para que participen en la rendición de cuentas</li> </ul>

Fuente: IAWG [7].

## Otras prioridades de salud sexual y reproductiva del PSIM: atención para el aborto seguro en la medida máxima permitida por la ley

El aborto seguro se refiere tanto al manejo médico del aborto (es decir, con el uso de medicamentos, solo misoprostol o misoprostol en combinación con mifepristona para abortos provocados, abortos incompletos, o muerte fetal intrauterina) como al aborto seguro quirúrgico o la atención posterior al aborto (es decir, mediante el uso de un procedimiento seguro, como la aspiración por vacío manual). En la medida de lo posible, todas las personas que hayan tenido un aborto deberían tener acceso a anticoncepción. En el *capítulo 5: Atención del aborto* se ofrece más información.

El aborto inseguro es una de las cuatro principales causas obstétricas directas de muerte materna en todo el mundo y se calcula que es la causa de entre un 4,7 y un 13,2 por ciento de las muertes maternas [35]. Se calcula que anualmente hay 73 millones de abortos inducidos y que un 45 por ciento de todos los abortos son inseguros, y de ellos un 97 por ciento tienen lugar en países de bajos recursos [36].

### En todas partes hay embarazos no planificados: la postura de IPPF

IPPF sigue promoviendo la inclusión de la atención del aborto seguro como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva. La atención del aborto seguro es un componente crítico de la salud sexual y reproductiva para satisfacer las necesidades básicas de todas las personas.

En contextos humanitarios y situaciones de crisis, esta estrategia debe mantenerse y se debe ofrecer acceso a atención del aborto seguro con un enfoque basado en los derechos.

El PSIM recomienda que se ofrezca atención del aborto seguro de buena calidad en la medida máxima permitida por la ley. Esto coincide con los valores y la misión de IPPF de garantizar que las personas puedan ejercer su derecho humano a un aborto seguro como parte esencial e integral de todo paquete de servicios de salud sexual y reproductiva, cuando lo necesiten e independientemente de si viven en un entorno estable o en una situación de crisis humanitaria.

## 2.2. Kits interinstitucionales de salud reproductiva para respaldar el PSIM en situaciones de emergencia

El UNFPA ha creado los kits interinstitucionales de salud reproductiva para apoyar las actividades de suministro y logística en situaciones de emergencia al comienzo de una crisis humanitaria [3]. Los 13 kits, agrupados en tres grupos o bloques, están diseñados para ofrecer el equipamiento básico necesario para cumplir con objetivos específicos del PSIM (salvo el kit 0, que es de administración y formación). Por ejemplo, para respaldar las actividades clínicas del Objetivo 2 del PSIM (prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes), dependiendo de la capacidad, un determinado entorno sanitario puede requerir el kit 3 (tratamiento de la violación), el kit 8 (manejo del aborto natural y complicaciones del aborto), o el kit 9 (suministros necesarios para sutura de desgarros cervicales y vaginales y para el examen vaginal). Existen kits del mismo estilo para la atención al recién nacido en situaciones de emergencia y pueden pedirse a UNICEF. No todas las situaciones requerirán todos los kits.

### 2.2.1 La relación entre los objetivos del PSIM y los Kits interinstitucionales de salud reproductiva

Cada uno de los 13 kits interinstitucionales de salud reproductiva está preempaquetado para servir a un número estimado de personas usuarias durante un período de tres meses: el bloque 1 incluye los kits del 0 al 5 para 10.000 personas; el bloque 2 incluye los kits del 6 al 10 para 30.000 personas; y el bloque 3 incluye los kits 11 y 12 para 150.000 personas, tal como se ilustra en el manual de trabajo del IAWG [7]. La oficina nacional de la ONU puede prestar asistencia para hacer pedidos de los kits; también se pueden pedir a través de [humanitarianSRHsupplies@unfpa.org](mailto:humanitarianSRHsupplies@unfpa.org)

Hay varios recursos disponibles para ayudar a calcular el número de suministros necesarios, como una calculadora en línea de PSIM [37] y el manual de kits interinstitucionales de salud reproductiva para situaciones de emergencia [3]. La información mínima necesaria es el número de personas afectadas.



