

GOBIERNO
FEDERAL



SALUD



Guía de
Salud Sexual y Reproductiva
para Mujeres con el VIH



Guía de
**Salud Sexual y Reproductiva
para Mujeres con el VIH**

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la Organización Panamericana de Salud

Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres con el VIH

Segunda edición: 2008

D.R. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Secretaría de Salud
Homero 213, 7° Piso
Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo
11570, México, D.F.

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

Se imprimieron 2,000 ejemplares

Se terminó de imprimir en octubre 2008

ISBN 978-970-721-460-6

Esta publicación fue elaborada por:

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

AUTORES

Dr. Ubaldo Ramos Alamillo y Dra. Laura A. Pedrosa Islas

REVISORES

Lic. Cecilia Ramos Carrillo, Dr. Carlos López Martínez, Dr. José Luis Estrada Aguilar, Dr. Carlos Cruz Palacios, Dr. Roberto A. Dueñas Domínguez, Mtra Ma. Guadalupe Cruz Pérez, Alejandra Gil Cuervo, Hilda Esquivel Cerda, Nizarindandini Picasso

Citación Sugerida: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres con el VIH, México, D.F. SS-CNEGySR, segunda edición 2008.

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá reproducirse sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente; y la información no sea utilizada con fines de lucro. Se agradecerán los comentarios y sugerencias de las y los lectores. Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos de capacitación del personal de salud.

Directorio

DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS
Secretario de Salud

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

DRA. MAKI ESTHER ORTÍZ DOMÍNGUEZ
Subsecretaria de Innovación y Calidad

LIC. LAURA MARTÍNEZ AMPUDIA
Subsecretaria de Administración y Finanzas

DR. JULIO SOTELO MORALES
Comisionado Coordinador de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

LIC. JORGE CAMARENA GARCÍA
Titular del Órgano Interno de Control

LIC. BERNARDO FERNÁNDEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ
Director General de Asuntos Jurídicos

LIC. CARLOS OLMOS TOMASINI
Director General de Comunicación Social

DRA. PATRICIA URIBE ZUÑIGA
Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

DRA. PATRICIA URIBE ZUÑIGA
Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

DRA. AURORA DEL RÍO ZOLEZZI
Directora General Adjunta de Equidad de Género

DRA. PRUDENCIA CERÓN MIRELES
Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

DR. CUITLÁHUAC RUIZ MATUS
Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

Dirección General Adjunta de Equidad de Género

DRA. AURORA DEL RÍO ZOLEZZI
Directora General Adjunta de Equidad de Género

DRA. YURIRIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Directora de Género y Salud

DR. ADALBERTO JAVIER SANTAELLA SOLÍS
Director de Violencia Intrafamiliar

Dirección de Género y Salud

DRA. YURIRIA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Directora de Género y Salud

LIC. CECILIA ROBLEDO VERA
Subdirectora de Documentación de Inequidades

DR. LUIS BOTELLO LONNGI
Subdirector de Sensibilización

Consejo Editorial

LIC. PATRICIA VELOZ ÁVILA

LIC. ULICES PEGO PRATT

LIC. LETICIA MARTÍNEZ OSORIO

LIC. ROSARIO GONZÁLEZ GALLARDO

Contenido

Introducción	7
Componentes Básicos de la Consejería para Mujeres con el VIH	8
Sexualidad de las Mujeres con el VIH	12
Tratamiento de la Infección por el VIH en Mujeres	14
Infecciones de Transmisión Sexual	20
Decisiones Reproductivas	22
Cáncer Cérvico Uterino	41
Cáncer de Mama	44
Mujer Adolescente con el VIH y Salud Reproductiva	48
Salud Reproductiva durante el Climaterio en Mujeres con el VIH	51
Referencias	55

Introducción

La idea de elaborar este material surge a partir de conocer las historias de muchas mujeres con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el estigma y la discriminación de que son objeto, la desigualdad de género existente y que privilegia a los hombres, el incremento del número de casos de mujeres infectadas, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus complicaciones, la falta de información y de consentimiento informado relacionados con los métodos del control de la fertilidad y con la prevención del cáncer cérvico uterino.

Por ello nos dimos a la tarea de elaborar esta guía, con la finalidad de brindar una herramienta que facilite realizar nuestras actividades diarias ayudando a brindar servicios de salud de alta calidad técnica y calidez y con el pleno respeto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos en la perspectiva de lograr la prevención secundaria en las mujeres mexicanas que viven con el VIH.

Los trabajadores de la salud podemos ser personajes clave en promover la NO discriminación, en proteger y respetar los derechos humanos, sexuales y reproductivos, en dar información veraz y oportuna a las mujeres con el VIH, permitiendo la toma de decisiones de una manera libre, voluntaria, de acuerdo con su forma de pensar, sentir y de sus preferencias personales.

El derecho a la información, el respeto tanto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos como a la libre toma de decisiones de la mujer han sido expresados en convenciones internacionales por los países, mismos que se han dado a la tarea de

elaborar convenios que tienen que cumplirse. Nuestro país se ha comprometido a cumplir estos convenios, y las instituciones del sector salud han sido objeto de observaciones por incumplimiento de los mismos.

El concepto de salud reproductiva fue establecido en 1998 por el Programa de Acción desarrollado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo en 1994, y en la Conferencia Mundial sobre la Mujer, patrocinada por las Naciones Unidas en Beijing, en 1995, donde se estableció que “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros y eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”¹.

Esta guía está dirigida al personal de salud del primero y del segundo nivel de atención que laboran en el Sistema Nacional de Salud y en servicios privados en el área de salud sexual y reproductiva.

Componentes Básicos de la Consejería para Mujeres con el VIH

¿Qué es la Consejería?

La consejería u orientación individual se define como la ayuda que una persona proporciona a otra en una conversación frente a frente. Es un proceso de intercambio y de apoyo cara a cara, en el que los sentimientos, pensamientos y actitudes se expresan, se exploran y se aclaran dudas.

La consejería en mujeres con el VIH va más allá de proporcionar solamente información; a través de ella se trata de considerar la situación personal de cada mujer, explorar lo que ella piensa y siente sobre la infección por el VIH y de otras infecciones oportunistas que puedan estar presentes, así como sus inquietudes, dudas y miedos. Conociendo estos elementos podremos disponer de directrices para realizar intervenciones de acuerdo con las necesidades de la mujer y darle la información que ella requiera, permitiéndole tomar decisiones libres, conscientes e informadas acerca del padecimiento.



¿Cómo realizar la Consejería para Mujeres con el VIH?

Es indispensable establecer una buena relación con la mujer para favorecer la comunicación.

Se sugiere:

- Saludar de mano a la usuaria y recibirla con cordialidad.
- Llamar a la usuaria por su nombre.
- Comunicarnos sencilla y coloquialmente con ella.
- Favorecer un ambiente tranquilo y relajado que permita un clima de confianza.

- Averiguar el motivo de visita con preguntas como: ¿en qué le puedo servir?, ¿en qué le puedo ayudar?

Con estos elementos el consejero podrá clarificar la problemática por la que está pasando la mujer, saber cuándo y cómo intervenir, conocer el tipo de información que va a proporcionar y delimitar las alternativas para la resolución de los problemas motivo de consulta.

La consejería debe ser:

- Sencilla.

¿Cuáles son las características de la Consejería?

- Confidencial.
- Efectuada de manera que satisfaga las necesidades de la mujer.

¿Qué características debe tener la Persona Consejera?

De alguna forma todos los trabajadores de la salud hemos hecho consejería en nuestras actividades diarias; para obtener mejores resultados como consejeros sugerimos tener las siguientes cualidades para una más enriquecedora intervención.

- **Empatía:** significa ponerse en los zapatos del otro, tratando de entender lo que se siente estando en el lugar de la persona que tenemos al frente.
- **Respeto:** significa ser amable y cortés, aceptando en todo momento lo que exprese, piense y sienta, sin juzgar ni criticar la manera de ver y vivir su vida.
- **Honestidad:** decir siempre la verdad, hablar a la usuaria sobre la situación real por la que está atravesando, evitando simplificar o minimizar los hechos para no generar falsas expectativas en ella.

¿Qué información se debe proporcionar en la Consejería para Mujeres con el VIH?

Es importante reforzar día a día la información, los cuidados generales, indicar las medidas de autocuidado, y resolver las dudas que surjan en las mujeres con el VIH en relación con el padecimiento y su salud reproductiva.

- De fácil entendimiento.
- Libre de coerción.
- Basada en conocimientos científicos comprobados.
- **Tolerancia:** aceptar a las personas en su forma de pensar, sentir y actuar.
- **Sensibilidad:** es la capacidad de sentir y vivenciar las emociones y sentimientos que genera el otro (ternura, tristeza, enojo).
- **Confidencialidad:** hacerle saber que lo que nos diga no será contado a nadie, incluyendo familiares y amigos.
- Evitar formular juicios de valor, no tratar de hacer que la usuaria haga lo que nosotros pensamos debe hacer para cubrir nuestra necesidad, haciendo a un lado la de ella.
- Poseer habilidades para la comunicación.

Esta información se dará de acuerdo con las recomendaciones nacionales y con las necesidades de cada mujer.

Habrán mujeres a quienes se les dificulte entender la información que proporcionamos, por lo que ser paciente y utilizar un lenguaje coloquial nos permitirá explicar lo no entendido y disipar las dudas que se tengan.

Las mujeres infectadas, sin síntomas, con un diagnóstico reciente de infección con frecuencia se niegan a reconocer su estado serológico positivo, probablemente por el temor al rechazo, al estigma y a la discriminación. En este caso ofrecer el apoyo psicoterapéutico será de utilidad para que trabaje sus miedos, temores, angustias, y determinar el momento óptimo para iniciar el tratamiento antirretroviral.

Algunas mujeres por sus condiciones inmunológicas, virológicas y clínicas serán candidatas a tratamiento antirretroviral², pero si deciden no seguirlo, no hay que forzarlas a tomar decisiones que seguramente no están convencidas de asumir. Realizar en ellas:

- Evaluación clínica cada 4 a 6 semanas, buscando datos clínicos que indiquen progresión de la enfermedad.
- Recuento de CD4/CD8 cada 4 a 6 meses o antes si presentan datos de progresión.
- Carga viral cada seis meses.
- Exámenes de laboratorio adicionales, según requerimientos.
- Evaluación psicológica.
- Búsqueda de ITS.
- Revisión ginecológica que incluya la prueba de Papanicolaou.

El temor al personal de salud puede ser un obstáculo para que las mujeres expongan sus dudas, por lo que darle

confianza, tratarla con respeto y hacerle saber que entendemos su situación creará un ambiente más favorable que mejorará su confianza hacia nosotros.

Teniendo en cuenta estos elementos y de acuerdo con la necesidad de cada mujer la consejería estará encaminada a:

- Explicar y detallar la información sobre el VIH y las ITS, de acuerdo con los datos científicos actualizados.
- Explicar los mecanismos de transmisión del VIH.
- Detallar el significado de células CD4 y de Carga Viral.
- Resaltar los beneficios de iniciar el tratamiento antirretroviral en el momento oportuno, lo cual se refleja en una buena respuesta al tratamiento.
- Informar sobre los riesgos y beneficios de iniciar profilaxis o tratamiento antirretroviral a mujeres que decidan embarazarse.
- Explicar el beneficio de la profilaxis antirretroviral en los recién nacidos y de la periodicidad de las pruebas de detección de acuerdo con los lineamientos establecidos en la NOM-010-SSA-1993.³
- Informar sobre la gratuidad y disponibilidad de los tratamientos antirretrovirales, así como de los centros que dan atención sobre salud sexual y reproductiva.
- Eliminar los mitos acerca de la transmisión del VIH y de las ITS.
- Proponer alternativas de cuidado en salud sexual y reproductiva.

- **Tener en cuenta estos elementos mejora la calidad de atención, aumenta el nivel de satisfacción de las mujeres al facilitar la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva y enriquecen nuestra práctica profesional.**

Comunicación con las Usuaris

¿Por qué debemos mostrar interés en la Usuaris?

Porque entonces la persona que tenemos al frente hablará y confiará en nosotros, facilitando una intervención con mejores resultados, por lo tanto, cuidar:

- El lenguaje corporal (nuestras actitudes pueden hablar por nosotros).

- Resolver el problema motivo de visita, si no es posible o no está a nuestro alcance derivarla donde le proporcionen la ayuda que necesita.

- **Una vez que mostramos interés en la usuaria en relación con el problema en cuestión será mucho más fácil ganar su confianza y podremos explorar otras inquietudes que le aquejan y que no se ha atrevido a comentar.**

¿Cómo aprender a escuchar?

Para aprender a escuchar debemos contar con un espacio físico, privado y confortable:

- Escuchar lo que dice y cómo lo dice (no es lo mismo oír que escuchar).
- Guardar silencio por momentos para darle tiempo a la reflexión.
- Escuchar con atención y no pensar en lo que vamos a responder.
- Repetir de vez en cuando lo que hemos oído y preguntarle si lo estamos entendiendo correctamente, así ella sabrá que comprendemos lo que nos quiere decir.



- Algunos factores externos pueden obstaculizar una consejería adecuada, como cansancio, fatiga, mal humor, estado de ánimo, espacio físico, cantidad de trabajo o simplemente el rechazo a trabajar con mujeres con el VIH. Ante estas situaciones hacer un análisis de nuestras emociones y sentimientos ayudará a plantearnos estrategias que favorezcan efectuar nuestro trabajo con mayor calidad humana.

Sexualidad de las Mujeres con el VIH

“Mi doctor me dijo que con esta enfermedad ya no puedo tener relaciones sexuales porque aunque use condón puedo infectar a mi pareja”.

Martha 35 años de edad
Empleada doméstica

“Cuando descubrí que era portadora del VIH con frecuencia sentí vergüenza y miedo de ejercer mi sexualidad, porque uno de mis grandes temores era contagiar a mi pareja o a otras parejas sexuales. Sin embargo, aprendí a practicar sexo seguro y sexo protegido y ahora disfruto plenamente de mi sexualidad”.

Carolina 29 años de edad
Ama de casa

“Mi marido me dice cuándo y en qué momento debo tener sexo con él. A mi me da mucho miedo porque él quiere tener el sexo sin condón y si no acepto se enoja y me insulta”.

Ruth 30 años de edad
Secretaria

“Desde que me dijeron que tenía el VIH ya no tengo relaciones sexuales, se me han ido las ganas”.

María 46 años de edad
Ama de casa

“Cuando acudí a solicitar información sobre métodos anticonceptivos me dijeron que tenía que operarme para no tener más hijos, ya que iban a nacer infectados con el virus”.

Patricia 19 años de edad
Estudiante

“Tengo miedo de decirle a mi nueva pareja que tengo el VIH por el miedo al rechazo hacia mí por mi enfermedad”.

María 30 años de edad
Ama de casa

“Cuando me diagnosticaron positiva sufrí estigma y discriminación en mi lugar de trabajo y me retiraron de él”.

Janet 28 años de edad
Trabajadora del sexo comercial

Estas expresiones de algunas mujeres infectadas con el VIH reflejan la desinformación que existe en relación con la transmisión del VIH. Parece ser que en una sociedad como la nuestra la vulnerabilidad se presenta por dos situaciones: la primera es la vulnerabilidad de género, por ser mujer, y la segunda se debe al estigma y al rechazo por parte del personal de salud.

La ideología tradicional dificulta a las mujeres acordar prácticas sexuales seguras y protegidas con su pareja,

sobre todo cuando hay positividad al VIH; esta situación se favorece en tanto, por la desigualdad de género, los hombres frecuentemente deciden cómo y cuándo deben tener prácticas sexuales, además de que las mujeres son objeto de violencia cuando no acceden a la petición del hombre.

De ahí que entender el significado de lo que involucra el término sexualidad es indispensable para crear estrategias que ayuden a las mujeres a disfrutar de una sexualidad responsable y saludable, que tiene que ver con pensamientos, sentimientos, emociones, fantasías,

- **La intervención de los trabajadores de la salud es importante para ofrecer a las mujeres con el VIH condiciones que favorezcan el ejercicio de una sexualidad plena y placentera.**

Con frecuencia las mujeres con el VIH no comunican a los trabajadores de la salud sus dudas relacionadas con el ejercicio de la sexualidad por miedo al estigma, a la discriminación o a ser juzgadas.

Ante esta situación conviene recordar que para lograr intervenciones exitosas es indispensable tratar con respeto y confianza a la usuaria. Esto facilita que ella establezca una buena relación con el personal de salud y exprese de manera sencilla aquellas situaciones que le

- **El papel del personal de salud es promover que las mujeres con el VIH tengan una vida sexual plena, placentera y protegida.**

creencias, actitudes, valores, roles, vinculación afectiva y reproducción. Una apropiada salud sexual permitirá a las mujeres con el VIH tomar mejores decisiones en cuanto a su sexualidad se refiere.

El ejercicio de la sexualidad puede ser obstaculizado por factores externos que la limitan. En el caso de las mujeres con el VIH la sexualidad se ve afectada por la carga psicológica, social y biológica que rodea al padecimiento.

causan conflicto, permitiendo realizar intervenciones que la ayudarán a tomar mejores decisiones.

Por otra parte, es importante que el personal de salud esté capacitado para afrontar estas situaciones, ya que proporcionar información incorrecta generará angustia y miedo. El apoyo terapéutico es esencial, sobre todo si se enfrentan situaciones difíciles de abordar en las que es mejor derivar a la usuaria al servicio de psicología.

Tratamiento de la Infección por el VIH en Mujeres

¿Cuándo iniciar el Tratamiento Antirretroviral (ARV) en Mujeres con el VIH?

La selección del tratamiento antirretroviral dependerá de los criterios establecidos en la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH, de CENSIDA, y se basa en:

- Carga viral.
- Conteo de linfocitos T CD4.
- Estadio clínico de la mujer.

De acuerdo con estos parámetros, es indispensable informar a las mujeres sobre las ventajas de iniciar el tratamiento antirretroviral en el momento óptimo y sobre la importancia que tiene tomar el tratamiento antirretroviral ininterrumpidamente, ya que de su apego depende el éxito y, por consiguiente, una mejor calidad de vida.



- **La selección del tratamiento antirretroviral se realiza de acuerdo con los criterios establecidos en la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH, de CENSIDA**

¿Cómo realizar el Seguimiento del Tratamiento Antirretroviral en Mujeres con el VIH?

Una vez que se detectaron anticuerpos para el VIH en la mujer, a través de las pruebas de ELISA y Western Blot, o cuando presenta alguna enfermedad definitiva de caso de SIDA, es indicado realizar los exámenes de carga viral, conteo de linfocitos T CD4 y exámenes generales, explicándole la utilidad de hacerse cada uno de ellos e informándole que el inicio o retraso de la toma

de fármacos antirretrovirales dependerá de los resultados de estos exámenes y de su estadio clínico.

El CD4 y la carga viral se harán cada seis meses (o antes, según el caso) para fines de monitoreo de la evolución de la infección y para valorar la eficacia del tratamiento antirretroviral.

Hacer exámenes basales de laboratorio y de gabinete permitirá conocer el estado de salud general de la mujer, con la finalidad de ofrecer el mejor esquema de tratamiento antirretroviral y determinar la conveniencia de iniciar profilaxis para infecciones oportunistas. Estos exámenes incluyen:

- BH completa.
- Química sanguínea.
- Examen general de orina.
- VDRL.
- Anticuerpos contra Hepatitis B y C.
- Papanicolaou.
- Colposcopia (si se tiene el recurso).
- Cultivo vaginal (si cuenta con él).
- Radiografía de tórax (en caso de sintomatología pulmonar).
- Perfil de lípidos.
- Pruebas de función hepática.

Si la mujer está por iniciar tratamiento antirretroviral es importante informarle acerca de los posibles efectos secundarios que pueden presentarse con la toma de los mismos y así evitar que no tome los fármacos o al paso del tiempo suspenda el tratamiento.

Habrán mujeres que ya se encuentren bajo tratamiento antirretroviral con una evolución adecuada; en ellas los exámenes de laboratorio y de gabinete se realizarán de manera semestral o anual (dependiendo del esquema antirretroviral que tome). Si encontramos alteraciones en los exámenes de laboratorio asociadas a la toma de antirretrovirales es necesario solicitar valoración por el médico internista o infectólogo para estimar la posibilidad de cambio, suspensión o continuidad de los fármacos.

El apego al tratamiento antirretroviral debe valorarse en cada consulta. Si por alguna razón la ingesta de antirretrovirales no es adecuada se recomienda que el personal de salud proporcione “tips” sobre cómo mejorar la ingesta de los fármacos.⁴ Si el estado anímico interfiere con la toma de los fármacos antirretrovirales, solicitar apoyo psicoterapéutico para favorecer un mejor apego al tratamiento.

- **Reforzar en cada consulta la toma adecuada y correcta de los antirretrovirales.**

El control y manejo de los padecimientos ginecológicos es similar al de mujeres no infectadas. Los exámenes de laboratorio y de gabinete deben ser solicitados de acuerdo con el criterio del médico y con base en el

diagnóstico presuntivo motivo de la consulta. Si el padecimiento es ginecológico u obstétrico canalizar a la usuaria al servicio de ginecología.

- El manejo de la mujer con el VIH es multidisciplinario por lo que las interconsultas con los servicios de nutrición, dental, infectología, ginecología y obstetricia, psicología, dermatología y oftalmología se realizan de manera rutinaria y para valoraciones especiales a los servicios de neurología, neumología y cardiología.

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de un Embarazo en Mujeres con el VIH?

El inicio de profilaxis o tratamiento antirretroviral (de acuerdo con la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA) en la mujer embarazada con VIH ha mostrado que reduce el riesgo de transmisión de la infección al producto, motivo por el cual se informará a la usuaria sobre los riesgos y beneficios de iniciar profilaxis, continuar tratamiento antirretroviral o modificar el esquema establecido si se encuentra bajo tratamiento.

La terapia recomendada será acorde con los lineamientos establecidos en la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA. La profilaxis antirretroviral durante el embarazo se justifica por las siguientes razones²:

- Reduce la transmisión del VIH de la madre al hijo en más de 98% de los casos.
- Hay mayor posibilidad de preservar y restaurar la función inmune de la mujer.
- Retraso de la progresión de la enfermedad.
- Reducción del riesgo de resistencia a los antirretrovirales.

El aumento de número de casos en mujeres en etapa reproductiva implica el incremento del riesgo de nacimientos de hijos con el VIH. El riesgo de transmisión del VIH disminuye a menos de 2% con las siguientes estrategias:

- Tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA).
- Interrupción del embarazo por vía abdominal.
- Evitar la lactancia materna.



Habrán algunas mujeres con el VIH que se encuentran bajo tratamiento antirretroviral que decidan embarazarse y algunas que se encuentran sin tratamiento antirretroviral, que también decidan hacerlo. En estos casos informar la posibilidad que hay de:

- Reinfección a su pareja si ésta tiene el VIH.
- Riesgo de infección para la pareja si ésta es VIH negativo.
- Riesgo de transmisión al producto.
- Riesgo de adquirir otras infecciones de transmisión sexual.

Si a pesar de los riesgos la mujer decide un embarazo el llevarla a las mejores condiciones inmunológicas, virológicas y clínicas posibles aumenta las probabilidades de tener un hijo sano.

Indudablemente los riesgos de la transmisión disminuyen mientras los CD4 se encuentren elevados y la carga viral esté indetectable, además del seguimiento de las estrategias planteadas para la prevención de la transmisión perinatal.

- **La opción por el embarazo en mujeres con el VIH plantea elementos de decisión propia que aún no son entendibles por los trabajadores de la salud, pues son decisiones que finalmente toma la mujer plenamente consciente de su situación.**

Si la mujer ya está embarazada y se encuentra bajo tratamiento antirretroviral es recomendable:

- Avisar de inmediato al médico infectólogo o internista responsable del seguimiento.
- Si el efavirenz forma parte del esquema antirretroviral, suspenderlo y cambiarlo por otro no teratogénico.
- Acudir a consulta obstétrica para evaluar el estado clínico de la mujer y del producto.

- Enviarla al servicio de ginecoobstetricia para control prenatal y programación de interrupción del embarazo por vía abdominal.
- No lactar al recién nacido.
- Ofrecer la profilaxis antirretroviral al recién nacido.
- Realizar el seguimiento del recién nacido por el servicio de pediatría.

¿Qué hacer si la Mujer con el VIH no desea embarazarse?

Algunas mujeres con el VIH no consideran la posibilidad de un embarazo por las probabilidades de transmisión al producto, en estos casos la consejería sobre métodos anticonceptivos es de suma importancia, ofreciendo los que se encuentren a nuestro alcance, de acuerdo con los criterios de selección de los métodos anticonceptivos y a la decisión de la usuaria.