## 3. Servicios de salud sexual y reproductiva integrales

A medida que se estabiliza la situación y se restablece el sistema sanitario, los servicios de salud sexual y reproductiva deberían reintegrarse en el sistema de atención primaria y ampliarse para incluir servicios de salud sexual y reproductiva integrales. Los servicios de salud deben llegar a las poblaciones más pobres y marginalizadas.

### 3.1 La transición desde el PSIM hacia los servicios de salud sexual y reproductiva básicos una vez que se ha estabilizado la situación

Los proyectos humanitarios que ofrecen el PSIM tienen la finalidad de ser intervenciones temporales para responder a las necesidades de poblaciones afectadas por crisis. Desde el inicio de la respuesta, es esencial planificar una estrategia de salida o de transición para garantizar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva integrales (como la atención pre y postnatal, la ginecología, etc.). Para una transición fluida se debe pensar pronto en la sostenibilidad, consultar a socios y partes interesadas de forma regular, y establecer una comunicación continua con la población afectada.

Estas son algunas de las mejores estrategias de transición:

- Evaluaciones de las dificultades locales en el área de salud sexual y reproductiva y elaboración de planes de relevo en consulta con el ministerio de salud y otros socios, como organizaciones basadas en la comunidad. Es fundamental garantizar que las opiniones de las comunidades marginalizadas y con servicios insuficientes se incluyan en la elaboración de un plan completo de salud sexual y reproductiva.
- Cuando se acerque el fin de las acciones de respuesta, el programa de emergencia debe entregar al programa regular los materiales disponibles, equipamiento, medicamentos y suministros. Estos recursos pueden facilitar una transición fluida y aumentar la capacidad para prestar servicios de salud sexual y reproductiva básicos.
- La atención al personal debe garantizarse tanto durante la respuesta como cuando esta acabe.

- Colaboración con socios y un mecanismo de referencia para garantizar el acceso a cualquier componente de salud sexual y reproductiva que no ofrezca la asociación miembro.
- Inversiones en las aptitudes y capacidades del personal disponible para garantizar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva integrales.

## 4. Asistencia en situaciones de crisis humanitaria

IPPF cuenta con un Equipo de Ayuda Humanitaria con experiencia en la implementación del PSIM en situaciones de crisis y que puede asistir en asuntos de seguridad y logística de emergencia. El Programa de ayuda humanitaria de IPPF ofrece un modelo definido para respaldar los derechos y salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis, conectando elementos clave de acción humanitaria (prevención, preparación, respuesta, recuperación y resiliencia) con el desarrollo equitativo a largo plazo.

**Si en su país hay una crisis humanitaria, el Equipo de ayuda humanitaria quizás pueda asistir. Póngase en contacto con [humanitarianalert@ippf.org](mailto:humanitarianalert@ippf.org) o con la persona de contacto para ayuda humanitaria en su país o región.**



Capítulo 11:  
**Prestación de servicios de salud sexual  
y reproductiva en contextos humanitarios**

CAPÍTULO 11  
ÍNDICE

ÍNDICE  
PRINCIPAL



Capítulo 11:  
**Prestación de servicios de salud sexual  
y reproductiva en contextos humanitarios**