Si por alguna razón:

- **Se rompe el condón durante la práctica sexual.**
- **Hay una relación sexual sin protección.**
- **Hay violación.**

- Si además de las anteriores, hay posibilidades de un embarazo no deseado, una estrategia recomendada consiste en tomar la anticoncepción de emergencia. Para que la anticoncepción de emergencia sea efectiva debe tomarse lo más pronto posible y antes de que hayan pasado cinco días de haber tenido la relación riesgosa. Estas pastillas son fáciles de conseguir en cualquier farmacia, no requieren receta médica, producen pocas molestias y pueden tomarse o colocarse en la vagina. Hay que elegir un solo producto de los que se recomiendan en la tabla de anticoncepción de emergencia.

El embarazo producto de una violación es una indicación para la interrupción legal del embarazo, que se efectúa dentro del marco jurídico y de acuerdo con la legislación vigente en México.⁵



- **En todas las entidades federativas es legal interrumpir el embarazo por violación.**

Las indicaciones para la interrupción legal del embarazo en mujeres con menos de 12 semanas de gestación puede hacerse de acuerdo con los siguientes procedimientos:⁶

- Aspiración endouterina evacuadora: AMEU (Aspiración manual endouterina) y aspiración eléctrica.

- Legrado uterino instrumental.
- Uso de misopristol.⁷

¿Qué recomendar si la mujer no desea iniciar el Tratamiento Antirretroviral?

Si la mujer decide no tomar tratamiento antirretroviral a pesar de estar recomendado en la Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que viven con el VIH/SIDA y a su estado clínico, investigar las posibles causas que la llevan a tomar esta decisión y de acuerdo

con los datos reportados por la usuaria en el interrogatorio dirigir la información hacia las dudas e inquietudes que tenga en ese momento. Dentro de las posibles causas están:

- Resistencia a aceptar el padecimiento.
- Temor a iniciar el tratamiento antirretroviral por los efectos colaterales.
- Miedo al estigma y discriminación por parte de la familia, amigos o compañeros de trabajo.
- Sentirse clínicamente bien.
- Simplemente porque no lo desea.

Si a pesar de aclarar las dudas e inquietudes la usuaria no desea iniciar tratamiento no forzarla y solicitar apoyo psicoterapéutico.

Forzar a una mujer a iniciar el tratamiento antirretroviral favorecerá el fracaso posterior por un mal apego al tratamiento antirretroviral.

- **Respetar siempre el derecho de la mujer a no tomar el tratamiento antirretroviral y no condicionar la prestación de los servicios de salud.**

El seguimiento recomendado en estos casos consiste² en:

- Realizar evaluación clínica cada 4 a 6 semanas para buscar datos de progresión de la enfermedad.
- Solicitar recuento de CD4/CD8 cada 4 a 6 meses o antes si presenta datos clínicos de progresión de la enfermedad.
- Carga viral.
- Laboratorios adicionales, según requerimientos.
- Toma de Papanicolaou.
- Búsqueda y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- Evaluación psicológica.



Infecciones de Transmisión Sexual

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un problema de salud pública en el mundo y en el país, además de las complicaciones de leves a mortales que surgen cuando no se diagnostican y tratan en el momento oportuno. Uno de los principales problemas que ocurren con estos padecimientos es la poca o nula sintomatología que pueden presentar, sobre todo en las mujeres, en quienes cerca de 40% de estos padecimientos son asintomáticos,⁸ además de favorecer la reinfección por el VIH, las complicaciones como el embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria, los abortos y las malformaciones congénitas, entre otras. Es indispensable realizar el diagnóstico de estos padecimientos para evitar complicaciones.

La susceptibilidad para adquirir y desarrollar estas infecciones en mujeres que viven con el VIH aumenta cuando se tienen prácticas sexuales no protegidas y, por otro lado, algunas bacterias como *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis* y *Treponema pallidum* favorecen la replicación del VIH debido a un incremento de citoquinas estimulantes de su replicación.⁹

La información sobre ITS debe ser proporcionada por un profesional capacitado en éstas.

¿Qué manejo se debe realizar ante el diagnóstico de alguna ITS?

La utilización del manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual constituye una herramienta recomendada, sobre todo en aquellas unidades de salud o localidades que no cuentan con servicio de laboratorio para realizar un diagnóstico etiológico.⁸

Una ventaja que tiene el manejo sindromático es que desde la primera consulta se puede dar un tratamiento de acuerdo con el síndrome diagnosticado por el clínico.

El manejo sindromático aborda a las ITS a través de síndromes que pueden ser ocasionados por uno o más agentes causales. Los síndromes y agentes etiológicos a considerar son:

- **Síndrome de úlcera genital.**
- **Síndrome de secreción vaginal.**
- **Síndrome de secreción uretral.**
- **Enfermedad pélvica inflamatoria.**
- **Tumoraciones genitales.**

Síndrome	Síntomas	Signos	Agente Causal
Secreción vaginal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Flujo vaginal 2. Prurito vulvar 3. Dolor/ardor al orinar 4. Dolor durante las relaciones sexuales 	Secreción vaginal	<ul style="list-style-type: none"> - Neisseria gonorrhoeae - Chlamydia trachomatis - Trichomonas vaginalis - Gardnerella vaginalis - Mycoplasma hominis - Ureaplasma urealyticum - Mobiluncus sp
Secreción uretral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secreción uretral 2. Dolor/ardor al orinar 3. Micción frecuente 4. Prurito 	Secreción uretral	<ul style="list-style-type: none"> - Neisseria gonorrhoeae - Chlamydia trachomatis - Trichomonas vaginalis - Mycoplasma hominis - Ureaplasma urealyticum
Úlcera genital	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Llaga" no dolorosa, o dolorosa precedida de vesículas o sin ellas que se presentan una vez o recurren periódicamente 	Úlcera genital	<ul style="list-style-type: none"> - Treponema pallidum - Haemophilus ducreyi - Herpes simple I/II Chlamydia trachomatis (L1, L2 y L3) - Calymmatobacterium granulomatis
Dolor abdominal bajo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor en la parte baja del abdomen 2. Dolor durante las relaciones sexuales 3. Fiebre (en etapas iniciales) 	Dolor abdominal bajo	<ul style="list-style-type: none"> - Neisseria gonorrhoeae - Chlamydia trachomatis - Ureaplasma urealyticum - Streptococcus anaerobios
Tumores genitales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neoformaciones verrugosas o de aspecto "papilomatoso", pequeñas o grandes, únicas o múltiples 2. Pápulas perladas con umbilicación central 	<p>Condiloma acuminado</p> <p>Molusco contagioso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Virus del papiloma humano - Virus del molusco contagioso

El espectro de vaginosis bacteriana y la infección por *Candida albicans* no están considerados como ITS.

Si cuenta con laboratorio para detección de ITS realizar las pruebas necesarias acorde con los síntomas en la mujer.

Si durante la exploración física se detectan cualquiera de las siguientes situaciones, hay que canalizar a la mujer al servicio de urgencias para su atención:

- Antecedente de retraso menstrual.

- Embarazo o aborto reciente.
- Resistencia muscular o rebote abdominal.
- Palpación de masas pélvicas.

Dar un tratamiento oportuno evitará la presencia de complicaciones secundarias que ponen en riesgo la vida de la mujer y complicaciones para el producto si es que está embarazada. Para el tratamiento de estos padecimientos es recomendable revisar el Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático en las Infecciones de Transmisión Sexual.⁸

Decisiones Reproductivas

¿Qué debemos de informar sobre Decisiones Reproductivas a las Mujeres con el VIH?

Todas las mujeres tienen el derecho a decidir voluntariamente, y a obtener información completa, sobre los métodos del control de la fertilidad que desea utilizar, de acuerdo con sus necesidades, padecimientos y costumbres.

Antes de que acepten algún método del control de la fertilidad deben estar informadas de las ventajas y desventajas de los diferentes métodos, con la finalidad de que elijan el que más les convenga de acuerdo con su estado de salud. Debido al incremento en los casos del VIH en mujeres, la probabilidad de embarazo en la etapa reproductiva es mayor, razón por la que los métodos de control de la fertilidad incluyendo la anticoncepción de emergencia, deben estar al alcance de las infectadas por el VIH en todas las unidades de atención de salud.



¿Cómo hacer la Consejería en la Toma de Decisiones Reproductivas?

Es indispensable establecer una adecuada relación con la mujer para fortalecer la comunicación.

Se sugiere:

- Saludarla de mano y recibirla con cordialidad.
- Llamarla por su nombre.
- Comunicarnos sencilla y coloquialmente.
- Crear un ambiente tranquilo y relajado que favorezca un clima de confianza.
- Averiguar el motivo de la visita con preguntas como: ¿en qué te puedo servir?, ¿en qué te puedo ayudar?

Las mujeres con el VIH tienen el derecho a contar con información veraz, oportuna y clara sobre los diferentes métodos del control de la fertilidad que se encuentran disponibles en los servicios de salud que prestan atención especializada para el VIH de manera que estos métodos deben ser ofrecidos por personal capacitado, en el momento oportuno, decidiendo ellas cuál es el que mejor les conviene de acuerdo con sus necesidades reproductivas. La consejería debe enfocarse a resolver o aclarar dudas que pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.

Una de las desventajas de no ofrecer consejería sobre los métodos del control de la fertilidad en el momento oportuno, durante la etapa reproductiva en las mujeres con el VIH, trae consigo consecuencias importantes que las ponen ante un dilema.

Los servicios de salud, en especial aquellos que prestan atención a mujeres con el VIH, deben contar con estrategias en planificación familiar a través de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles para evitar embarazos no deseados.

La consejería debe tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Tratar con respeto a la usuaria.
- Atenderla en un espacio confortable para que ella se sienta en confianza.
- Respetar la privacidad.
- Garantizar la confidencialidad.
- Escucharla si ella tiene en mente el uso de algún método anticonceptivo en particular.
- Proporcionar información sobre los diferentes métodos anticonceptivos existentes, así como explicar las ventajas y desventajas de cada uno.
- No forzar a la mujer a decidirse por algún método en particular que el personal de salud considere sea el idóneo.
- Respetarle la decisión en la elección del método del control de la fertilidad.
- Ofrecerle el método del control de la fertilidad que mejor se adapte a sus necesidades.



- Aclararles que los métodos del control de la fertilidad como los hormonales orales, los inyectables, los parches, los implantes, la salpingoclasia bilateral, la vasectomía y el DIU no previenen contra

las infecciones de transmisión sexual ni del VIH, solamente los condones lo hacen.

¿Qué Métodos de Control de la Fertilidad se recomiendan en Mujeres con el VIH?

Si la mujer no conoce o no ha oído hablar de algunos métodos del control de la fertilidad debemos explicarles sobre los diferentes métodos con los que contamos.

Posiblemente durante la primera visita queden algunas dudas respecto al tema y la mujer no se decida por algún método en particular; en estos casos es necesario

que en la próxima visita aclaremos las dudas o miedos que pueda tener en relación con los métodos y proporcionarle alguno temporal mientras decide cuál es el idóneo; conviene reflexionar sobre algunas preguntas en la visita subsecuente con la finalidad de disipar dudas, miedos o mala información.

- ¿Tiene dudas acerca de los métodos explicados en la primera sesión?
- ¿Comprendió la información relacionada con los métodos del control de la fertilidad?
- ¿Cuáles son sus miedos en relación con los métodos?
- ¿La información que proporcionamos fue clara?

Una vez aclarados los puntos debemos conocer cuáles son las principales características e indicaciones de los métodos anticonceptivos para mujeres con el VIH, en

especial aquellos que se encuentran en alguna categoría que contraindique su uso.

¿Cuáles son los Criterios para elegir los Métodos Anticonceptivos?

La Federación Internacional de Planificación de la Familia y otros organismos han colaborado con la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰ en el desarrollo de criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos, llegando a la siguiente clasificación (criterios médicos de elegibilidad de la OMS):

- **Categoría 1:** una condición en la cual no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
- **Categoría 2:** una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan a los riesgos teóricos o probados.

- **Categoría 3:** una condición en la que los riesgos teóricos o probados usualmente sobrepasan a las ventajas de usar el método.

Anticonceptivos hormonales orales

Estos métodos proporcionan anticoncepción segura y efectiva a las mujeres que deseen prevenir un embarazo, son sistémicos y se basan en la combinación de un progestágeno con un estrógeno (combinado) o con un progestágeno solo.¹⁰

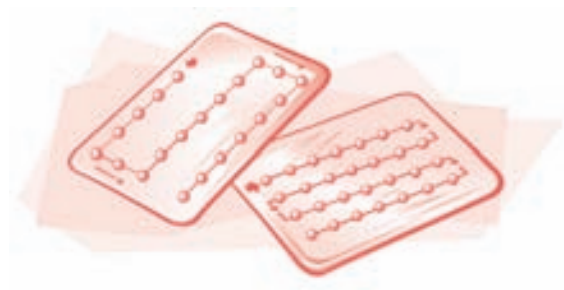
Estos incluyen:

- Anticonceptivos orales combinados (AOC).
- Píldoras de progestágeno solo (PPS).
- Inyectables de progestágeno solo (IPS).
- Anticonceptivos inyectables combinados (AIC).
- Implantes subdérmicos.

Estos anticonceptivos se preparan con base en estrógenos. Hay dos tipos de AOC:

- **Monofásicos:** se denominan así, ya que todas las píldoras tienen la misma concentración de estrógeno y progestágeno. Los AOC disponibles en la actualidad son una combinación de etinil estradiol, en dosis que varían entre 15 y 50 µg y un progestágeno.
- **Multifásicos:** para cada ciclo hay dos variantes (bifásicas) o tres variantes (trifásicas) en las concentraciones de estrógeno o de progestágeno. No hay evidencia de que los AOC multifásicos sean más efectivos o seguros que los monofásicos, y sus efectos clínicos son similares.
- **Mecanismo de acción:** el efecto anticonceptivo de los AOC se debe a la inhibición de la ovulación; además de que provocan un aumento en la

- **Categoría 4:** una condición que representa un *riesgo inaceptable* para la salud si se utiliza el anticonceptivo.



viscosidad del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina.

Indicaciones

- Mujeres que desean un anticonceptivo eficaz.
- Mujeres dispuestas a tomar una pastilla diaria.
- Tienen efectos colaterales como náusea, problemas secundarios de sangrado, anemia.

Este método debe ser proporcionado a las mujeres de acuerdo con los criterios de elegibilidad médica de la OMS siempre y cuando no haya una condición de categoría 4.

Categoría 4 (contraindicaciones), los AOC no deben usarse en los siguientes casos:

- Durante la lactancia materna, ni con menos de seis semanas posparto.
- Condición actual o antecedente de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía.

- Consumo de 15 o más cigarrillos diarios en una mujer de 35 años o más de edad.
- Presión arterial elevada (sistólica 160 o diastólica 100 mmHg).
- Hipertensión arterial con enfermedad vascular.
- Migraña con aura.
- Diabetes mellitus con complicaciones vasculares (incluyendo hipertensión arterial, nefropatía, retinopatía o neuropatía) o con más de 20 años de duración.
- Evidencia pasada o presente de trombosis venosa profunda (TVP) o embolia pulmonar (EP).
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Enfermedad cardio valvular complicada.
- Cáncer de mama en los últimos cinco años.



- **Hepatitis viral activa.**
- **Tumor benigno o maligno en el hígado.**
- **Cirrosis descompensada severa.**

Categoría 3, en general los AOC no deben usarse en presencia de:

- Consumo de hasta 15 cigarrillos diarios en una mujer de 35 años o más de edad.
- Presión arterial alta (sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mmHg).
- Antecedentes de hipertensión (cuando la presión arterial no puede ser evaluada) o de hipertensión controlada adecuadamente.
- **Hiperlipidemia**
- Migraña sin aura en mujeres de 35 años o más de edad (si la migraña se desarrolla durante el uso del AOC se convierte en contraindicación de categoría 4).
- Antecedentes de cáncer de mama sin evidencia de la enfermedad en los últimos cinco años.
- Lactancia materna de seis semanas, menos de seis meses posparto.
- Menos de 21 días postparto.
- Cirrosis compensada leve.
- Antecedentes de colestasis relacionada con el uso anterior de AOC.
- Enfermedad sintomática de la vesícula biliar.
- **Tratamiento de medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: rifampicina y ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina).**

- Cuando exista cualquier condición de categoría 3, explicar los riesgos potenciales y buscar otros métodos alternativos.

Si la mujer elige un AOC porque otros anticonceptivos no están disponibles o no son aceptables, el método debe ser prescrito por personal de salud capacitado, debiendo permanecer bajo supervisión médica.

Si una mujer tiene más de una de las cinco primeras condiciones mencionadas arriba, lo cual aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, ejercer el criterio clínico. En la mayoría de los casos las condiciones combinadas deben considerarse como pertenecientes a la categoría 4 (contraindicación).

Categoría 2, en general, los AOC pueden ser usados con precaución en presencia de:

- Consumo de cigarrillos en una mujer con menos de 35 años de edad.
- Migraña sin aura en una mujer con menos de 35 años de edad (si la migraña se desarrolla durante el uso del AOC, se convierte en categoría 3).
- Diabetes mellitus sin complicaciones vasculares.
- Antecedentes familiares de TVP/EP (de parientes en primer grado).
- Lactancia materna y seis meses o más posparto.
- Tromboflebitis superficial.
- Antecedentes de hipertensión arterial en el embarazo (cuando la presión actual es normal).
- Enfermedad cardiovascular no complicada.
- Sangrado vaginal inexplicable.
- Abultamiento en las mamas sin diagnóstico.
- Enfermedad asintomática de la vesícula biliar.
- Falciformismo o enfermedad celular falciforme.
- Obesidad con un índice de masa corporal (IMC) de 30 kg/m² o más.
- **Tratamiento con griseofulvina.**
- **Terapia antirretroviral.**

- Cuando alguna de estas condiciones está presente el monitoreo apropiado permitirá lograr que los beneficios de usar los AOC superen cualquier riesgo potencial. Sin embargo, cuando una mujer tiene más de una de las tres primeras condiciones, mismas que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, ejercer el criterio clínico.

Píldoras que contienen sólo Progestágeno (PPS)

Estos anticonceptivos solamente contienen un progestágeno, en una dosis menor (10–50%) que la utilizada en la píldora combinada de estrógeno/progestágeno. Por lo tanto, dependiendo del tipo de progestágeno, las PPS pueden contener solamente de 30 µg (ej. el levonorgestrel) a 600 µg (ej. la noretisterona) de progestágeno (0.03-0.6 mg).

El mecanismo de acción es similar a los AOC, además de:

- El efecto del progestágeno sobre el moco cervical que se torna viscoso y escaso, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Su acción sobre el hipotálamo y sobre la hipófisis, suprimiendo la elevación de hormona luteinizante (LH) responsable de la ovulación.

Criterios de Elegibilidad

Las PPS no tienen efecto en la presión arterial o en los factores de coagulación, pero sí poca acción en el metabolismo de lípidos y en la función hepática. Tienen menos restricciones de elegibilidad médica que los AOC.

- **Cuando esté presente cualquier condición de Categoría 3, explique a la mujer los riesgos potenciales y proponga otros métodos anticonceptivos.**

Si la mujer elige las PPS debido a que otras opciones anticonceptivas no están disponibles o no son aceptables, es recomendable sugerirle que requiere de seguimiento médico.

Categoría 4, las PPS no deben utilizarse en presencia de:

- Cáncer de mama en los pasados cinco años.

Categoría 3, en general las PPS no deben utilizarse en:

- Padecimiento actual de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Hepatitis viral activa.
- Tumor hepático (benigno o maligno).
- Cirrosis descompensada severa.
- Antecedentes de cáncer de mama, sin evidencia de la enfermedad en los últimos cinco años.
- Lactancia materna y menos de seis semanas posparto.
- **Tratamiento de medicamentos que afecten las enzimas hepáticas: rifampicina y ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamezepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina).**

Categoría 2, las PPS pueden ser usadas generalmente con precaución en:

- Padecimiento actual o antecedente de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía (si cualquiera de estas condiciones se desarrolla durante el uso de PPS, se considera categoría 3).

- Antecedente de hipertensión arterial en lugares en donde no puede evaluarse la presión arterial.
- Presión arterial elevada (sistólica \geq 160 o diastólica 100 mmHg).
- Presión arterial elevada con enfermedad vascular.
- Migraña con aura o desarrollo de migraña sin aura a cualquier edad durante el uso de PPS (si la migraña se desarrolla durante el uso de PPS, se considera categoría 3).
- Diabetes con o sin complicaciones (antecedentes de diabetes gestacional es categoría 1).
- Antecedentes de TVP/EP.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada. Cirrosis compensada leve.
- Enfermedad de la vesícula biliar.
- Masa en mama no diagnosticada.
- Embarazo ectópico previo.
- **Hiperlipidemia.**
- Sangrado vaginal irregular, abundante o prolongado, o sangrado vaginal inexplicado, que causen sospecha de una condición subyacente seria, antes de la evaluación correspondiente.
- **Tratamiento con griseofulvina.**
- **Terapia antirretroviral.**

• Cuando cualquiera de estas condiciones está presente, un tamizaje cuidadoso y un monitoreo apropiado, permitirán que los beneficios de usar las PPS superen cualquier riesgo potencial.

Anticonceptivos inyectables de Progestágeno solo (IPS)

Se componen de esteroides sintéticos de progesterona. Son liberados lentamente en el torrente circulatorio después de su aplicación. Una sola dosis proporciona protección durante 1, 2 o 3 meses, los más utilizados son:

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD): cada dosis de 1 ml contiene 150 mg de AMPD.
- Enantato de noretisterona (EN-NET) cada dosis de 1 ml contiene 200 mg de EN-NET.



Mecanismo de Acción

- Efecto del progestágeno sobre el moco cervical, el cual se torna viscoso y escaso, inhibiendo la penetración de los espermatozoides.
- Sobre el hipotálamo y la hipófisis, suprimiendo la elevación de la LH responsable de la ovulación.

Indicaciones

Mujeres que:

- Desean un método anticonceptivo eficaz.
- Estén amamantando.
- Deseen la conveniencia de no tener que tomar anticonceptivos orales.
- Con problemas para recordar la toma de los anticonceptivos orales.
- Que no deban usar anticonceptivos que contengan estrógenos.

Criterios de Elegibilidad

Categoría 4, no recomiende el uso de IPS a mujeres:

- Que han tenido cáncer de mama durante los últimos cinco años.

Categoría 3, en general, los IPS no deben usarse en presencia de:

- Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Antecedente de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía.
- Presión arterial elevada (sistólica 160 o diastólica 100mmHg).
- Hipertensión con enfermedad vascular.
- Diabetes mellitus con complicaciones vasculares (incluyendo hipertensión, nefropatía, retinopatía o neuropatía) o con más de 20 años de duración.
- **Hepatitis viral activa.**
- Cirrosis descompensada severa.
- Tumor benigno o maligno en el hígado.
- Antecedentes de cáncer de mama con evidencia de la enfermedad por al menos cinco años.
- Lactancia materna y menos de seis semanas posparto.
- Sangrado vaginal inexplicado, que cause sospecha de una condición subyacente seria, antes de la evaluación correspondiente.

- Cuando está presente una condición de categoría 3, explique a la mujer los riesgos potenciales e infórmele sobre métodos alternativos. Si la mujer elige los IPS debido a que las otras opciones anticonceptivas no están disponibles es recomendable que permanezca bajo supervisión médica.

Categoría 2, por lo general los IPS pueden usarse con precaución en presencia de:

- Presión arterial elevada (sistólica 140–159 o diastólica 90–99 mmHg).
- Antecedentes de hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus (si se desarrolla enfermedad vascular durante el uso de los IPS la diabetes mellitus se considera categoría 3).
- Migraña con o sin aura a cualquier edad (si la migraña con aura se desarrolla durante el uso de los IPS, se considera categoría 3).
- **Hiperlipidemia**
- Antecedentes de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).

- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Cirrosis compensada leve.
- Enfermedad de la vesícula biliar.
- Masa en mama no diagnosticada.
- Sangrado vaginal irregular, abundante o prolongado.
- **Tratamiento con medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: rifampicina, anticonvulsivos (fenitoína, carbamezepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina).**
- **Terapia antirretroviral.**

• Cuando están presentes algunas de estas condiciones el monitoreo permitirá que los beneficios de usar los IPS superen cualquier riesgo potencial. Sin embargo, si una mujer tiene más de una de las tres primeras condiciones mencionadas puede aumentar el riesgo de una enfermedad cardiovascular arterial y debe considerársele en la categoría 3 del criterio de elegibilidad médica.

Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

Los anticonceptivos inyectables combinados (AIC) contienen un estrógeno de acción corta y un progestágeno de acción prolongada. La preparación inyectada se libera lentamente durante 28 días desde el lugar donde es inyectada. Se administra una inyección al mes.

Las dos preparaciones disponibles son:

- 25 mg de acetato de medroxyprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol.

- 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol.

Mecanismo de Acción

- Suprimen la ovulación, el moco cervical se ve afectado lo que lo hace inhóspito para la penetración de los espermatozoides.

Indicaciones

- Que se desee un anticonceptivo eficaz.

- Dificultad para tomar a diario las pastillas anti-conceptivas.
- Para quienes quieran aplicar el anticonceptivo en forma mensual.

Implantes subdérmicos

Los implantes se colocan vía subdérmica, liberan progestágeno de manera controlada proporcionando dosis diarias para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado.

Los implantes incluyen: norplan de larga duración, reversible, consiste en seis cápsulas delgadas blandas y contiene 36 mg de levonorgestrel. Se liberan aproximadamente 30 µg de levonorgestrel al día y la vida útil efectiva del implante es de siete años.

Jadelle consiste en dos barras de silastic que liberan levonorgestrel; es efectivo hasta por cinco años. Cada barra mide 43 mm de largo y 2.5 mm de diámetro y contiene 75 mg de levonorgestrel.

Implanon es una cápsula que libera etonogestrel, tiene una vida útil de tres años. Mide 40 mm de longitud y 2 mm de diámetro, y contiene 68 mg de etonogestrel.

Criterios Médicos de Elegibilidad

Los criterios de elegibilidad son similares a los existentes para anticonceptivos orales combinados y para los inyectables que sólo contienen progestágeno.

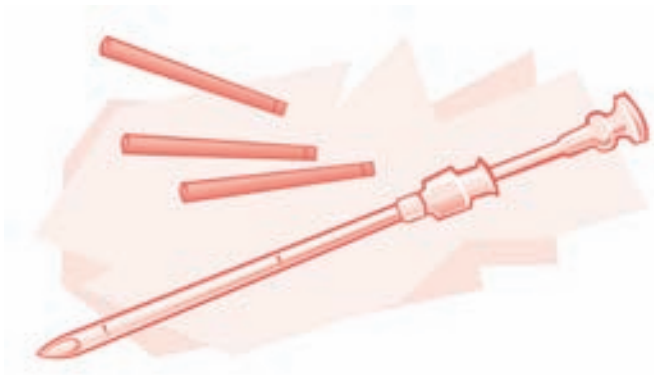
Los implantes se insertan de manera subdérmica en la parte superior del antebrazo, a través de un procedimiento quirúrgico menor bajo anestesia local. Después de la inserción se puede palpar los implantes. El efecto anticonceptivo se obtiene por la liberación lenta y constante de progestógeno, con la difusión a través de la membrana silástica en el torrente sanguíneo.

Mecanismo de Acción

- El efecto del progestágeno sobre el moco cervical es el factor principal de su eficacia anticonceptiva. El moco se torna viscoso y escaso, inhibiendo la penetración de los espermatozoides.
- El progestágeno actúa sobre el hipotálamo y la hipófisis, suprimiendo la elevación de la LH responsable de la ovulación. La ovulación se bloquea en por lo menos la mitad de los ciclos.

Indicaciones

- Mujeres que deseen un método anticonceptivo.
- Que elijan un método anticonceptivo de larga duración.
- Que prefieran un método que no deban tomar a diario.
- Que tengan el número de hijos que desean, pero que no desean salpingoclasia.



- Que estén valorando la posibilidad de cirugía, pero que todavía no se decidan.
- Que haya contraindicación para los estrógenos.
- Que tengan problemas para recordar la toma.

Categoría 4, los implantes de progestágeno sólo no deben ser usados en presencia de:

- Cáncer de mama en los últimos cinco años.

Categoría 3, no indique el uso de implantes de progestágeno a mujeres con:

- Evidencia de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- **Hepatitis viral activa.**

- Cirrosis descompensada severa.
- Tumor benigno o maligno en el hígado.
- Antecedentes de cáncer de mama sin evidencia de la enfermedad en los últimos cinco años.
- Lactancia materna de seis semanas y menos de seis meses posparto.
- Sangrado vaginal inexplicable, sospechoso de una condición seria, antes de la evaluación.
- **Tratamiento con medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: rifampicina y ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamezepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina).**

• Cuando cualquier condición de categoría 3 esté presente, explique los riesgos potenciales a la mujer y asesore sobre métodos alternativos. Si la mujer escoge un implante de progestágeno sólo porque otros anticonceptivos no están disponibles o no son aceptables, es importante que el método sea provisto por un trabajador de la salud capacitado y la mujer debe permanecer bajo vigilancia médica.

Categoría 2, en general, los implantes de progestágeno deben ser usados con precaución en:

- Presión arterial elevada (sistólica \geq 160 o diastólica \geq 100 mmHg).
- Cualquier antecedente de hipertensión.
- Hipertensión con enfermedad vascular.
- Condición actual o antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía.
- Diabetes mellitus con o sin complicaciones (antecedentes de enfermedad gestacional es categoría 1).

- Migraña con o sin aura (si la migraña se desarrolla durante el uso del implante, se convierte en categoría 3).³
- **Hiperlipidemia.**
- Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Sangrado vaginal irregular sin sangrado abundante o sangrado abundante y prolongado (incluye patrones regulares o irregulares).
- **Cirrosis compensada leve.**

- Enfermedad de la vesícula biliar.
- Masa en mama no diagnosticada.
- **Tratamiento con griseofulvina.**
- **Terapia antirretroviral.**

- **Cuando cualquier condición de categoría 3 esté presente, explique los riesgos potenciales a la mujer y asesore sobre métodos alternativos. Si la mujer escoge un implante de progestágeno sólo porque otros anticonceptivos no están disponibles o no son aceptables es importante que el método sea provisto por un trabajador de la salud capacitado y la mujer debe permanecer bajo vigilancia médica.**

Categoría 3, no indique el uso de implantes de progestágeno en:

- Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis descompensada severa.
- Tumor benigno o maligno en el hígado.
- Antecedentes de cáncer de mama sin evidencia de la enfermedad en los últimos cinco años.
- Lactancia materna de seis semanas y menos de seis meses posparto.
- Sangrado vaginal inexplicable, sospechoso de una condición seria, antes de la evaluación.
- **Tratamiento de medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: rifampicina y ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamezepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina).**

Categoría 2, en general, los implantes de progestágeno sólo pueden ser usados con precaución en presencia de:

- Presión arterial elevada (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 mmHg).
- Cualquier antecedente de hipertensión cuando la presión arterial no puede ser evaluada.
- Hipertensión arterial con enfermedad vascular.
- Condición actual o antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica o apoplejía.
- Diabetes mellitus con o sin complicaciones (antecedentes de enfermedad gestacional es categoría 1).
- Migraña con o sin aura (si la migraña se desarrolla durante el uso del implante, se convierte en categoría 3).
- **Hiperlipidemia conocida.**
- Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP).

- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Patrones de sangrado vaginal irregular sin sangrado abundante o sangrado abundante y prolongado.
- Cirrosis compensada leve.
- Enfermedad de la vesícula biliar.
- Masa en mama no diagnosticada.
- **Tratamiento con griseofulvina.**
- **Terapia antirretroviral.**

- Cuando alguna de estas condiciones está presente, el monitoreo apropiado permitirá lograr que los beneficios de usar un implante superen cualquier riesgo potencial. Cuando una mujer tiene más de una de las cinco primeras condiciones que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, debe considerarse como categoría 3. Si elige un implante porque otros anticonceptivos no están disponibles o no son aceptables, es importante advertirle que debe permanecer bajo supervisión médica.

Dispositivo intrauterino

Es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo. Entre los dispositivos que contienen cobre están la 'T de cobre 380A' (TCu 380A), la 'T de cobre 220C' (T CU 220C), el 'multiload de cobre 375' (ML Cu 375), y la 'nova T' (nova T).

Duración de su uso: la TCu 380A ha demostrado ser altamente efectiva por un mínimo de 12 años, con una tasa acumulada de embarazos de 2.2 por cada 100 mujeres, mientras que la TCu 220C es también efectiva durante el mismo período de tiempo, pero en menor grado. El ML Cu 375 es efectivo por lo menos durante 10 años. La nova T200 se recomienda hasta por tres años, después de los cuales las tasas de falla aumentan. La nova T380 es efectiva hasta por cinco años, con una tasa de embarazos acumulada de 2.0.



Mecanismo de acción

- Inhibición de la migración de los espermatozoides en la parte alta del tracto genital.
- Inhibición del transporte del óvulo.
- Inhibición de la fertilización.
- El DIU que libera levonorgestrel provoca cambios en la cantidad y en la viscosidad del moco cervical, inhibiendo así la penetración de los espermatozoides.

Indicaciones

- En mujeres que ya han tenido hijos y que necesiten un método anticonceptivo efectivo, reversible y de larga duración.
- En mujeres que prefieran un método que no requiera toma diaria de AO.
- En mujeres que estén amamantando.
- En mujeres que pudieran tener dificultad para obtener anticonceptivos con regularidad.
- En mujeres que no tengan privacidad, lo que dificulta el uso de algunos otros métodos.
- En mujeres que no desean más hijos, pero no desean salpingoclasia.

Categoría 4, no recomienda el uso del DIU a mujeres con:

- Embarazo confirmado o sospecha de embarazo.
- **Sepsis puerperal o post-aborto que haya ocurrido dentro de los últimos tres meses.**
- **Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).**
- **Infección de transmisión sexual actual (se refiere a ITS que pueden producir infección cervical, chlamydia y gonorrea).**
- **Cervicitis purulenta.**
- Confirmación o sospecha de malignidad del tracto genital.
- Sangrado vaginal inexplicable (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).

- Cáncer cervical en espera de tratamiento (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Cáncer endometrial (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- Anormalidades uterinas congénitas o tumores benignos en el útero.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- **Tuberculosis pélvica confirmada (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 3).**

Categoría 3

- Cáncer ovárico (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).
- **Alto riesgo de contraer ITS (ej: compañeros o compañeras sexuales múltiples o pareja que tiene compañeros o compañeras sexuales múltiples).**
- **Mujeres con el VIH (si se desarrolla durante el uso del DIU se convierte en categoría 2).**
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna (hay un aumento en el riesgo de perforación, y el tratamiento de la enfermedad puede requerir legrado uterino).

Categoría 2, en general, el DIU puede ser usado con precaución en los siguientes casos:

- Mujeres con menarquia a los 20 o menos años de edad.
- Mujeres nulíparas.

- Menos de 48 horas post-aborto (para el DIU que libera levonorgestrel es una condición de categoría 3).
- Pos-aborto, después del segundo trimestre del aborto.
- Anormalidades (incluyendo estenosis cervical o laceraciones cervicales) que no distorsionen la cavidad uterina o interfieran con la inserción del DIU.
- Enfermedad cardíaca valvular complicada.
- Miomatosis uterina sin distorsión de la cavidad uterina.
- EPI sin embarazo subsecuente.
- **Vaginitis sin cervicitis purulenta, chlamydiais o gonorrea y otras ITS (excluyendo el VIH y la hepatitis).**

Métodos de Barrera

Los métodos anticonceptivos de barrera evitan el embarazo bloqueando la entrada de los espermatozoides a la cavidad uterina. Los condones ayudan a proteger contra las ITS incluyendo el VIH.



- **Alto riesgo de contraer el VIH.**
- **Mujeres con el VIH, que se encuentren clínicamente estables, bajo tratamiento antirretroviral (puede haber un aumento en el riesgo de EPI debido a la respuesta inmunológica deprimida).**
- **Anemia**, incluyendo la talasemia, el falciformismo, la anemia por deficiencia de hierro (no para el DIU que libera levonorgestrel).
- Dismenorrea severa (no para el DIU que libera levonorgestrel).
- Sangrado abundante o prolongado.
- Endometriosis (no para el DIU que libera levonorgestrel).

La ventaja de los métodos de barrera son su inocuidad y los pocos efectos colaterales; una desventaja es su baja efectividad (de uso), comparada con los métodos hormonales, el DIU y la salpingoclasia.