CAPÍTULO 11  
ÍNDICE

ÍNDICE  
PRINCIPAL



## 5. Referencias

- [1] Esfera El Manual Esfera. Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria Disponible en: <https://spherestandards.org/es/normas-humanitarias/la-carta-humanitaria/>. Consultado el 16 de abril de 2020.
- [2] Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. Panorama Global Humanitario 2021. Ginebra: OCHA; 2021. Disponible en: <https://www.unocha.org/global-humanitarian-overview-2020> Consultado el 18 de marzo de 2022.
- [3] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Inter-Agency Reproductive Health Kit, 6.ª edición – Manual. Disponible en: <https://iawg.net/resources/inter-agency-reproductive-health-kits-6th-edition-manual>. Consultado el 25 de mayo de 2021.
- [4] Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Edición 20 Aniversario. Nueva York: UNFPA; 2014. Disponible en: <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>. Consultado el 10 de abril de 2020.
- [5] Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642–2692.
- [6] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Comité y miembros. Nueva York: IAWG; 2020. Disponible en: <https://iawg.net/about/committee-members>. Consultado el 8 de junio de 2020.
- [7] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios. Nueva York: IAWG; 2018. Disponible en: <https://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-Spanish-web.pdf>. Consultado el 9 de abril de 2020.
- [8] Federación Internacional de Planificación Familiar. MISP readiness assessment. 2020. Disponible en: [https://fp2030.org/sites/default/files/ready\\_to\\_save\\_lives/MISP\\_readiness\\_assessment.pdf](https://fp2030.org/sites/default/files/ready_to_save_lives/MISP_readiness_assessment.pdf). Consultado el 29 de abril de 2022.
- [9] Family Planning 2020, Federación Internacional de Planificación Familiar, John Snow, Inc., Women's Refugee Commission, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Ready to Save Lives. Sexual and Reproductive Health Care in Emergencies. Washington, DC: FP2020; 2020. <https://reliefweb.int/report/world/ready-save-lives-preparedness-toolkit-sexual-and-reproductive-health-care-emergencies>. Consultado el 1 de octubre de 2021.
- [10] Federación Internacional de Planificación Familiar [sitio web]. Our priorities: Humanitarian. Disponible en: <https://www.ippf.org/humanitarian>. Consultado el 19 de marzo de 2022.
- [11] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Universal and adaptable information, education and communication (IEC) templates on the MISP. Nueva York: IAWG; 2016. Disponible en: <https://iawg.net/resources/iec-templates-misp>. Consultado el 12 de julio de 2021.
- [12] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Newborn health in humanitarian settings: Field Guide. Nueva York: IAWG; 2018. Disponible en <https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/newborn-health-humanitarian-settings-field-guide/>. Consultado el 12 de julio de 2021.
- [13] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Herramientas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en contextos humanitarios: Edición 2020. Nueva York: IAWG; 2020. Disponible en: <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition/herramientas-de-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes-en-contextos-humanitarios>. Consultado el 12 de julio de 2021.
- [14] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Orientación programática para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles durante la pandemia de la COVID-19. Nueva York: IAWG; 2020. Disponible en: [https://cdn.iawg.rygn.io/documents/Full-Programmatic-Guidance\\_SPANISH\\_EW.pdf?mtime=20200410210154&focal=none#asset:31426](https://cdn.iawg.rygn.io/documents/Full-Programmatic-Guidance_SPANISH_EW.pdf?mtime=20200410210154&focal=none#asset:31426) Consultado el 12 de julio de 2021.
- [15] Comité Permanente entre Organismos. Guidance note: Using the cluster approach to strengthen humanitarian response. Ginebra: IASC; 2006. Disponible en: <https://www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters/document/iasc-guidance-note-using-cluster-approach-strengthen-humanitarian>. Consultado el 21 de marzo de 2022.
- [16] Organización Mundial de la Salud. Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women: Evidence Brief. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329889>. Consultado el 14 de abril de 2020.
- [17] Comité Permanente entre Organismos. Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria. IASC: Ginebra; 2015. Disponible en: <https://gbvguidelines.org/es/>. Consultado el 9 de abril de 2020.



- [18] Fondo de Población de las Naciones Unidas [sitio web]. Violencia de género Junio de 2022. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/violencia-de-genero>. Consultado el 13 de julio de 2022.
- [19] Holmes R, Bhuvanendra D. Preventing and responding to gender-based violence in humanitarian crises. Network Paper N.º 77. Londres: HPN/ODI; 2014. Disponible en: [http://odihpn.org/wp-content/uploads/2014/02/NP\\_77\\_web.pdf](http://odihpn.org/wp-content/uploads/2014/02/NP_77_web.pdf). Consultado el 10 de abril de 2020.
- [20] Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Unseen, Unheard: Gender-based Violence in Disasters: Mundial study. Ginebra: IFRC; 2015. Disponible en: <https://www.ifrc.org/document/unseen-unheard-gender-based-violence-disasters>. Consultado el 9 de abril de 2020.
- [21] Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estándares Mínimos Interagenciales para la Programación sobre Violencia de Género en Emergencias. Nueva York: UNFPA; 2019. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estandares\\_Minimos\\_ESPANOL.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estandares_Minimos_ESPANOL.pdf). Consultado el 29 de mayo de 2020.
- [22] Organización Mundial de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: manual clínico Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf> Consultado el 22 de abril de 2020.
- [23] Bott S, Guedes A, Claramunt MC, Guezmes A. Improving the Health Sector Response to Gender Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries. Nueva York: IPPF/WHO; 2010. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV\\_cdbookletANDmanual\\_FA\\_FINAL%5b1%5d.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV_cdbookletANDmanual_FA_FINAL%5b1%5d.pdf). Consultado el 29 de mayo de 2020.
- [24] International Rescue Committee. Screening for Gender-Based Violence in Primary Health Facilities in Humanitarian Settings; Implementation Guidelines and Recommendations for IRC Programs. Nueva York: IRC; 2015. Disponible en: <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2019/01/GBV-Screening-implementation-guide.pdf>. Consultado el 29 de mayo de 2020.
- [25] Organización Mundial de la Salud. Establishing external quality assessment programmes for screening of donated blood for transfusion-transmissible infections: Implementation guide. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246169>. Consultado el 21 de marzo de 2022.
- [26] Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach, second edition. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/> Consultado el 12 de febrero de 2020.
- [27] Organización Mundial de la Salud. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach – December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145719>. Consultado el 20 de febrero de 2020.
- [28] Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Grupo Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas. Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332475>. Consultado el 9 de abril de 2020.
- [29] Fondo de Población de las Naciones Unidas [sitio web]. Salud materna. Mayo de 2022. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-materna>. Consultado el 13 de julio de 2022.
- [30] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Mortalidad materna. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> Consultado el 29 de mayo de 2020.
- [31] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Newborn Health in Humanitarian Settings. Nueva York: UNICEF, Save the Children; 2018. Disponible en: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/NewBornHealthBook-Production2017-V4b-WEB.pdf>. Consultado el 16 de julio de 2020.
- [32] Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Consultado el 15 de abril de 2022.
- [33] Saifuddin A, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet*. 2012;380(9837):111–125.
- [34] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Planificación para la salud sexual y reproductiva (SSR) integral en contextos afectados por crisis. Nueva York: IAWG; 2021. Disponible en: <https://iawg.net/es/resources/planning-for-comprehensive-sexual-and-reproductive-health-srh-in-crisis-affected-settings>. Consultado el 15 de julio de 2021.





- [35] Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6):e323–e333.
- [36] Organización Mundial de la Salud [sitio web]. Aborto: datos y cifras. Noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>. Consultado el 22 de marzo de 2022.
- [37] Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Calculadora del Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM). Nueva York: IAWG; 2019. Disponible en: <https://iawg.net/es/resources/misp-calculator> Consultado el 8 de junio de 2020.

## 5.1 Recursos

Women's Refugee Commission, Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Paquete de servicios iniciales mínimos para la salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis: Módulo de aprendizaje a distancia Nueva York: IAWG; 2019. Disponible en: <https://iawg.net/es/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module> Consultado el 9 de abril de 2020.



Publicado en julio de 2022 por la Federación  
Internacional de Planificación Familiar

4 Newhams Row, Londres SE1 3UZ, Reino Unido

**tel** +44 (0)20 7939 8200

**fax** +44 (0)20 7939 8300

**web** [www.ippf.org](http://www.ippf.org)

**correo electrónico** [info@ippf.org](mailto:info@ippf.org)

Organización benéfica registrada en el Reino Unido  
con el número 229476

Twitter: @IPPF

Facebook: IPPF Global

Instagram: IPPF Global

**Consultas de prensa**

Enviar un mensaje a [media@ippf.org](mailto:media@ippf.org)  
o llamar a +44 (0)20 7939 8200