Los trabajadores de la salud deben dar una educación y una consejería adecuadas para la mujer y su pareja para que el método tenga una mayor efectividad. Las mujeres deben saber que si este tipo de método es usado como único y si se desea maximizar su efectividad, **debe usarse correctamente en cada relación sexual.**

No es necesaria una valoración del estado de salud de quien lo usa. Sin embargo, debe aprovecharse su visita a la clínica como una oportunidad para ofrecerle otros servicios disponibles de salud sexual y reproductiva (si se cuenta con ellos).

Condón masculino

El condón de látex se usa para cubrir el pene erecto, detiene el semen actuando como barrera que impide el paso de los espermatozoides a la vagina.

Condón femenino

El condón está hecho de poliuretano prelubricado, está provisto de un anillo interno utilizado para su inserción y uno externo que cubre los labios mayores y menores durante el coito.

Actualmente se encuentra disponible en el cuadro básico de medicamentos publicado en Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 2006.

Los estudios de laboratorio han demostrado que el condón femenino es una barrera efectiva no sólo contra el esperma, sino también contra las ITS y el VIH.

- Cuando se usan correcta y sistemáticamente en todas las relaciones sexuales, el condón masculino y el femenino son un método anticonceptivo efectivo. Además, son una barrera efectiva para proteger contra las ITS, incluyendo la transmisión del VIH.

Criterios médicos de elegibilidad

Categoría 4, no hay contraindicación para su uso.

Categoría 3

- Alergia o sensibilidad al látex, si esto ocurre se debe recomendar:
 - Cambio de marca de condón.
 - Un condón sin espermicida.
- Si la alergia es severa recomendar otro método del control de la fertilidad.

Oclusión tubaria bilateral OTB (salpingoclasia)

Es el método anticonceptivo disponible más efectivo para las mujeres que no desean tener más hijos, siendo uno de los más seguros, con tasas bajas de mortalidad y de complicaciones. El procedimiento consiste en ligar y bloquear las salpinges para evitar que el espermatozoide y el óvulo se unan. Se deben plantear los siguientes puntos dentro de la consejería:

- Que el procedimiento es quirúrgico.
- Que hay posibilidades de complicaciones relacionadas con la cirugía y la anestesia.
- Los beneficios del método.
- Que existe un riesgo de falla.
- Que es un procedimiento permanente.
- Que la decisión de realizarla es voluntaria.

- Que la mujer tiene derecho a cambiar de opinión si así lo desea.
- **Que no previene contra las ITS y el VIH.**
- Que se realiza bajo consentimiento informado.
- Que además se debe identificar factores que puedan hacer que la mujer se arrepienta; si existen, darle tiempo para decidirse.



- **La responsabilidad del personal de salud a cargo del procedimiento debe contemplar que la mujer otorgue su consentimiento informado para la cirugía, libre de presiones, de manera madura, informada y voluntaria.**

El consentimiento informado debe obtenerse para:

- Documentar que la elección fue informada y voluntaria.
- Servir como autorización legal para la cirugía.

Una vez que se plantearon los riesgos y beneficios del procedimiento el personal médico hará la historia clínica para conocer el estado general de la mujer, así como para ordenar los exámenes de laboratorio requeridos para el procedimiento y así evitar complicaciones.

- **El método es recomendable en mujeres con el VIH cuando con previa consejería y consentimiento informado decide que le practiquen la cirugía.**

¿Cuándo sugerir la Anticoncepción de Emergencia?

La anticoncepción de emergencia es de primera elección para prevenir el embarazo en mujeres con el VIH después de una práctica sexual no protegida o del rompimiento del condón y en caso de violación.¹¹

Es fácilmente disponible, altamente efectiva y con mínimos efectos secundarios.

La aplicación de la anticoncepción de emergencia debe hacerse antes de cumplirse los primeros cinco días de la práctica sexual riesgosa.

La anticoncepción de emergencia no se contrapone con el tratamiento antirretroviral, por lo que el tratamiento establecido para el VIH debe continuarse de manera rutinaria.

A continuación se señalan los diferentes esquemas disponibles en México de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar.¹²

Nombre genérico	Nombre comercial	Primera dosis durante las primeras 72 horas	Segunda dosis, 12 horas después de la primera dosis
Estrógeno progestina	Ovral Eugynon Nordiol Neogynon	2 pastillas	2 pastillas
Estrógeno+progestina	Lo-femenal Nordet Microgynon	4 pastillas	4 pastillas
Progestina	Vika Vika (dosificación alternativa)	1 comprimido 2 comprimidos dosis única	1 comprimido
Levonorgestrel	Postinor	1 pastilla	1 pastilla
Levonorgestrel	Postday	2 comprimidos en dosis única	

Es importante aclarar que:

- La anticoncepción de emergencia no interrumpe el embarazo.
- Todos los métodos están disponibles en cualquier farmacia, sin receta médica.
- No tiene contraindicación alguna y su efectividad es de 75%, después de las 72 horas su efectividad es menor, pero no desaparece y puede utilizarse hasta cinco días después.
- Si hay vómito dentro de las dos horas posteriores a la toma hay que repetirla.
- Los anticonceptivos de emergencia no deben tomarse con los antirretrovirales por la posibilidad de vómito, por lo que es mejor ingerir antes los antirretrovirales y después la anticoncepción de emergencia.
- Tomar pastillas de más no aumenta la efectividad del método, pero sí las molestias como la náusea y el vómito.
- Explicar que el ciclo menstrual siguiente puede empezar antes o después de lo esperado.

Cáncer Cérvico Uterino

El cáncer cervico uterino es la segunda causa de cáncer en mujeres en México y surge por el crecimiento incontrolable de células anormales en el cuello uterino. Es producido por el virus del papiloma humano (VPH), considerado como una infección de transmisión sexual. Se estima que afecta a 50 u 80% de las mujeres con actividad sexual por lo menos una vez en sus vidas.¹³

El riesgo de contraer la infección por el VPH en toda la vida puede ser de hasta 80%, pero sólo menos de 2% de las mujeres infectadas desarrollarán cáncer cérvico uterino.¹³ La infección puede entrar en remisión sin ninguna intervención o evolucionar hacia cáncer, dependiendo de una serie de factores como el tabaquismo, la paridad, la disminución del sistema inmune, el inicio temprano de la actividad sexual.

Con el advenimiento del VIH se identificó un incremento en el riesgo de presentar lesiones como la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en mujeres con infección por el VPH que cursan con inmunosupresión. Se ha observado una alta prevalencia de infección por este virus en mujeres con el VIH, comparadas con mujeres negativas.¹⁴

El impacto de la inmunosupresión en la historia natural del VPH incluye la reactivación de lesiones latentes y el establecimiento de lesiones persistentes crónicas, mismas que han sido documentadas en múltiples estudios.¹³ Sin embargo, con el advenimiento del tratamiento antirretroviral altamente activo (HAART), por sus siglas en inglés, se ha favorecido que la inmunosupresión pueda ser reversible, mejorando el pronóstico en la evolución de las lesiones; esto significa que entre mejor conservado se encuentre el sistema inmunológico (linfocitos T CD4 altos) y que la carga viral se lleve a niveles indetectables, la evolución de la infección por el VPH tendrá una menor progresión. En este sentido, las lesiones NIC I, II y III favorecerán el desarrollo de cáncer cervical. Además del riesgo de evolución a NIC se ha demostrado que mujeres con el VIH presentan mayor riesgo de recurrencia de lesiones como condilomas, así como el desarrollo de lesiones en vagina, vulva y recto,¹⁵ por lo que la revisión colposcópica debe incluir vulva y vagina.

¿Cómo realizar la Consejería en la Prevención del Cáncer Cérvico Uterino en Mujeres con el VIH?

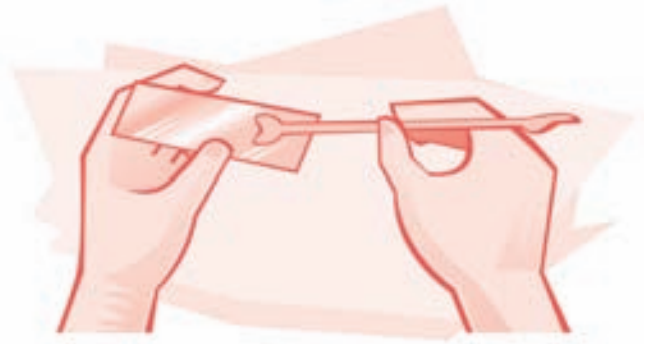
Es indispensable establecer una adecuada relación del personal de salud con la usuaria para favorecer la comunicación. Se sugiere:

- Saludar de mano a la usuaria y recibirla con cordialidad.
- Llamarla por su nombre.
- Nuestro lenguaje debe ser claro, sencillo y coloquial.
- Favorecer un ambiente tranquilo y relajado que permita un clima de confianza.
- Averiguar el motivo de la visita con preguntas como: ¿en qué le puedo servir? ¿en qué le puedo ayudar?

Si la usuaria acude por primera vez para la prueba de Papanicolaou (PAP) o para su colposcopia se le debe:

- Informar acerca del tipo de estudio que vamos a realizar.
- Informar que el material que vamos a utilizar es estéril; si tenemos material desechable informarle acerca de esto y que es nuevo.
- Informar cuál es el objetivo de realizar el estudio.
- Respetar siempre el pudor de la usuaria.
- Estar acompañados por la enfermera, si no contamos con ella, por el familiar o acompañante de la usuaria.
- Obtener su consentimiento informado.

De acuerdo con los resultados informar a la usuaria sobre los hallazgos reportados y seguir el flujograma que se menciona más adelante.



¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo del Cáncer Cervical?

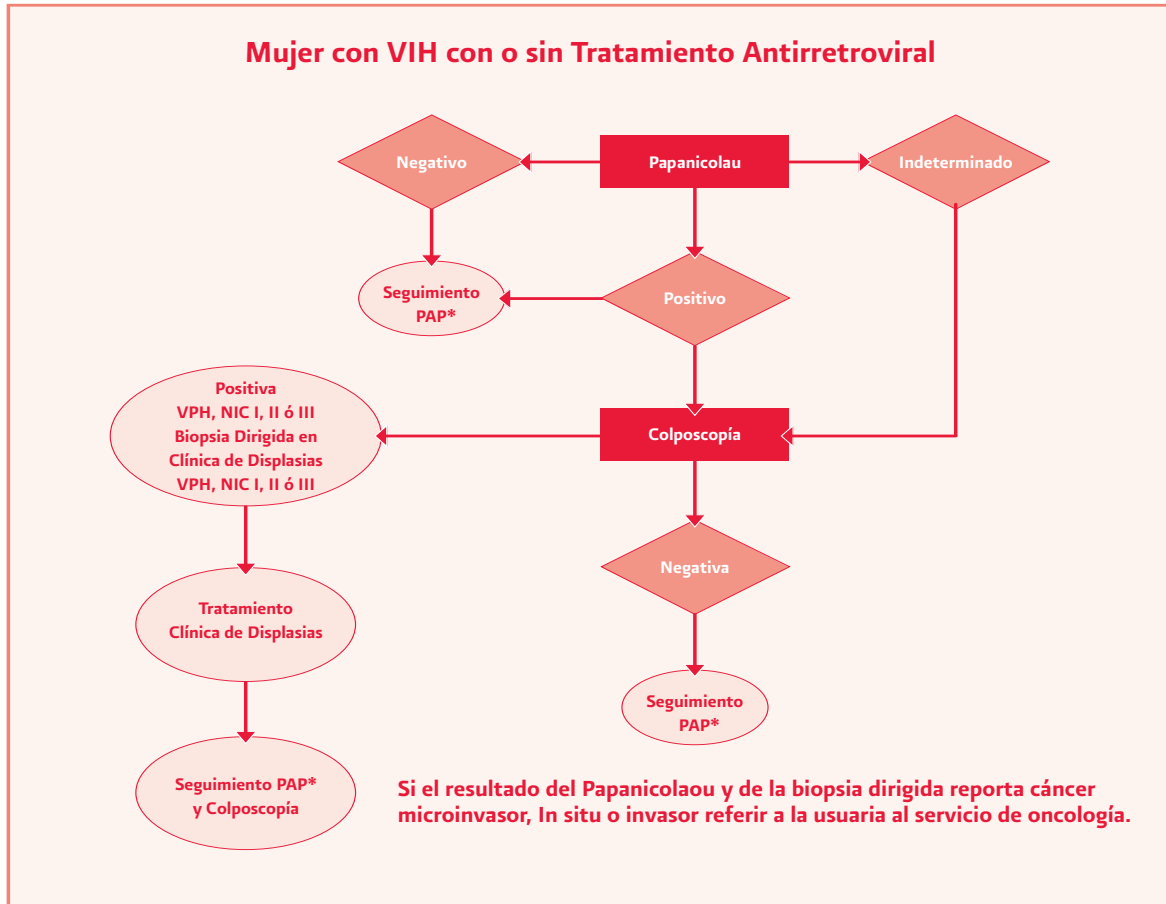
- Número de hijos.
- Haber tenido relaciones sexuales antes de los veinte años de edad.
- Tener múltiples parejas sexuales.
- **Infección por el VPH.**
- Tabaquismo.
- **Historia de infecciones de transmisión sexual.**
- **Inmunodepresión.**

¿Qué manejo se debe seguir ante el diagnóstico de la Infección por el VPH?

Los resultados del Papanicolaou que reporten infección por el VPH, neoplasia intraepitelial grado I (displasia leve) NIC grado II (displasia moderada) y NIC grado III (displasia severa) se canalizan a la Clínica de Colposcopia para su confirmación a través de biopsia

dirigida y para tratamiento conservador de acuerdo con los lineamientos establecidos en la NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer del cuello del útero.

- **Recordar que los resultados anormales del Papanicolaou deben ser confirmados a través de biopsia dirigida por colposcopia y deben tratarse conservadoramente cuando el caso lo amerite.**



*El tiempo de seguimiento con el Papanicolaou es a los 3, 6, o 12 meses, de acuerdo con los hallazgos reportados.

¿Cómo prevenir el Cáncer Cérvico Uterino?

Los cambios premalignos en el tejido cervical tardan tiempo en aparecer, por lo que si se identifican en el momento adecuado y se tratan en el momento oportuno las lesiones no llegan a evolucionar a cáncer. Se debe realizar revisión de las mujeres por medio del PAP y de colposcopia de manera regular, ya sea cada 3, 6 o 12 meses, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la NOM-014-SSA2-1994, para la prevención,

tratamiento, control y vigilancia epidemiológica de cáncer del cuello del útero.

El PAP es efectivo para prevenir el cáncer cervical; tiene una sensibilidad de 41% y una especificidad de 86%¹⁶ en sitios donde la cobertura y la calidad de los servicios son altas y se ofrece de forma periódica. Los estudios han demostrado que tan sólo entre 20% y 50% de las

mujeres con anomalías precancerosas son identificadas correctamente, por lo que hay que repetir la prueba con el paso del tiempo para no pasar por alto ningún caso.¹⁶

La colposcopia es un método directo que permite visualizar el cuello del útero a través de un colposcopio, este método tiene la ventaja de que se realiza de una manera rápida y el diagnóstico se establece en cuanto se termina el estudio. Los resultados de Papanicolaou anormal deben confirmarse a través de este método, lo que permitirá realizar una biopsia dirigida y tratamiento

Cáncer de Mama

El cáncer de mama constituye el cáncer más común dentro de los tumores malignos en la mujer en México y no se ha correlacionado con la Infección por el VIH.¹⁷

de la lesión. El tratamiento conservador se realizará de acuerdo con el sitio, la extensión y la localización de la lesión, a través de electrocirugía, criocirugía y rayo láser.

Existen otros métodos de diagnóstico como las pruebas de la Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) que permiten identificar además los tipos de virus del papiloma humano; sin embargo, el costo de estas pruebas no las hace accesibles.

Durante 2002, sólo entre 5 y 10% de los diagnósticos de cáncer de mama se realizaron en etapas tempranas, lo que indica que la mayor parte de los casos diagnosticados corresponden a estadios avanzados o ya con metástasis a otros órganos y sistemas, esta situación implica que las posibilidades de recuperación sean menores.

- **Diariamente en México se registran alrededor de 10 muertes por esta causa. En otras palabras, cada 2 horas y 20 minutos fallece una mujer mexicana por cáncer de mama.**

¿Cómo hacer la Consejería en Cáncer de Mama?

El personal de la salud debe estar capacitado para instruir a las mujeres sobre el cuidado y la exploración de sus mamas, así como dar información acerca de los exámenes de gabinete que deben realizarse de acuerdo con la edad y con los hallazgos clínicos obtenidos en la exploración física. La consejería incluye:

- Información, orientación y asesoría a la usuaria y sus familiares sobre el cáncer de mama.
- Informar sobre los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama.
- Manifestaciones clínicas del cáncer de mama.

- Explicar la importancia de la exploración física hecha por parte del personal de salud.
- Instruir a la mujer en la técnica de la autoexploración.

Si ya se estableció el diagnóstico de cáncer de mama en cualquiera de las etapas informar sobre:

- Las características y riesgos del tratamiento.
- Probables secuelas.
- Rehabilitación.

- Efectividad y limitaciones del tratamiento indicado.
- Pronóstico de la enfermedad.

Además:

- Verificar que la usuaria comprendió la información.
- Respetar la decisión de la mujer en todo momento.
- Garantizar la confidencialidad.

¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar Cáncer de Mama?

- Tener más de 40 años de edad.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama, especialmente en primer grado (madre/hermana).
- Menarca temprana o menopausia tardía.
- Nuliparidad.
- Primer embarazo posterior a los 30 años de edad.
- Historia de hiperplasia atípica en la mama.
- Dieta alta en grasa.
- Obesidad.
- No haber amamantado.

¿Cómo hacer la prevención del Cáncer de Mama?

Para prevenir el cáncer de mama es conveniente:

- Enseñar a la mujer a efectuarse la autoexploración de la mama.
- Reforzar en cada consulta que el hacerse la autoexploración de manera frecuente la ayudará a identificar tumoraciones.
- Promover la exploración clínica de las mamas en toda mujer que acuda a solicitar servicios de salud.

¿Qué pruebas se recomiendan en la detección del Cáncer de Mama?

Examen clínico de la mama

La exploración clínica de las mamas debe realizarse por personal capacitado a las mujeres que acuden a solicitar atención a los servicios de salud en los diferentes programas, con la finalidad de detectar lesiones tempranas que afecten las mamas.¹⁰

Se recomienda:

- Que la exploración se realice en un espacio confortable.
- Explicar en qué consiste la revisión.
- Realizar la exploración en presencia de la enfermera si acude sola o, en su defecto, del familiar o acompañante.
- Respetar el pudor de la usuaria.

Pedir a la mujer que se siente de frente en una posición cómoda que permita la inspección completa de ambas mamas.

Inspección. Se observará si hay:

- Simetría de ambas mamas, recordándole que no siempre son del mismo tamaño.
- Cambios de coloración en la piel.
- Retracción del pezón.
- Inflamación de la mama.
- Salida de secreción sanguinolenta a través del pezón, sin estar amamantando.
- Arrugamiento de la superficie de la piel (piel de naranja).
- Crecimientos tumorales visibles.

Palpación:

Indicar a la mujer que debe recostarse sobre su espalda, colocar una mano detrás de la cabeza, la otra debe estar libre para permitir tocar la axila y la mama sugiriendo la siguiente técnica:

- Iniciar con la palpación del hueso axilar; esto permitirá detectar crecimiento de ganglios axilares, verificar si estos ganglios son dolorosos, su tamaño y número.
- Posteriormente la palpación se hará en la intersección de la clavícula con el esternón, a través de movimientos circulares y variando la presión al hacerlos, permitiendo no sólo tocar en su totalidad la región a revisar, sino a mayor profundidad la mama.
- Palpar alrededor de la areola y el pezón.
- Presionar el pezón entre los dedos pulgar e índice para corroborar la salida de alguna secreción.
- Repetir el procedimiento en el lado contrario.



Autoexploración de la mama

El personal de salud le insistirá a la mujer que debe practicarse un autoexamen mamario una vez por

mes, una semana posterior al término del ciclo menstrual; y en mujeres en la etapa del climaterio, el mismo día de cada mes.

- Si durante la autoexploración encuentra algunos de los datos antes mencionados la mujer debe acudir a valoración médica, con la finalidad de corroborar que las lesiones sean benignas o malignas.

Mamografía o Mastografía

Actualmente combinada con el examen clínico es uno de los métodos disponibles recomendados para la detección temprana del cáncer de mama. La mastografía se recomienda actualmente en mujeres de más de 40 años de edad, no se recomienda antes por la densidad de la mama. Sin embargo, se realiza el estudio si la mujer presenta síntomas de patología mamaria después de los 35 años de edad, sospecha de cáncer mamario, independientemente de la edad, o antecedente personal de cáncer mamario.¹⁷

Los resultados reportados en el estudio deben ser valorados por el personal de salud. Asimismo, este personal hará las recomendaciones específicas en caso de reporte de lesiones benignas.

La frecuencia de la mastografía depende de los hallazgos encontrados en el estudio; después de los 40 años de edad se recomienda efectuarla cada 1 o 2 años.¹⁷

¿Qué manejo se debe seguir ante el diagnóstico de Cáncer de Mama?

Cuando el médico por exploración física o por los resultados de la mamografía sospecha de una lesión de cáncer de mama, debe canalizar a la mujer al servicio de oncología más cercano, en el cual se hará biopsia de la lesión que permitirá identificar el tipo de tumor y proporcionar el tratamiento adecuado de acuerdo con la etapa reportada en los resultados de histopatología.

menores a un centímetro de diámetro la cirugía es suficiente para eliminar la lesión. El pronóstico se establece de acuerdo a si hubo o no invasión a los ganglios; el número de ganglios afectados permitirá al oncólogo seleccionar el tratamiento.

El tratamiento dependerá del tamaño del tumor y de la extensión hacia los ganglios linfáticos o de metástasis a otras partes del organismo. En el caso de tumores

En el caso de estadios más avanzados la radioterapia permitirá destruir o disminuir el número de células afectadas; este método consiste en el empleo de rayos de alta energía que disminuirán o destruirán el tejido afectado. La quimioterapia consiste en administrar

fármacos que tienen como propósito destruir las células afectadas, evitando la aparición del tumor en otras partes del organismo.

La terapia hormonal consiste en administrar medicamentos que bloquean la acción de las hormonas que favorecen el crecimiento desordenado de las células afectadas por el cáncer.

Se debe informar a las pacientes sobre los efectos secundarios que se presentan con el uso de quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal entre los que se incluyen:

- Astenia.
- Adinamia.
- Ataque al estado general.
- Náusea.
- Vómito.
- Caída de cabello.
- Tromboflebitis.
- Anemia.
- Pérdida del apetito.

Mujer Adolescente con el VIH y Salud Reproductiva

La adolescencia ha sido definida por la OMS como el período durante el cual:

- La persona presenta aparición de los caracteres sexuales secundarios que se desarrollarán hasta la madurez sexual y reproductiva.
- Se inician los procesos psicológicos que harán que la persona evolucione de niño a adulto.
- Se dará la transición de un estado de dependencia socioeconómica a otro de relativa independencia.¹⁸

Debido a que el mayor número de casos de mujeres con el VIH e ITS se encuentra focalizado entre las etapas productivas y reproductivas cada vez es mayor el

número de mujeres adolescentes con el VIH; además, en este grupo en particular se concentran las tasas más elevadas de embarazos no deseados que terminan en abortos ejecutados en condiciones de riesgo.



- **Es necesario reforzar estrategias encaminadas a prevenir la reinfección por el VIH, la adquisición de infecciones de transmisión sexual y el embarazo en mujeres adolescentes.**

La Organización Mundial de la Salud indica “que las adolescentes son elegibles para utilizar cualquier método anticonceptivo y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas, sin que la edad constituya una razón médica para negar cualquier método anticonceptivo a la adolescente”¹⁸.

El diálogo que necesitamos establecer con las mujeres adolescentes debe ser:

- Sincero.
- Respetuoso.
- Con buena comunicación.
- Franco acerca de la sexualidad.
- Encaminado a dirigir la información de acuerdo con la edad de la mujer.
- Sin regaños
- Sin enjuiciamientos.

¿Qué beneficios se logran en Adolescentes con la Consejería?

- Promoción de relaciones sexuales placenteras, seguras y responsables.
- Ayudar a que la población adolescente elabore proyectos de vida.
- Ayudar a prevenir embarazos no planeados.
- Prevenir la práctica de abortos inseguros.

¿Qué tipo de información debemos proporcionar?

La información estará encaminada a abordar la problemática más común en esta etapa de la vida acerca de:

- Conocimientos básicos sobre el VIH y las ITS.
- Riesgos y consecuencias de las relaciones sexuales desprotegidas.
- Comportamientos sexuales de riesgo.
- El uso de los anticonceptivos, incluyendo los de emergencia.
- Apego al tratamiento antirretroviral.
- Tratamiento de las ITS a través del manejo sintomático.

Consideraciones especiales sobre los anticonceptivos

Los criterios de elegibilidad anticonceptiva son similares a los comentados en la sección de métodos anticonceptivos en adultas.

1. En una condición en la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo **puede usarse el método en cualquier circunstancia.**
2. En una condición en la que las ventajas de usar los métodos generalmente sobrepasan los riesgos comprobados o teóricos **se puede usar el método.**

3. En una condición en la que los riesgos comprobados o teóricos generalmente sobrepasan las ventajas de usar el método **no se recomienda el uso del método**. Se requiere la decisión clínica de un médico porque se necesita vigilancia y seguimiento regulares.
4. En una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo éste **no se debe usar**.

Según las guías para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes con el VIH en los Estados Unidos de América, los anticonceptivos hormonales pueden interactuar incrementando o disminuyendo las concentraciones sanguíneas de antirretrovirales como amprenavir, efavirenz, lopinavir, nelfinavir, nevirapina o ritonavir. Estos fármacos antirretrovirales pueden disminuir la efectividad de los métodos anticonceptivos orales. Por lo que ante esta situación hay que considerar un método adicional o alternativo a los anticonceptivos orales; por ejemplo, el uso correcto y consistente del condón masculino y femenino que evitan un embarazo no planeado y previenen la reinfección por el VIH y otras ITS.

Debido a que ningún método se contraindica en adolescentes, la OMS coloca el DIU y los métodos definitivos (vasectomía y ligadura de trompas de Falopio) en la categoría 2. En cuanto al DIU, una adolescente que no ha tenido hijos tiene más riesgo de presentar mayores tasas de expulsión y de efectos colaterales, así como del riesgo de infecciones en el tracto reproductivo alto (útero, trompas de Falopio y ovarios) durante su inserción, por la presencia o antecedente de ITS.

Respecto a los métodos permanentes (en los que su aplicación no permite el retorno a la fertilidad), la OMS

recomienda su uso con consejería y consentimiento informado.

Asimismo, indica que ningún método para las adolescentes se encuentra en categoría 3 o 4, recomendando la consejería y el seguimiento médico en mujeres que se encuentren en categoría 2, ofreciendo otras opciones anticonceptivas.

En México, a través de los instrumentos legales nacionales y de las convenciones y conferencias firmadas y ratificadas, se reconoce que las y los adolescentes menores de 18 años de edad pueden adquirir, a través de la evolución de sus capacidades, la suficiente madurez para responsabilizarse de sus decisiones, pudiendo acudir a un servicio de planificación familiar y solicitar un método anticonceptivo en igualdad de condiciones que una persona adulta, sin ser necesaria la presencia de los padres y tutores, respetándose así su derecho a la confidencialidad.¹⁸

Asimismo, los servicios de consejería con calidad en salud sexual y reproductiva tanto como los métodos de planificación familiar en la población adolescente se encuentran sustentados en:

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- La Ley General de Salud.
- La Ley General de Población.
- La Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar.
- La Ley Federal de Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes.
- El Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006.

En la Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar se encuentran las disposiciones generales, así como especificaciones

técnicas para la prestación de los servicios de anticoncepción en adolescentes en México.¹²

Salud Reproductiva durante el Climaterio en Mujeres con el VIH

La menopausia se define como el momento en la vida de la mujer cuando cesan la función de los ovarios y la menstruación. El climaterio es el periodo de transición entre las etapas reproductiva y no reproductiva; éste puede durar años y algunos autores lo definen también como perimenopausia.¹⁹

Aunque los reportes epidemiológicos indican que la infección por el VIH se presenta mayoritariamente en la

etapa reproductiva de la mujer, esto no significa que adultas mayores no puedan adquirir la infección.

Sin embargo, no se ha demostrado hasta el momento que el VIH acelere la menopausia, por lo tanto, el manejo que se debe proporcionar a la mujer en este momento es el mismo que se proporciona a mujeres sin el VIH.

- **Algunas adultas mayores tienen vida sexual activa, por lo que el riesgo de reinfección por el VIH y la adquisición de ITS están presentes.**

¿Cómo hacer Consejería durante el Climaterio?

La consejería en la mujer con el VIH durante el climaterio va encaminada a la prevención de la reinfección y a manejar la sintomatología ocasionada por el climaterio y pretende:

- Generar un ambiente de confianza.
- Explicar que la información se manejará con privacidad y confidencialidad.
- Informar acerca de los cambios que se manifiestan en esta etapa de la vida, así como las alternativas de tratamiento que están disponibles.
- Insistir en que es necesaria la evaluación médica periódica, ya que en esta etapa la frecuencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el cáncer de mama, entre otras, son mayores.
- Respetar el estilo de vida de la mujer.
- Informar sobre el VIH y las ITS.
- Reforzar el uso de prácticas sexuales seguras y protegidas.

¿Qué signos y síntomas se presentan en la etapa de Climaterio?

Los síntomas que se presentan en estas etapas obedecen a la disminución de los niveles fisiológicos de estrógenos y progestágenos como consecuencia de la mayoría de edad. Es variable de una mujer a otra, siendo más intensos en algunas mujeres, comparadas con otras.¹⁰

Algunos de los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son:

- Períodos menstruales irregulares, ya sea porque se vayan retrasando o por tener una duración menor en días a como estaba acostumbrada.
- Bochornos que se manifiestan a través de oleadas de calor en la parte superior del cuerpo, pudiendo presentar eritema en cara y cuello; estos síntomas se presentan sólo por algunos segundos y la frecuencia de presentación es variable. Estos deben diferenciarse de las sudoraciones nocturnas que ocurren en mujeres con el VIH por lo que pueden confundirse.
- Resequedad vaginal y descenso vesical; la resequedad vaginal condiciona mayores problemas de irritación y dolor durante las prácticas sexuales, favoreciendo la reinfección por el VIH o infecciones del tracto reproductivo, además de ITS

cuando no se utiliza una barrera de protección; también es mayor el riesgo de presentar incontinencia urinaria por alteraciones de la estática pélvica.

- Amenorrea.
- Alteraciones del sueño, cambios de humor, cansancio y fatiga, alteraciones que deben diferenciarse de las producidas por la infección con el VIH.
- Depresión.
- Aumento de grasa a nivel de la cintura abdominal, acumulación de grasa de manera centrípeta, con pérdida de la elasticidad de la piel.
- Atrofia mamaria.
- Vaginitis atrófica.

Además:

- La disminución de los estrógenos favorece la pérdida de mineral óseo favoreciendo un mayor riesgo de osteopenia y osteoporosis, con la consecuente mayor posibilidad de fracturas por osteoporosis, y el
- Incremento de riesgos cardiovasculares.

- Los síntomas secundarios a la disminución de los estrógenos suelen ser molestos para la mayoría de las mujeres, además si están tomando tratamiento antirretroviral la sintomatología puede confundir al clínico, ya que algunos de estos síntomas se manifiestan como complicaciones secundarias al tratamiento antirretroviral.

¿Qué manejo seguir durante esta etapa de la vida?

El manejo y seguimiento de la infección por el VIH, de las infecciones oportunistas en estadios avanzados de la infección y de enfermedades asociadas se realizará de acuerdo con los criterios establecidos en la Guía de Atención Médica para Personas con el VIH/SIDA, emitida por la Secretaría de Salud.

Es probable que la mujer con el VIH en etapa de climaterio se encuentre bajo tratamiento antirretroviral altamente activo, esto plantea la necesidad que el clínico reconozca los síntomas propios relacionados con el climaterio y los efectos secundarios provocados por los antirretrovirales, por lo cual el manejo de los síntomas se hará de acuerdo con su origen.

Asimismo, durante esta etapa la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica son comunes, por lo que el tratamiento específico de estos padecimientos se realizará como lo marcan las Normas Oficiales Mexicanas.

Es recomendable para las mujeres que se encuentran en la etapa del climaterio solicitar:

- Biometría Hemática completa.
- Química sanguínea que incluya triglicéridos y colesterol.
- Determinación de anticuerpos contra Hepatitis B y C.
- VDRL.
- EGO.
- CD4 y carga viral.
- Mastografía o mamografía.
- Osteodensitometría.
- Papanicolaou.
- Colposcopia.
- Ultrasonograma de hueso pélvico.
- Perfil hormonal.
- Cultivos vaginales (de acuerdo con los síntomas relacionados por la usuaria).

¿Qué recomendaciones se deben dar durante el Climaterio?

Orientar a las mujeres sobre las condiciones que puedan mejorar la salud en general, como:

- No fumar.
- Ejercicio (ejercicios aeróbicos, caminata).
- Llevar una dieta balanceada, baja en grasas saturadas, azúcar y sal, abundante consumo de frutas y verduras, cereales, legumbres.
- Evitar sobrepeso y obesidad.
- Manejo del estrés.
- Evitar ingerir bebidas alcohólicas.
- Control de padecimientos como diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, entre otras.

En mujeres que tienen riesgo de desarrollar osteoporosis, y por consiguiente riesgo de fracturas, debemos proporcionar suplementos de calcio además de la ingesta diaria de alimentos que los contengan; asimismo, contemplar la terapia de reemplazo hormonal, que la médica o médico capacitado en el área deberá ajustar a las circunstancias individuales de cada paciente.

Los padecimientos de fondo como hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, el VIH, deben ser controlados independientemente del tratamiento hormonal, ya que los síntomas agudos a corto y largo plazo inciden sobre todo en el sistema cardiovascular cuya alteración se encuentra dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad.



Referencias

1. **J. Cook R, Dickens B, Fathalla M.** Salud reproductiva y derechos humanos. Colombia; 2003.
2. **Secretaría de Salud.** Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA. México, DF: CENSIDA; 2005-2006.
3. **Secretaría de Salud.** Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSAZ-1993 para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. México, DF: SSA; 2000.
4. **Secretaría de Salud.** Programa Nacional de Adherencia al Tratamiento del VIH. Manual para el Facilitador. México; DF: CENSIDA; 2006.
5. **Secretaría de Salud.** Atención Médica a Personas Violadas. México, DF: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2005.
6. **Organización Mundial de la Salud.** Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2003.
7. **Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.** Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología; Abril 2005.
8. **Secretaría de Salud.** Manual para Capacitadores en el Manejo Sindromático en las Infecciones de Transmisión Sexual. México, DF: CENSIDA; 2004.
9. **Abner P. Korn MD.** Gynecologic care of women infected. Am J Epidemiology 2001; Vol. 44 (2): 226 y 242.
10. **Fatiha-Terki MD, Usha-Malhotra MD.** International Planned Parenthood Federation. Pautas médicas y de prestación de servicios para servicios de salud sexual y reproductiva. Tercera edición. Reino Unido; 2004.
11. **Schiavon-Ermani R.** Anticoncepción de emergencia: de viejo secreto a derecho sexual y reproductivo. Perinatol Reprod Hum 2003; 17: 245 y 254.
12. **Secretaría de Salud.** Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSAZ-1993 (Modificada) de los Servicios de Planificación Familiar.
13. **Ahdien L, Muñoz A, Vlahow D y cols.** Cervical neoplasia and repeated positivity of human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-seropositive and seronegative women. Am J Epidemiology 2000; Vol. 151 (12).
14. **Peter V. Chin-Hong M, Palefsky J.** Natural history and clinical management anal human papillomavirus disease in men and women infected with human immunodeficiency virus. Clinical Infectious Diseases 2002; Vol 35: 1127 y 1134.
15. **Conley L, Llebrock T V, Bush T J, Chlasson M A.** HIV 1 Infection and risk of vulvovaginal and perianal condylomata acuminata and intraepithelial neoplasia. The Lancet 2002; Vol. 359 (12).
16. **Zamudio-Andrade A, Zepeda-Zaragoza J, Rodríguez-Blanco B, Tenorio-Marañón F R.** Evaluación del Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de la infección por el virus del papiloma humano. Rev. Fac Med UNAM 2001; Vol.44 (1).
17. **Secretaría de Salud.** Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSAZ-2002. Para la Prevención, Control, Diagnóstico, Tratamiento, y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama. México, DF: DOF 17 de septiembre 2003.
18. **Billings DL, Rosas F.** En México, sí se pueden ofrecer servicios de anticoncepción a adolescentes. México, DF: IPAS; 2004.
19. **Instituto Palacios.** V Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer 2004, 25 y 27 de febrero, Madrid.

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA

**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD



Vivir Mejor

www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx