

SELECCIÓN DE PRÁCTICAS RECOMENDADAS PARA LA UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS



SALUD REPRODUCTIVA E INVESTIGACIÓN
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
1211 Ginebra, Suiza

SELECCIÓN DE PRÁCTICAS RECOMENDADAS PARA LA UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS



SALUD REPRODUCTIVA E INVESTIGACIÓN
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
1211 Ginebra, Suiza

© Organización Mundial de la Salud, 2002

La Organización se reserva todos los derechos de esta publicación. El documento, sin embargo, puede ser reproducido y traducido libremente, en todo o en parte, pero no para su venta ni uso que involucre propósitos comerciales.

Exceptuando errores y omisiones, se hace la distinción de los nombres de productos patentados utilizando letra mayúscula para la primera inicial.

ISBN 92 75 32456 5

Diseño y montaje: Marcela Gentili / mgentili@speedy.com.ar

Diseño de la portada: Hernán A. Poggio - M. Gentili

Impreso en Argentina

Reconocimientos

Este documento es el resultado de la colaboración entre el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud y un gran número de agencias y organizaciones internacionales activas en el campo de las políticas y programas de planificación familiar. La International Planned Parenthood Federation -IPPF- (Federación Internacional de Paternidad Planificada) y su Panel Internacional de Asesoramiento Médico han suministrado un fuerte apoyo técnico y financiero para la reunión llevada a cabo en Londres, en octubre de 2001, en la sede de la IPPF. Mucho agradecemos los fondos que también han sido aportados para este proyecto por el Gobierno de los Estados Unidos de América (a través de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional y el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano) y por el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Representantes de las siguientes agencias y organizaciones, en conjunto con otros individuos, han oficiado de expertos en la reunión de Londres, donde se logró un consenso sobre las prácticas recomendadas para la utilización de anticonceptivos: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Engender Health; Family Health International (FHI); Georgetown University Medical Center for Communication Programs; Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO); US Agency for International Development (USAID); US National Institute of Child Health and Human Development (NICHD); Program for International Training in Health (Intrah); y United Nations Population Fund (UNFPA). Nos gustaría expresar nuestro profundo agradecimiento a todos ellos por el tiempo dedicado al proceso de construcción de este consenso y los conocimientos y experiencia aportados.

Las evidencias sobre las cuales se basaron las decisiones de este documento se obtuvieron en gran medida a través de una revisión sistemática de la literatura llevada a cabo y resumida por el Doctor KM Curtis y la Srta. CE Chrisman, quienes también brindaron apoyo sustancial a la Secretaría. Del mismo modo, el Sr. W Rinehart y el Dr. L Potter brindaron un gran apoyo a la Secretaría. El Dr. H Peterson fue el coordinador general del proyecto para la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, la cual incluyó a la Srtas. S Johnson, G Lamptey y K Church. La Srta. C Hamill, quien también prestó importante contribución a la reunión de Londres, fue la responsable del diseño y presentación de este documento. La Srta. M Ní Mhearáin fue la responsable del diseño de tapa. Nos gustaría expresar nuestro profundo agradecimiento a estas personas, como así también a los Dres. C Huezio, J Shelton y L Edouard por su gran apoyo en este esfuerzo.

Deseamos agradecer también los fondos aportados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y que contribuyeron a la impresión y divulgación de este documento.

Para cualquier otra información sobre este documento, por favor ponerse en contacto con Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization (Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Organización Mundial de la Salud) 1211 Geneva 27, Suiza. Fax Directo: + 41 22 791 4189; e-mail: reproductivehealth@who.int

Otras copias pueden obtenerse del Documentation Centre, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization (Centro de Documentación, Departamento de Salud e Investigación Reproductiva, Organización Mundial de la Salud), 1211 Geneva 27, Suiza. Fax directo: + 41 22 791 4189; teléfono: + 41 22 791 4447; e-mail: rhrpublications@who.int. El documento también está disponible a través de la página web de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud: www.who.int/reproductive-health. Cualquier actualización de la información contenida en este documento aparecerá, en primera instancia, en este sitio web.electrónico: rhrpublications@who.int

Lista de Abreviaciones

ACO	Anticonceptivo combinado oral
ACI	Anticonceptivo combinado inyectable
AMPD	Acetato de medroxiprogesterona de depósito
PAE	Píldora anticonceptiva de emergencia
VIH	Virus inmunodeficiencia humana
IPPF	Federación Internacional de Paternidad Planificada
DIU	Dispositivo intra-uterino
EN-NET	Enantato de norestiterona
AINES	Antiinflamatorios no esteroideos
EPI	Enfermedad Inflamatoria pélvica
IPS	Inyectable progesterona sola
PPS	Píldora de progesterona sola
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud.

Tabla de contenidos

Reconocimientos	1
Lista de abreviaciones	3
Resumen Ejecutivo	6
Consideraciones generales	6
Cuidado de la salud sexual y reproductiva	7
Sobre este documento	9
Preguntas para las cuales el grupo de trabajo aportó recomendaciones	11
Método de trabajo	12
Como utilizar este documento	13
Problemas de servicio de calidad y acceso que afectan el uso del método	13
Consideraciones especiales	
Retorno a la fertilidad	14
ITS y anticoncepción: doble protección	14
Adolescentes	14
Clientes con necesidades especiales	15
Implicaciones programáticas	15
Resumen y conclusiones	16
Lista de participantes	85

Resumen ejecutivo

Este documento es uno de las dos piedras angulares basadas en la evidencia de la nueva iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el desarrollo e implementación de guías para la planificación familiar basadas en la evidencia. La primer piedra angular, *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (Mejorar el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos), segunda edición, publicada en el 2000, provee una guía sobre quiénes pueden usar anticonceptivos de manera segura. Este documento, *Selección de prácticas recomendadas para la utilización de anticonceptivos*, provee una guía sobre cómo utilizar un método anticonceptivo de manera segura y efectiva una vez que se consideran médicamente apropiados. Las recomendaciones contenidas en este documento son el producto de un proceso que culminó en una reunión científica del Grupo de Trabajo convocado por la OMS y que fue llevada a cabo en Londres del 3 al 6 de octubre de 2001. El encuentro reunió a 33 participantes de 16 países para realizar recomendaciones en el uso de anticonceptivos. Las recomendaciones fueron las respuestas del Grupo de Trabajo a 23 preguntas específicas seleccionadas por la OMS y basadas en 1) importantes controversias o inconsistencias en guías preexistentes, 2) la probabilidad de disponer de evidencia relevante y 3) las propuestas de los miembros del Grupo de Trabajo y organizaciones / agencias de planificación familiar.

El documento propone una selección de prácticas recomendadas, basadas en la mejor evidencia disponible y está dirigido a aquellos que elaboran las políticas, a los directores de programas y a la comunidad científica. Apunta a proveer una guía a programas nacionales de salud reproductiva y planificación familiar en la preparación de normas para la entrega de anticonceptivos. A intervalos apropiados, la OMS actualizará y hará agregados a las prácticas recomendadas en este documento.

Estas recomendaciones están disponibles en la página web de la OMS (www.who.int/reproductive-health). La página web también aportará información adicional que la OMS haya determinado que es relevante para estas recomendaciones, mientras se espera el consenso formal de la siguiente reunión del Grupo de Trabajo. La OMS estimula la investigación para responder a los temas claves no resueltos en este documento.

Consideraciones generales

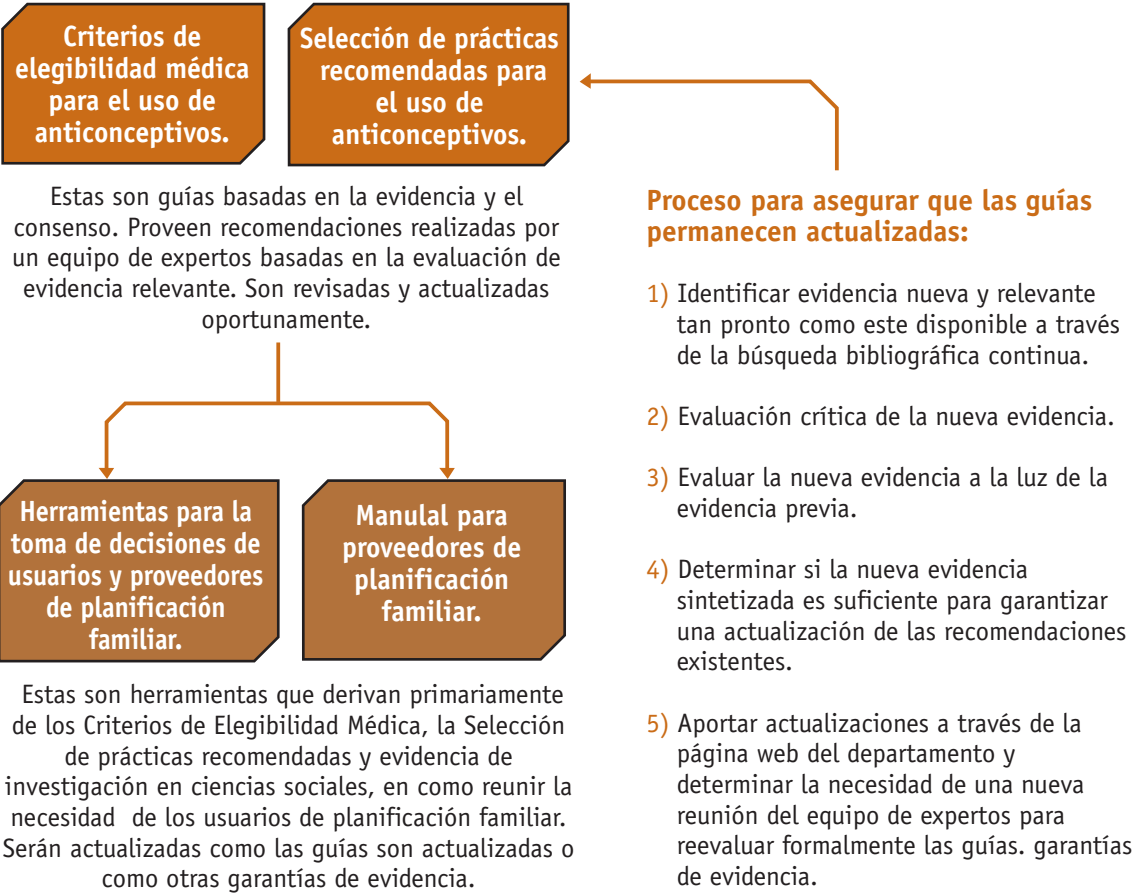
En 1999, la OMS revisó su guía de planificación familiar y determinó que se justificaba la creación de nuevas guías basadas en la evidencia. De acuerdo a esto, la Organización Mundial de la Salud a través de su Departamento de Salud Reproductiva e Investigación inició la creación de una nueva serie de guías de planificación familiar basadas en la evidencia, empezando con la segunda edición de *Mejorar el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos*, publicada en el año 2000.

Las dos piedras angulares de esta serie de documentos basados en la evidencia (figura 1), son los Criterios de elegibilidad médica, que provee información sobre quiénes pueden utilizar un método anticonceptivo de manera segura, y este documento, *Selección de prácticas recomendadas para el uso de anticonceptivos*, el cual provee una guía en relación a cómo utilizar métodos anticonceptivos segura y efectivamente. Estos dos documentos proveen guías basadas en la evidencia para la elección de métodos anticonceptivos (Criterios de elegibilidad médica) y su uso (Selección de prácticas recomendadas).

El tercer y cuarto documento, próximos a publicarse, *Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers* (Herramienta para la toma de decisiones de usuarios y proveedores de

planificación familiar) y Handbook for Family Planning Providers (Manual para proveedores de planificación familiar, apuntan a mejorar la calidad de la planificación familiar y se elaborarán a partir de los Criterios de elegibilidad médica y de la Selección de prácticas recomendadas. Estos cuatro documentos constituyen las cuatro piedras angulares de las guías de planificación familiar de la OMS. Esta guía se interpreta y utiliza mejor en un contexto más amplio de cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Guías para la planificación familiar basadas en la evidencia.



Cuidado de la salud sexual y reproductiva

«Los derechos reproductivos involucran ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros documentos relevantes de consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor standard de salud sexual y reproductiva.» (párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995).

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar, es reconocido no sólo como una intervención esencial para mejorar la salud de la

mujer, el hombre y los niños, sino también como un derecho humano. Todos los individuos tienen derecho al acceso, la elección y el beneficio del progreso científico en la selección de un método de planificación familiar. Un enfoque a la provisión de anticonceptivos basado en los derechos asume una mirada holística de los destinatarios, la cual incluye tener en cuenta sus necesidades de cuidado de la salud sexual y reproductiva y todos los criterios apropiados de elegibilidad y recomendaciones prácticas para así ayudarlos a elegir y utilizar un método de planificación familiar.

En los últimos 30 años, ha habido avances significativos en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas, incluyendo la transición de dosis altas a dosis bajas de estrógenos combinados en los anticonceptivos orales (ACO) y de dispositivos intrauterinos inertes a aquellos de cobre y liberación de levonorgestrel. Además, se han introducido inyectables de progestágenos solos, anticonceptivos inyectables combinados e implantes de progestágenos solos. Los adelantos de décadas recientes en los conocimientos científicos y en la investigación y desarrollo han posibilitado no sólo una elección cada vez mayor de métodos anticonceptivos, sino también una mejoría en la seguridad y efectividad de los métodos ya existentes. Sin embargo, la gama completa de métodos modernos de planificación familiar sigue siendo inaccesible para al menos 350 millones de parejas en todo el mundo, muchas de las cuales desearían espaciar o prevenir nuevos embarazos. Aún cuando los métodos de planificación familiar son accesibles y los individuos desean espaciar o limitar los nacimientos, los servicios de planificación familiar suelen subutilizarse.

Muchos factores contribuyen a la brecha existente entre el acceso y la utilización de los servicios. Además de los muchos obstáculos de índole logística, social y conductual que existen para satisfacer las necesidades anticonceptivas y los deseos de los individuos y las parejas, pueden existir obstáculos que nacen de la estructura, organización o procedimientos del sistema de salud y que pueden ser corregidos. Para satisfacer las necesidades de las personas y cerrar la gran brecha en servicios de calidad, los proveedores de cuidado de la salud reproductiva, los programas y los proveedores de anticonceptivos deberán mejorar los servicios y deberá difundirse información sobre nuevos desarrollos anticonceptivos, métodos apropiados y estrategias de introducción.

Por ello, la OMS está dando prioridad a un mejor acceso al cuidado de alta calidad en la planificación familiar a través de una variedad de estrategias, entre las que se incluyen: asegurar que los derechos y perspectivas de hombres y mujeres sean tomados en cuenta en la planificación, manejo y evaluación de los servicios; promover la mayor disponibilidad de distintos métodos anticonceptivos, de manera tal que las personas puedan seleccionar el más apropiado a sus necesidades y circunstancias; asegurar que el asesoramiento anticonceptivo y los servicios se basen en los criterios de elegibilidad y en la selección de prácticas recomendadas avaladas por fundamentos científicos; y llevar a cabo investigación para desarrollar nuevos métodos de planificación familiar y mejorar los ya existentes.

Para un servicio de calidad, es fundamental que el cuidado respete los derechos humanos y reproductivos de los destinatarios. El desarrollo de normas internacionales para los criterios de elegibilidad y las recomendaciones de métodos anticonceptivos son sólo un aspecto en la mejoría de la calidad del cuidado de la salud reproductiva. Muchos programas de planificación familiar han incluido procedimientos de screening, tratamiento y seguimiento que reflejan un alto standard de salud pública y práctica clínica, pero que no deben ser considerados requerimientos de elegibilidad o uso para métodos anticonceptivos específicos. Estos procedimientos incluyen el screening y tratamiento del cáncer cervical, la anemia y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como la promoción de la lactancia materna y el abandono del tabaco. Tales procedimientos deben ser fuertemente estimulados si se cuenta con los recursos humanos y materiales para llevarlos a cabo, pero no deben considerarse prerrequisitos para la aceptación y uso de un método de planificación familiar cuando no son necesarios para establecer elegibilidad para el uso o continuación de un método en particular.

Este documento presenta las controversias e inconsistencias actuales sobre cómo maximizar la efectividad de los métodos anticonceptivos y cómo manejar sus efectos colaterales. Por ejemplo, las recomendaciones actuales son inconsistentes en cuanto a en qué momento del ciclo menstrual se puede iniciar el uso de un anticonceptivo, cómo puede mantenerse un uso correcto y consistente y cómo se pueden manejar las alteraciones del ciclo menstrual que habitualmente provocan la interrupción del uso del anticonceptivo. Los métodos para los cuales las guías preexistentes han sido sumamente inconsistentes incluyen: anticonceptivos orales con combinación de estrógeno-progesterona y con progesterona sola, anticonceptivos hormonales inyectables e implantables, DIU, métodos basados en tomar en cuenta el período fértil y píldoras de emergencia. Como muestra la tabla 1, la efectividad de algunos de estos métodos varía sustancialmente, dependiendo de si los mismos son utilizados consistente y correctamente. La brecha entre la efectividad del uso perfecto y la del típico se explica- al menos parcialmente- porque la guía sobre cómo utilizar los métodos adecuadamente es inconsistente o poco clara. La disposición y capacidad de usar los distintos métodos efectivamente también depende del manejo y minimización de los efectos colaterales.

Al igual que los Criterios de elegibilidad médica, esta Selección de prácticas recomendadas ha sido elaborada para proveer una guía que se base tanto en las evidencias como en los consensos. Las recomendaciones serán revisadas y actualizadas oportunamente y están dirigidas a los elaboradores de políticas, los directores de programas de planificación familiar y la comunidad científica. Deben ser usadas como referencia y recurso para el desarrollo de guías prácticas a la luz de las políticas, necesidades, prioridades y recursos de la salud nacional. Las situaciones de cada país y los ámbitos donde se implementan los programas varían tanto que no permiten fijar guías internacionales para el uso de anticonceptivos que puedan ser aplicadas en todos los lugares y circunstancias. Aquellas personas que están bien familiarizadas con la salud, las costumbres y la cultura de cada región son las más indicadas para hacer adaptaciones, tomando en cuenta las preguntas o malas interpretaciones que pueden surgir entre quienes proveen el servicio, así como las necesidades y perspectivas de los hombres y mujeres que desean utilizar anticonceptivos.

Tabla 1. Efectividad de lo métodos de planificación familiar

Grupo de efectividad	Métodos de planificación familiar	Embarazos cada 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso	
		Según son usados comúnmente	Usados correcta y consistentemente
Siempre muy efectivos	Implante Norplant	0.1	0.1
	Vasectomía	0.2	0.1
	Inyectables combinados	0.3	0.3
	Inyectables AMPD y EN-NET	0.3	0.3
	Esterilización femenina	0.5	0.5
	DIU 380 ^a - Tcu	0.8	0.6
	Anticonceptivos orales progesterona sola (durante lactancia)	1	0.5
Efectivos cuando se usan normalmente y muy efectivos cuando se usan correcta y consistentemente.	Método amenorrea por lactancia	2	0.5
	Anticonceptivos orales combinados	6-8	0.1
	Anticonceptivos progesterona sola (no durante la lactancia)	§	0.5§§
Sólo algo efectivos cuando se usan normalmente y efectivos cuando se usan correcta y consistentemente	Preservativo masculino	14	3
	Coito interrumpido§§	19	4
	Diafragma con espermicida	20	6
	Métodos tomando en cuenta el período fértil	20	1-9
	Preservativo femenino	21	5
	Espermicidas	26	6
	Capuchón		
	Nulípara	20	9
	Múltipara	40	26
	Sin método	85	85

Clave: 0-1 Muy efectivo 2-9 Efectivo 10-30 Algo efectivo

Notas:

¶ Adaptado de Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS y Shelton JD. The essentials of contraceptive technology. Baltimore, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, 1997.

¶¶ UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Facts about once-a-month injectable contraceptives: Memorandum from a meeting. Bulletin of the World Health Organization 1993; 70(6):677-689.

§ Outside the context of breastfeeding, progestogen-only contraceptives are somewhat less effective than combined oral contraceptives. See Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr W, Stewart GK, Guest F, Kowal D. Contraceptive technology (17th edition). New York, Ardent Media Inc., 1998.

§§ Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr W, Stewart GK, Guest F, Kowal D. Contraceptive technology (17th edition). New York, Ardent Media Inc., 1998.

Tabla 2: Lista de Preguntas planteadas al Grupo de Trabajo

- 1 ¿Cuándo puede una mujer comenzar a utilizar anticonceptivos combinados orales?
- 2 ¿Que puede hacer una mujer si saltea la toma de un anticonceptivo combinado oral?
- 3 ¿Qué puede hacer una mujer si vomita y/o tiene diarrea severa mientras utiliza anticonceptivos combinados orales o píldoras de progesterona sola?
- 4 ¿Cuándo puede una mujer comenzar a utilizar anticonceptivos combinados inyectables?
- 5 ¿Cuándo puede una mujer recibir repetidas inyecciones de anticonceptivos combinados inyectables?
- 6 ¿Cuándo puede una mujer comenzar a tomar píldoras de progesterona sola?
- 7 ¿Qué puede hacer una mujer si saltea la toma de una píldora de progesterona sola?
- 8 ¿Qué puede hacer una mujer si vomita después de tomar un anticonceptivo de emergencia?
- 9 ¿Cuándo puede una mujer comenzar con progesterona sola inyectable- acetato de medroxyprogesterona Depot (AMPD) o enantato de norethisterona (EN-NET)?
- 10 ¿Cuándo puede una mujer recibir en forma repetida inyecciones de progesterona sola, AMPD o EN-NET?
- 11 ¿Qué se puede hacer si una mujer tiene anormalidades menstruales cuando utiliza progesterona sola inyectable, AMPD o EN-NET?
- 12 ¿Cuándo puede una mujer comenzar a utilizar un implante?
- 13 ¿Qué se puede hacer si una mujer experimenta anormalidades del ciclo menstrual mientras utiliza un implante?
- 14 ¿Cuándo puede colocarse un DIU de cobre?
- 15 ¿Qué se puede hacer si una mujer experimenta anormalidades menstruales mientras utiliza un DIU de cobre?
- 16 ¿Qué se debe hacer si a una mujer que utiliza un DIU de cobre se le diagnostica enfermedad inflamatoria pélvica?
- 17 ¿Qué se debe hacer si se descubre que una mujer que utiliza un DIU de cobre está embarazada?
- 18 ¿Deben administrarse antibióticos profilácticos antes de la colocación de un DIU de cobre?
- 19 ¿Qué puede hacer la mujer que usa el método standard de días si tiene su ciclo menstrual fuera del rango de los 26-32 días?
- 20 ¿Qué exámenes o tests deben hacerse de rutina antes de la administración de un método anticonceptivo?
- 21 ¿Cuántos paquetes de píldoras (combinadas o progesterona sola) deben entregarse en la visita inicial y en las siguientes?
- 22 ¿Cuál es el seguimiento adecuado para quienes utilizan anticonceptivos combinados orales, píldoras de progesterona sola, implantes o DIU?
- 23 ¿Cómo puede estar razonablemente seguro quien entrega los anticonceptivos de que la mujer no está embarazada?

Este documento es el producto de un proceso que finalizó en una reunión científica del Grupo de Trabajo convocado por la OMS y llevada a cabo en Londres, entre el 3 y el 6 de Octubre de 2001, con el apoyo de La Federación Internacional de Paternidad Planificada para facilitar la participación del Panel Internacional de Asesoramiento Médico de la IPPF. El encuentro reunió a 33 participantes de 16 países para realizar una selección de prácticas recomendadas para el uso de anticonceptivos. (La lista de participantes se presenta como un anexo a este documento). Las recomendaciones surgen de las respuestas a 23 preguntas específicas, seleccionadas por la OMS y basadas en 1) las importantes controversias e inconsistencias en guías preexistentes, 2) la posibilidad de disponer de evidencia relevante, y 3) las propuestas de los participantes del Grupo de Trabajo y las organizaciones/ agencias de planificación familiar. La lista de preguntas propuestas al grupo se encuentra en la tabla 2.

Al Grupo de Trabajo se le encargó la revisión de evidencia obtenida principalmente de una revisión sistemática de la literatura publicada entre 1980 y 2000. El propósito de esta reseña fue identificar evidencia para evaluar los componentes biomédicos y conductuales de los desafíos clínicos comunes representados por las preguntas 1-19. Las preguntas 20-23 representaban temas programáticos más amplios, los que no eran tratados por la reseña sistemática.

La reseña sistemática comenzó con una búsqueda en MEDLINE y POPLINE dirigida a identificar estudios que pudieran potencialmente aportar evidencia relevante. Se identificaron otras publicaciones a partir de las referencias que contenían los artículos obtenidos a través de la búsqueda de literatura. Cada artículo fue revisado por la OMS a fin de evaluar su relevancia en relación a las preguntas propuestas y la calidad de la evidencia que aportaban, y a fin de determinar si la evidencia era directa o indirectamente aplicable a las respuestas (Tabla 3). Esta información, junto con un resumen detallado de la evidencia relevante para cada pregunta, fue entregada al Grupo de Trabajo como documento de base antes de la reunión. Además, se solicitó a algunos miembros del Grupo de Trabajo que sirvieran como personas de referencia para preguntas específicas y se les entregó, antes de la reunión, copia completa de todos los informes relevantes reseñados en el documento de base.

Cuatro subgrupos se reunieron los primeros dos días de la reunión para delinear recomendaciones preliminares para las 23 preguntas. Se le pidió a los subgrupos que hicieran recomendaciones basadas en la evidencia aportada por la revisión sistemática y por otras evidencias biomédicas, conductuales o programáticas relevantes, así como también por las consideraciones aportadas por miembros de los subgrupos. Se estimuló a cada subgrupo a basar sus recomendaciones sobre la mejor evidencia disponible, a citar el nivel y aplicabilidad de la misma y a comentar sobre los fundamentos lógicos de las recomendaciones. También se solicitó a los subgrupos que determinaran las mayores brechas en la evidencia, para de esta forma identificar los temas claves no resueltos que merecerían mayor investigación.

Los subgrupos presentaron sus recomendaciones y fundamentos a la sesión plenaria convocada en los dos últimos días de la reunión. Todo el Grupo de Trabajo en conjunto deliberó hasta alcanzar consenso sobre las recomendaciones finales. Después de la reunión, los comentarios aportados por cada subgrupo, así como las deliberaciones de la sesión plenaria fueron utilizados por la OMS para elaborar los comentarios para cada pregunta en este documento.

Tabla 3. Niveles de evidencia*

Los siguientes fueron los niveles y categorías de evidencia sobre los que se basaron las recomendaciones:

- Nivel I:** Evidencia obtenida de al menos una prueba controlada y randomizada diseñada adecuadamente.
- Nivel II-1:** Evidencia obtenida de pruebas controladas bien diseñadas, pero no randomizadas.
- Nivel II-2:** Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohorte o caso-control, bien diseñados, preferentemente de más de un centro o grupo de investigación.
- Nivel II-3:** Evidencia obtenida de múltiples series a lo largo del tiempo, con o sin la intervención. También podían incluirse dentro de este tipo de evidencia resultados destacados en experimentos no controlados.
- Nivel III:** La opinión de autoridades respetadas basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comisiones de expertos.

Tipo de evidencia:

Directa: La evidencia se basó en información directamente relacionada con la pregunta.

Indirecta: La evidencia fue extrapolada de otros datos relevantes.

* U.S: Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services, 2nd ed. Alexandria, Virginia: International Medical Publishing, 1996:862.

Cómo utilizar este documento

Este documento es posible de ser adaptado según el país y los programas, a fin de reflejar la diversidad de situaciones y lugares donde se suministran métodos anticonceptivos.

El documento está organizado por preguntas. Para cada pregunta, se presentan las recomendaciones del Grupo de Trabajo para situaciones claves específicas, junto con los comentarios y los temas claves no resueltos. Además, para las preguntas tratadas por la revisión sistemática (preguntas 1-19), se aporta también la siguiente información: 1) la redacción de la pregunta de la cual se extrajeron los términos objeto de búsqueda 2) el nivel de evidencia y si esa evidencia estaba relacionada directa o indirectamente con la pregunta, y 3) las referencias identificadas por la reseña sistemática y entregadas al Grupo de Trabajo.

Problemas de servicios de calidad y acceso que afectan el uso del método.

Si bien este documento se ocupa esencialmente de una selección de prácticas recomendadas para el uso de anticonceptivos, existen muchas otras consideraciones en la provisión apropiada de métodos anticonceptivos. Durante la nueva etapa de esta iniciativa, la OMS examinará en profundidad estas preocupaciones programáticas y de distribución de servicios en distintos lugares. Sin embargo, es esencial, aún a este nivel, tener en cuenta los siguientes criterios de distribución de servicios, los cuales son universalmente relevantes para la iniciación y seguimiento de todo método anticonceptivo.

- a) Los clientes deben recibir información adecuada, a fin de realizar una elección del método anticonceptivo voluntaria y fundamentada. La información brindada a los clientes para ayudarlos a realizar esta elección debe incluir, al menos: entender la efectividad relativa del método; el uso correcto del método; cómo funciona; los efectos colaterales comunes; los riesgos y beneficios del método para la salud; los signos y síntomas que ameritan una consulta; información sobre el retorno de la fertilidad una vez suspendido el método e información sobre protección contra ITS.

- b) A fin de poder ofrecer métodos que requieren un abordaje quirúrgico, inserción, ajuste y/o remoción por un proveedor de salud entrenado (esterilización, implantes, DIUs, diafragmas, capuchón cervical), debe disponerse de personal apropiadamente capacitado y de instalaciones adecuadamente equipadas. Deben seguirse los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones.
- c) Se debe tener en stock y realizar el mantenimiento de equipos y suministros adecuados y apropiados, (por ejemplo elementos anticonceptivos, equipos y suministros para procedimientos de prevención de infecciones).
- d) Los proveedores de servicio deben contar con guías (o tarjeta del cliente u otras herramientas de screening) que les permitan hacer un screening apropiado de la condición de los clientes, porque bajo ciertas condiciones, el uso de algunos métodos anticonceptivos podría acarrear riesgos inaceptables para la salud.
- e) Los proveedores de servicio deben estar entrenados en dar asesoramiento de planificación familiar para ayudar a los clientes a realizar una decisión fundamentada y voluntaria sobre su fertilidad. El asesoramiento es un elemento clave en la calidad del cuidado y es también una parte importante tanto de la consulta inicial como de las de seguimiento y deberá responder a las necesidades del cliente, no sólo en lo que se refiere a la anticoncepción sino también en relación a la sexualidad y la prevención de ITS, incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Consideraciones especiales

Retorno a la fertilidad

La utilización de métodos anticonceptivos, a excepción de la esterilización femenina y masculina, no provocan cambios irreversibles en la fertilidad. El retorno de la fertilidad es inmediato con todos los métodos a excepción de AMPD y EN-NET. El retraso medio de retorno de la fertilidad con estos métodos es de 10 y 6 meses respectivamente, desde el día de la última inyección, independientemente de la duración de su uso. Tanto la esterilización femenina como la masculina deben ser consideradas métodos permanentes.

ITS y anticoncepción: doble protección

Si bien el desarrollo de normas internacionales para la provisión de métodos anticonceptivos es esencial para obtener calidad en los servicios, el contexto sociocultural de cada cliente también debe ser tomado en cuenta. En este aspecto, el problema de exposición a las ITS, incluido el VIH, merece una consideración especial, debido a la importancia de prevenir no sólo el embarazo, sino también la transmisión de infecciones. Cuando existe riesgo de transmisión de ITS/VIH, es importante que los profesionales de la salud recomienden fuertemente una protección doble, ya sea mediante el uso simultáneo de preservativo con otro método o a través del uso correcto y consistente del preservativo solo, tanto para la prevención de embarazo como para la de infecciones. Siempre se debe recordar, tanto a los hombres como a las mujeres que busquen asesoramiento en relación a métodos anticonceptivos, la importancia del uso del preservativo para prevenir la transmisión de ITS/VIH. Se ha probado que los preservativos masculinos de látex, cuando son utilizados correctamente y consistentemente, proveen protección contra las ITS y el VIH.

Adolescentes

En general, los adolescentes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad por sí sola no constituye una razón médica para negar ningún método a los adolescentes, si bien la esterilización raramente es

apropiada para este grupo etario. Aunque se ha expresado alguna preocupación en relación al uso de ciertos métodos anticonceptivos en adolescentes (por ejemplo, el uso de inyectables de progesterona sola en menores de 18 años), estas preocupaciones deben sopesarse con las ventajas de evitar un embarazo. Queda claro que muchos de los temas relacionados con el uso apropiado de los anticonceptivos en clientes de mayor edad son también aplicables a los jóvenes. Es importante considerar los problemas sociales y de comportamiento en la elección de un método anticonceptivo para los adolescentes. Por ejemplo, en algunos lugares, los adolescentes tienen riesgo de contraer ITS, incluyendo el VIH. Si bien los adolescentes pueden escoger cualquier método anticonceptivo disponible en su comunidad, en algunos casos, puede ser más apropiado el uso de métodos que no requieren un régimen diario. Los adolescentes, tanto casados como solteros, han demostrado ser menos tolerantes a los efectos colaterales y por ende tienen altas tasas de interrupción. La elección y uso del método también pueden verse influenciados por factores tales como un patrón esporádico de relaciones sexuales y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, los adolescentes sexualmente activos que no están casados tienen necesidades muy distintas a aquellos que están casados y quieren posponer, espaciar o limitar los embarazos. La expansión del número de métodos que se ofrecen puede llevar a mejorar la satisfacción, y a aumentar la aceptación y la prevalencia en el uso anticonceptivo. Un asesoramiento y educación adecuada, antes y durante la elección del método, puede ayudar a los adolescentes a resolver sus problemas específicos y a realizar una decisión fundamentada y voluntaria.

Cientes con necesidades especiales

La provisión de anticonceptivos a personas con necesidades especiales requiere una consideración adicional. Los individuos con discapacidades físicas se encuentran dentro de este grupo. La decisión con respecto al método anticonceptivo apropiado debe tener en cuenta la naturaleza de la discapacidad, los deseos expresados por el individuo y la naturaleza del método. La decisión debe basarse sobre la información. Consideraciones similares deben ser tomadas en cuenta para personas con incapacidades mentales o con enfermedades psiquiátricas severas. Si la naturaleza de la afección no permite una elección basada en la información, los anticonceptivos deben suministrarse sólo después de una discusión completa con todas las partes, incluidos los tutores o cuidadores. Los derechos reproductivos del individuo deben ser considerados en cualquiera de estas decisiones. La selección de prácticas recomendadas puede requerir modificaciones para clientes con necesidades especiales; por ejemplo, los clientes con discapacidades mentales pueden tener dificultad para recordar tomar la píldora todos los días. Los clientes con discapacidades físicas pueden tener dificultad para obtener los suministros o acceder a servicios de planificación familiar.

Implicaciones programáticas

El objetivo de este documento es brindar a los planificadores y ejecutores de políticas y a la comunidad científica una serie de recomendaciones que puedan utilizarse para desarrollar o revisar guías nacionales sobre prácticas recomendadas para el uso de anticonceptivos.

El documento no provee normas rígidas, sino que aporta recomendaciones que ofrecen una base para el uso apropiado de distintos anticonceptivos, tomando en cuenta la información más actualizada de la que se dispone.

Dado que la situación en cada país y el entorno de cada programa varía tanto, no es apropiado fijar guías internacionales rígidas sobre criterios para el uso de anticonceptivos. Sin embargo, se espera que los programas nacionales utilicen estas recomendaciones como una herramienta de referencia, adaptándolas para desarrollar sus propias guías anticonceptivas a la luz de sus propias políticas de salud nacional, necesidades, prioridades y recursos. La intención es ayudar a mejorar

el acceso a los servicios de planificación familiar y la calidad de los mismos. Estas mejoras deben hacerse en el contexto de la elección fundamentada de los usuarios y la seguridad médica. La adaptación no siempre es una tarea fácil y quienes están en mejores condiciones de realizarla son aquellos que están bien familiarizados con la situación de salud prevalente, los hábitos y la cultura.

Los temas programáticos que deben resolverse incluyen:

- Elección basada en la información.
- Elementos de calidad de cuidado.
- Procedimientos de screening esenciales para administrar los métodos.
- Capacitación y habilidad del proveedor
- Derivación y seguimiento, según sea apropiado.

En la aplicación de la selección de prácticas recomendadas a los programas, debieran diferenciarse las prácticas de entrega del servicio, que son esenciales para el uso apropiado de anticonceptivos, de aquellas prácticas que pueden ser apropiadas para un buen cuidado de la salud, pero que no están relacionadas con el uso del método. La promoción de prácticas para un buen cuidado de la salud, que no se relacionan con el uso anticonceptivo seguro y apropiado, no debe ser considerada ni un pre-requisito ni un obstáculo para la provisión de métodos anticonceptivos, sino antes bien, un complemento.

Como próximo paso, deben adaptarse las prácticas recomendadas en este documento, a fin de que puedan aplicarse a los proveedores en todos los niveles del sistema de entrega de servicios. Cada país deberá determinar hasta dónde y con qué recursos puede extender estos servicios a los niveles más periféricos. Esto puede implicar la mejora tanto del personal como de las instalaciones, cuando sea posible y accesible, o puede requerir aumentar la capacitación de ciertas categorías del personal de salud o un aumento modesto de equipamientos y provisiones y una redistribución de espacio. También será necesario ocuparse de las percepciones erróneas que tienen los proveedores o usuarios en relación a los riesgos y efectos colaterales de los métodos y mirar de cerca las necesidades y perspectivas de los hombres y las mujeres en el contexto de una elección basada en la información.

Resumen y conclusiones

El desarrollo y uso de recomendaciones para el uso de anticonceptivos basadas en la evidencia y el consenso contribuirá a mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar. Dichas recomendaciones aumentan la competencia y confianza de los proveedores de servicios a medida que asisten a sus clientes en la elección y uso de un método anticonceptivo. Esto a su vez debería contribuir a aumentar la satisfacción y confianza de los clientes. La guía aportada por este documento será mas útil si se hacen las adaptaciones necesarias para satisfacer las necesidades específicas de cada país y programa.

Se reconoce que algunas de las recomendaciones en este informe deberán ser revisadas a medida que se disponga de nuevas investigaciones. A intervalos apropiados, la OMS actualizará las prácticas recomendadas en este documento y hará agregados a las mismas. Estas recomendaciones pueden consultarse en la página web de Salud Reproductiva de la OMS (www.who.int/reproductive-health). La página web también aportará información adicional que la OMS considere relevante para estas prácticas, hasta que surjan nuevos consensos de la reunión formal del grupo de trabajo. La OMS estimula la investigación para resolver los temas claves no resueltos en este documento.

Preguntas para las cuales el Grupo de Trabajo aportó recomendaciones

- 1 ¿Cuándo puede una mujer comenzar a utilizar anticonceptivos combinados orales?
- 2 ¿Que puede hacer una mujer si saltea la toma de un anticonceptivo combinado oral?
- 3 ¿Qué puede hacer una mujer si vomita y/o tiene diarrea severa mientras utiliza anticonceptivos combinados orales o píldoras de progesterona sola?
- 4 ¿Cuándo puede una mujer comenzar a utilizar anticonceptivos combinados inyectables?
- 5 ¿Cuándo puede una mujer recibir repetidas inyecciones de anticonceptivos combinados inyectables?
- 6 ¿Cuándo puede una mujer comenzar a tomar píldoras de progesterona sola?
- 7 ¿Qué puede hacer una mujer si saltea la toma de una píldora de progesterona sola?
- 8 ¿Qué puede hacer una mujer si vomita después de tomar un anticonceptivo de emergencia?
- 9 ¿Cuándo puede una mujer comenzar con progesterona sola inyectable- acetato de medroxyprogesterona Depot (AMPD) o enantato de norethisterona (EN-NET)?
- 10 ¿Cuándo puede una mujer recibir en forma repetida inyecciones de progesterona sola, AMPD o EN-NET?
- 11 ¿Qué se puede hacer si una mujer tiene anormalidades menstruales cuando utiliza progesterona sola inyectable, AMPD o EN-NET?
- 12 ¿Cuándo puede una mujer comenzar a utilizar un implante?
- 13 ¿Qué se puede hacer si una mujer experimenta anormalidades del ciclo menstrual mientras utiliza un implante?
- 14 ¿Cuándo puede colocarse un DIU de cobre?
- 15 ¿Qué se puede hacer si una mujer experimenta anormalidades menstruales mientras utiliza un DIU de cobre?
- 16 ¿Qué se debe hacer si a una mujer que utiliza un DIU de cobre se le diagnostica enfermedad inflamatoria pélvica?
- 17 ¿Qué se debe hacer si se descubre que una mujer que utiliza un DIU de cobre está embarazada?
- 18 ¿Deben administrarse antibióticos profilácticos antes de la colocación de un DIU de cobre?
- 19 ¿Qué puede hacer la mujer que usa el método standard de días si tiene su ciclo menstrual fuera del rango de los 26-32 días?
- 20 ¿Qué exámenes o tests deben hacerse de rutina antes de la administración de un método anticonceptivo?
- 21 ¿Cuántos paquetes de píldoras (combinadas o progesterona sola) deben entregarse en la visita inicial y en las siguientes?
- 22 ¿Cuál es el seguimiento adecuado para quienes utilizan anticonceptivos combinados orales, píldoras de progesterona sola, implantes o DIU?
- 23 ¿Cómo puede estar razonablemente seguro quien entrega los anticonceptivos de que la mujer no está embarazada?

1

¿Cuándo puede una mujer comenzar a utilizar anticonceptivos orales?

Con ciclos menstruales

- Puede comenzar a tomar los ACOs dentro de los 5 primeros días de comenzado el sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- También puede comenzar a tomar ACOs en cualquier otro momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada. Si han pasado más de 5 días desde el comienzo del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar alguna protección anticonceptiva adicional los siguientes 7 días.

Amenorrea

- Puede comenzar a tomar los ACOs en cualquier momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar alguna protección anticonceptiva adicional.

Lactancia *

- Si está en amenorrea y han pasado más de 6 meses post-parto, puede comenzar a utilizar ACOs tal como se aconseja para otras mujeres en amenorrea.
- Si han pasado más de 6 meses post-parto y ya presenta ciclos menstruales, puede comenzar a utilizar ACOs tal como se aconseja para otras mujeres con ciclos menstruales.

* Las mujeres con menos de 6 semanas post-parto que amamantan no deben utilizar ACOs. Para aquellas mujeres con más de 6 semanas de post-parto, pero menos de 6 meses y que amamantan, no se recomienda en general el uso de ACOs salvo que otro método más apropiado no este disponible o no sea aceptable.

Cambio a otro método hormonal

- Puede comenzar a utilizar ACOs inmediatamente, si ha estado usando otro método hormonal correcta y consistentemente o si está razonablemente segura de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar el próximo ciclo menstrual.

- Si su método previo fue un método inyectable, deberá empezar los ACOs cuando le hubiese correspondido la siguiente inyección. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambio de un método no hormonal (que no sea el DIU)

- Puede comenzar los ACOs dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- También puede comenzar inmediatamente o en cualquier otro momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada. Si han pasado más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Cambio de un DIU (incluyendo hormonal)

- Puede comenzar a utilizar ACOs dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional. El DIU puede ser removido en ese momento.
- También puede comenzar en cualquier otro momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada.
 - Si ha sido sexualmente activa en este ciclo menstrual y han pasado más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual, se recomienda la extracción del DIU en el próximo ciclo menstrual.
 - Si no ha sido sexualmente activa en este ciclo menstrual y han pasado más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar algún método anticonceptivo adicional durante los siguientes 7 días. Si esa protección adicional la debe brindar el DIU que se encuentra utilizando, se recomienda la extracción del DIU en el siguiente ciclo menstrual.
 - Si está en amenorrea o tiene sangrado irregular, puede comenzar a utilizar los ACOs tal como se aconseja para otras mujeres en amenorrea.

Comentarios

El grupo de expertos consideró que el riesgo de ovulación dentro de los primeros 5 días de menstruación es aceptablemente bajo. Una vez iniciados los ACOs después del día 5, la supresión de la ovulación fue considerada menos confiable. Se juzgó necesario el uso continuo de ACO durante 7 días para prevenir confiablemente la ovulación.

La necesidad de protección anticonceptiva adicional entre aquellas mujeres que cambian a otro método hormonal dependerá del método usado previamente.

Existió cierta preocupación acerca del riesgo de embarazo al remover un DIU dentro de un ciclo donde ya ha habido relaciones sexuales. Esta preocupación derivó en la recomendación de dejar el DIU colocado hasta el siguiente ciclo menstrual.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cómo puede el inicio de los ACOs en distintos días del ciclo afectar la eficacia y la confianza anticonceptiva? **Nivel de evidencia:** II-1; indirecta.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Mohillo BG, Coulson KA, Lee JM, Watters JK. "Missed pill" conception: fact or fiction? *British Medical Journal Clinical Research* Ed 1985; 290:1477-5.
- 2 Smith SK, Kirkman RJ, Arce BB, McNeilly AS, Loudon NB, Baird DT. The effect of deliberate omission of Trinordiol or Microgynon on the hypothalamo-pituitary-ovarian axis. *Contraception* 1986; 34:513-22.
- 3 Taylor DR, Anthony FW, Dennis KJ. Suppression of ovarian function by Microgynon 30 in day 1 and day 5 "starters". *Contraception* 1986; 33:463-71.
- 4 Killick S, Eyong E, Elstein M. Ovarian follicular development in oral contraceptive cycles. *Fertility & Sterility* 1987; 48: 409-13.
- 5 Yeshaya A, Orvieto R, Kauschansky A, Dicker D, Dekel A, Bar-Hava I et al. A delayed starting schedule of COCs: the effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance in women. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 1996; 1:263-5.
- 6 Yeshaya A, Orvieto R, Kaplan B, Dicker D, Bar-Hava I, Bar J. Flexible starting schedule for oral contraception: effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 1998; 3:121-3.

Otras referencias claves

- 1 Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000; 321:1259-62.
- 2 Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001; 63:211-5.

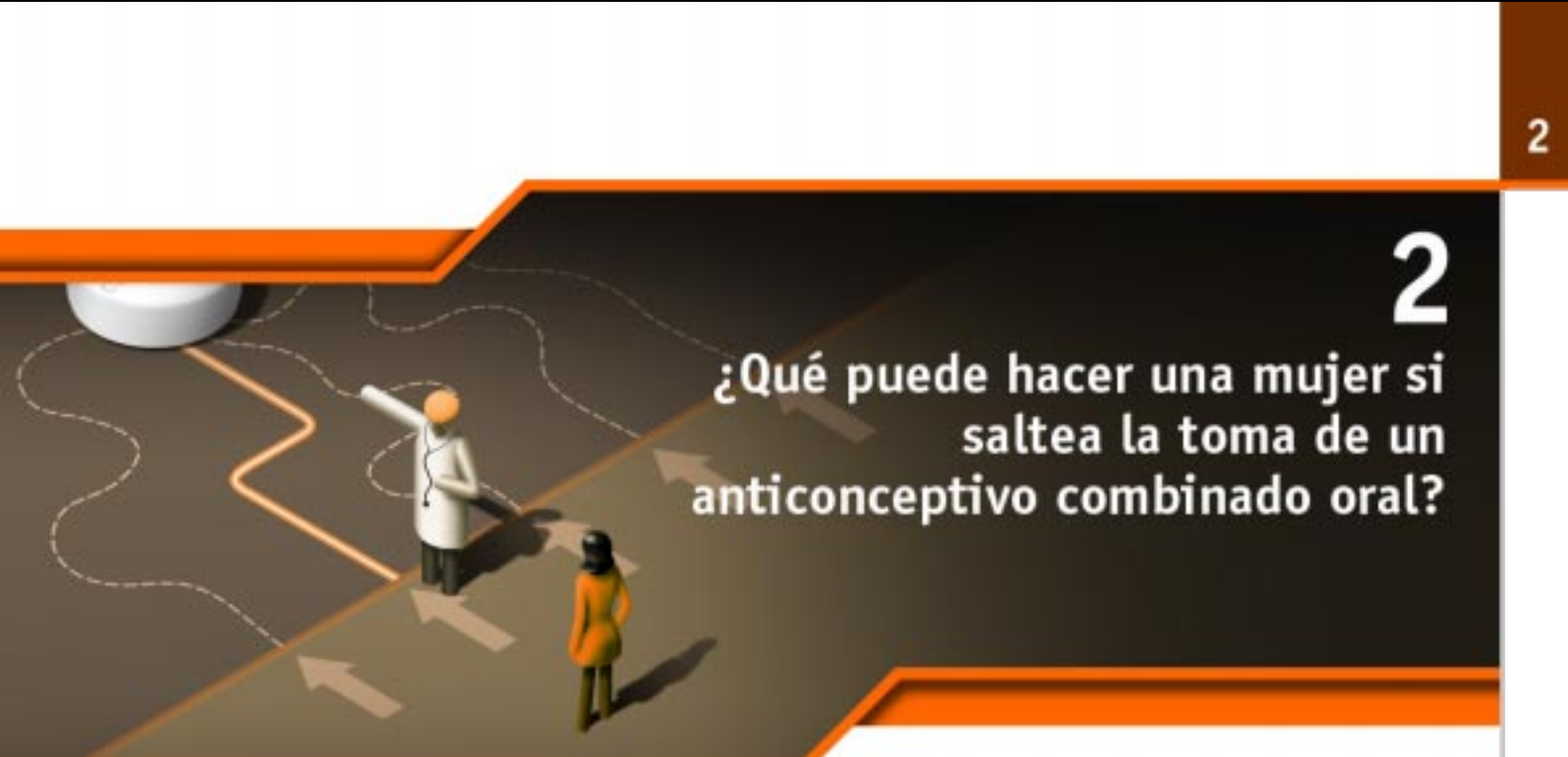
Temas claves no resueltos

¿Cuánto tardan los ACOs en establecer protección confiable?

Iniciar la toma de cada paquete de comprimidos en un día específico de la semana, ¿aumenta la consistencia, continuidad y correcto uso de los ACOs?

¿Con qué grado de certeza predicen los hallazgos ecográficos, mediciones hormonales y evaluación del moco cervical el riesgo de embarazo durante el uso de ACOs?

2



¿Qué puede hacer una mujer si saltea la toma de un anticonceptivo combinado oral?

Saltea cualquier píldora activa (hormonal) (Días 1-21)

- Deberá:
 - Tomar esa píldora lo antes posible.
 - Tomar la siguiente píldora en el horario habitual. Esto puede significar tomar 2 píldoras el mismo día o incluso al mismo tiempo.
 - Continuar tomando las píldoras normalmente, una cada día.
- No necesitará ninguna protección anticonceptiva adicional.

Comienza un paquete 2 o más días después

- Deberá:
 - Empezar el nuevo paquete ese día. (Si la mujer prefiere empezar los paquetes en un día particular de la semana, puede desechar las píldoras que no tomó, a fin de no alterar su esquema).
 - Continuar tomando las píldoras normalmente, una cada día.
 - Abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.
- Puede considerar la anticoncepción de emergencia, si es apropiado.

Saltea 2-4 de las primeras 7 píldoras activas (hormonales) del paquete (Días 1-7)

- Deberá:
 - Tomar la primera píldora que saltó lo antes posible. (Si desea permanecer en su esquema habitual de toma, deberá descartar cualquier otra píldora que haya olvidado tomar).
 - Tomar la siguiente píldora en el horario habitual. Esto puede significar tomar 2 píldoras el mismo día o incluso al mismo tiempo.
 - Continuar tomando las píldoras normalmente, una cada día.

- Abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.
- Puede considerar la anticoncepción de emergencia, si es apropiado.

Saltea 2-4 de las 7 píldoras activas (hormonales) en la mitad de un paquete (Días 8-14)

- Deberá:
 - Tomar la primera píldora que salteó lo antes posible. (Si desea permanecer en su esquema habitual de toma, deberá desechar cualquier otra píldora que haya olvidado tomar).
 - Tomar la siguiente píldora en el horario habitual. Esto puede significar tomar 2 píldoras el mismo día o incluso al mismo tiempo.
 - Continuar tomando las píldoras normalmente, una por día.
- No necesita ninguna protección anticonceptiva adicional.

Saltea 2-4 de las últimas 7 píldoras activas (hormonales) en un paquete (Días 15-21)

- Deberá:
 - Tomar la primer píldora que salteó lo antes posible. (Si desea permanecer en su esquema habitual de toma deberá desechar cualquier otra píldora que haya olvidado tomar).
 - Tomar la siguiente píldora en el horario habitual. Esto puede significar tomar 2 píldoras el mismo día o incluso al mismo tiempo.
 - Continuar tomando las píldoras activas normalmente, una cada día.
 - Desechar las píldoras inactivas y comenzar directamente con el siguiente paquete.
- No necesita ninguna protección anticonceptiva adicional.

Saltea 5 o más píldoras activas (hormonales) seguidas en cualquier semana (Días 1-21)

- Deberá:
 - Tomar la primer píldora que salteó lo antes posible. (Si desea permanecer en su esquema habitual de toma, deberá desechar cualquier otra píldora que haya olvidado tomar).
 - Tomar la siguiente píldora en el horario habitual. Esto puede significar tomar 2 píldoras el mismo día o incluso al mismo tiempo.
 - Continuar tomando las píldoras normalmente, una cada día.
 - Desechar las píldoras inactivas y comenzar directamente con el siguiente paquete.
 - Abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.
- Puede considerar la anticoncepción de emergencia, si es apropiado.

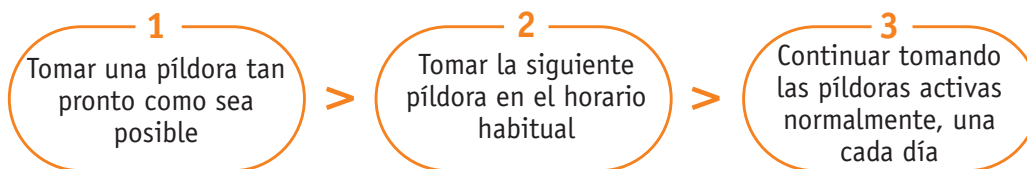
Saltea 1 o más píldoras inactivas (no hormonales) (Días 22-28 en los paquetes de 28 píldoras)

- Deberá:
 - Desechar la(s) píldora(s) inactiva(s) que salteó.

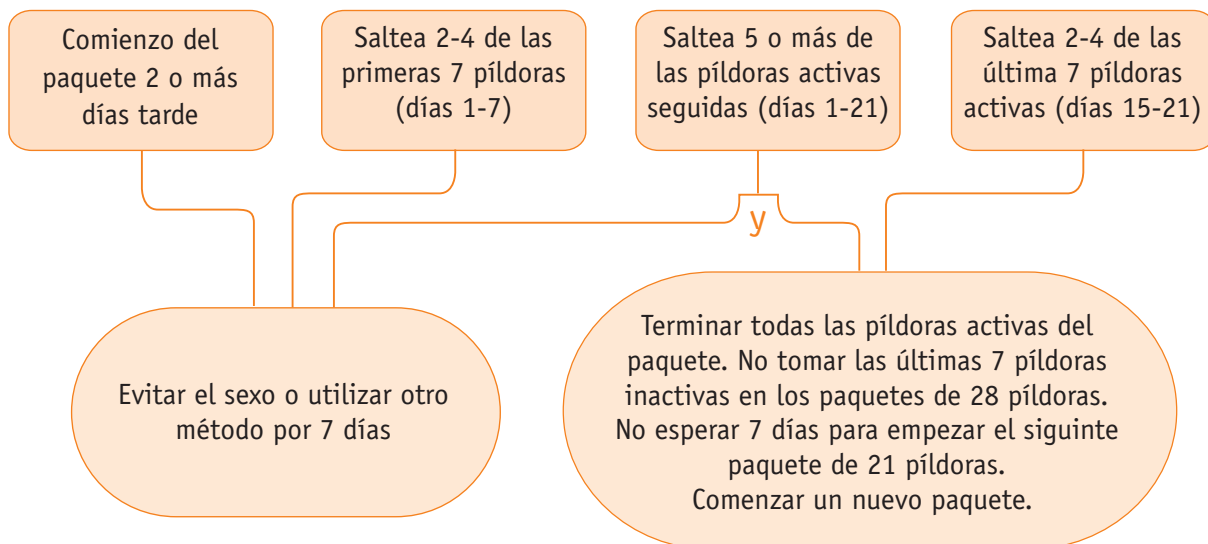
- Continuar tomando las píldoras normalmente, una cada día.
- Comenzar un nuevo paquete como de costumbre.
- No necesita protección anticonceptiva adicional.

Qué hacer si usted saltea la toma de una o más píldoras

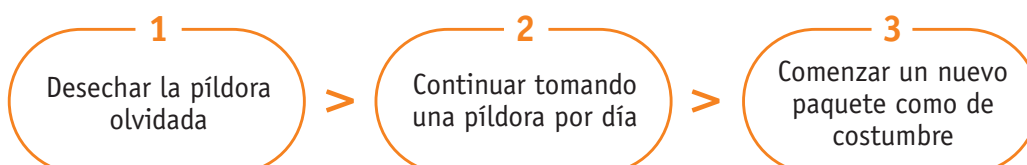
- Cada vez que saltea una o más píldoras activas (días 1 - 21):



- En estos casos especiales, **TAMBIEN** siga estas reglas especiales:



- Si saltea cualquiera de las 7 píldoras inactivas (solo en los paquetes de 28 píldoras):



Comentarios

El grupo de expertos ha considerado que el uso incorrecto o inconsistente de las píldoras es una de las mayores causas de embarazos no deseados. Se juzgó que era necesario el uso continuo de ACOs durante 7 días, para prevenir confiablemente la ovulación.

Muchas mujeres (incluyendo a aquellas cuyos paquetes de píldoras están marcados con los días de la semana) siguen un esquema de toma que involucra el comenzar en un día determinado de la semana. En esos casos, cuando la mujer saltea una píldora, es necesario que la deseche si desea mantener su esquema. Otras mujeres pueden preferir no desechar las píldoras que olvidaron tomar, pero pueden tener su menstruación a intervalos que no son los esperados.

Los siguientes 3 principios sustentan las recomendaciones del grupo de expertos:

1. Es importante tomar una píldora activa lo antes posible cuando se han saltado píldoras.
2. Si se saltan píldoras, la probabilidad de que ocurra un embarazo depende no sólo de la cantidad de píldoras que se han saltado, sino también del momento en que se saltaron. El riesgo de embarazo es mayor cuando se saltan píldoras al inicio o al final de las píldoras activas, es decir, el intervalo libre de hormonas se extiende más allá de los 7 días normales.
3. Si las píldoras se saltan en la primer semana del ciclo (incluyendo el empezar tarde), o si se saltan muchas píldoras (5 o más), la mujer debe abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cuál es el efecto sobre la efectividad anticonceptiva cuando las píldoras se saltan en distintos días del ciclo? **Nivel de evidencia:** I; indirecta.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Molly BG, Coulson KA, Lee JM, Watters JK. «Missed pill» conception: fact or fiction? *British Medical Journal Clinical Research* Ed 1985; 290: 1474-5.
- 2 Van Der Spuy ZM, Sohnus U, Pienaar CA, Schall R. Gonadotropin and estradiol secretion during de week of placebo therapy in oral contraceptive pill users. *Contraception* 1990; 42:597-609.
- 3 Tayob Y, Robinson G, Adams J, Nye M, Whitelaw N, Shaw RW et al. Ultrasound appearance of the ovaries during the pill-free interval. *The British Journal of Family Planning* 1990; 16: 94-6.
- 4 Van Heusden AM, Fauser BC. Activity of the pituitary-ovarian axis in the pill-free interval during use of low-dose combined oral contraceptives. *Contraception* 1999; 59:237-43.
- 5 Hamilton CJ, Hoogland HJ. Longitudinal ultrasonographic study of the ovarian suppressive activity of a low-dose triphasic oral contraceptive during correct and incorrect pill intake. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1989; 161:1159-62.
- 6 Killick SR, Bancroft K, Oelbaum S, Morris J, Elstein M. Extending the duration of the pill-free interval during combined oral contraception. *Advances in contraception* 1990; 6:33-40.

- 7 Landgren BM, Diczfalusy E. Hormonal consequences of missing the pill during the first two days of three consecutive artificial cycles. *Contraception* 1984; 29:437-46.
- 8 Elomaa K, Rolland R, Brosens I, Moorrees M, Depres J, Tuominen J et al. Omitting the first oral contraceptive pills of the cycle does not automatically lead to ovulation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1998; 179:41-6.
- 9 Landgren BM, Csemiczky G. The effect of follicular growth and luteal function of «missing the pill». A comparison between a monophasic and a triphasic combined oral contraceptive. *Contraception* 1991; 43:149-59.
- 10 Hedon B, Cristol P, Plauchut A, Vallon AM, Desachampts F, Taillant ML et al. Ovarian consequences of the transient interruption of combined oral contraceptives. *International Journal of Fertility* 1992; 37:270-6.
- 11 Letterie GS, Chow GE. Effect of «missed» pills on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology* 1992; 79:979-82.
- 12 Letterie GS. A regimen of oral contraceptives restricted to the periovulatory period may permit folliculogenesis but inhibit ovulation. *Contraception* 1998; 57:39-44.
- 13 Elomaa K, Lahteenmaki P. Ovulatory potential of preovulatory sized follicles during oral contraceptive treatment. *Contraception* 1999; 60:275-9.
- 14 Spona J, Elstein M, Feichtinger W, Sullivan H, Ludicke F, Muller U. Shorter pill-free interval in combined oral contraceptives decreases follicular development. *Contraception* 1996; 54:71-7.
- 15 Sullivan H, Furniss H, Spona J, Elstein M. Effect of 21-day and 24-day oral contraceptive regimens containing gestodene (60 microg) and ethinylestradiol (15 microg) on ovarian activity. *Fertility & Sterility* 1999; 72: 115-20.
- 16 Chowduhry V, Joshi UM, Gopalkrishna K, Betrabet S, Metha S, Saxena B. «Escape» ovulation in women due to the missing of low-dose combination oral contraceptive pills. *Contraception* 1980; 22:241-7.
- 17 Wang E, Shi S, Cekan SZ, Landgren BM, Diczfalusy E. Hormonal consequences of «missing the pill». *Contraception* 1982; 26:545-66.
- 18 Nuttal ID, Elstein M, McCafferty E, Seth J, Cameron ED. The effect of ethinyl estradiol 20 mcg and levonorgestrel 250 mcg on the pituitary-ovarian function during normal tablet-taking and when tablets are missed. *Contraception* 1982; 26:121-35.
- 19 Morris SE, Grume GV, Cameron ED, Buckingham MS, Everitt JM, Elstein M. Studies on low dose oral contraceptives: plasma hormone changes in relation to deliberate pill (Microgynon 30) omission. *Contraception* 1979; 20:61-9.

Otras referencias claves

- 1 Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the «fertile window» in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000; 321:1259-62.
- 2 Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001; 63:211-5.

Temas claves no resueltos

¿Cómo afecta el riesgo de embarazo el número de píldoras que se saltean y el momento en que se lo hace?, y ¿existen variaciones significativas entre individuos o poblaciones?

Las mujeres que utilizan ACOs, ¿comprenden y siguen bien las instrucciones de toma, incluyendo la anticoncepción de apoyo en caso de que salteen píldoras?

¿El acortamiento del intervalo libre de hormonas implicaría un descenso significativo en la tasa de embarazos?

Los regímenes en caso de olvido de la toma de ACOs con 30-35 mcg de etinilestradiol, ¿son apropiados para ACOs con dosis más bajas de estrógeno, especialmente en relación a la necesidad de protección de apoyo?

¿Con qué grado de certeza los hallazgos ecográficos, mediciones hormonales y evaluación del moco cervical predicen el riesgo de embarazo durante el uso de ACOs?

¿Cuáles son las estrategias de asesoramiento y comunicación más efectivas para optimizar el uso consistente, correcto y continuado de ACOs?

Que hacer si usted saltea la toma de una o más píldoras.

Cada vez que saltea una o más píldoras activas (días 1-21):

En estos casos especiales, TAMBIÉN siga estas reglas especiales:

Si saltea cualquiera de las 7 píldoras inactivas (solo en los paquetes de 28 píldoras):

Fuente: Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program



¿Qué puede hacer una mujer si vomita y/o tiene diarrea severa mientras utiliza anticonceptivos combinados orales o píldoras de progesterona sola?

Vómitos (de cualquier origen) dentro de las dos horas de haber tomado la píldora activa (hormonal).

- Deberá tomar otra píldora activa.

Vómitos o diarrea severa por más de 24 horas.

- A pesar de su incomodidad, deberá seguir tomando las píldoras (si es que puede).
- Si los vómitos o la diarrea severa continúan por 2 o más días, deberá seguir los procedimientos indicados para cuando se saltean píldoras.

Comentarios

El grupo de expertos no ha hallado evidencia directa para contestar esta pregunta, pero consideran que los efectos de los vómitos y/o la diarrea son similares a los que se producen cuando se olvida tomar una píldora.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Qué efecto tienen los vómitos y la diarrea en la efectividad anticonceptiva durante el uso de anticonceptivos combinados orales o píldoras de progesterona sola? **Nivel de evidencia:** I; indirecta.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Elomaa K, Ranta S, Tuominen J, Lahteenmaki P. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Human Reproduction* 2001; 16:76-81.

Temas claves no resueltos

¿El efecto de los vómitos y/o diarrea severa justifica el uso del régimen que se utiliza en caso de salteo de píldoras?



¿Cuándo puede una mujer comenzar a utilizar anticonceptivos combinados inyectables?

Nota: Estas recomendaciones se basan en la información sobre anticonceptivos inyectables combinados que contienen acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol (Cyclofem/Lunelle), pero también son aplicables a inyectables combinados que contienen enantato de noretisterona y valerato de estradiol (Mesigyna).

Con ciclos menstruales

- Puede recibir la primera inyección del anticonceptivo combinado inyectable dentro de los 7 días de comenzado el sangrado menstrual. No necesita protección anticonceptiva adicional.
- También puede recibir la primera inyección en cualquier otro momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada. Si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Amenorrea

- Puede recibir la primera inyección en cualquier momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Lactancia *

- Si han pasado más de 6 meses del parto y se encuentra en amenorrea, puede comenzar con ACIs, tal como se aconseja para mujeres en amenorrea.
- Si han pasado más de 6 meses del parto y presenta ciclos menstruales, podrá recibir la primera inyección tal como se aconseja para otras mujeres con ciclos menstruales.

* Las mujeres con menos de 6 semanas de post-parto y que se encuentran amamantando no deben utilizar ACIs. Para aquellas mujeres con más de 6 semanas de post-parto, pero menos de 6 meses y que se encuentran amamantando, no se recomienda el uso de ACIs, salvo que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables.

Cambio a otro método hormonal

- Puede recibir la primera inyección inmediatamente, si ha estado utilizando su método hormonal correcta y consistentemente o si está razonablemente segura de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar hasta el próximo ciclo menstrual.
- Si su método previo era otro inyectable, deberá recibir la nueva inyección de ACI el día que le hubiese correspondido la inyección del método previo. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambio de otro método no hormonal (que no sea DIU)

- Puede recibir la primer inyección inmediatamente, si está razonablemente segura de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar hasta el próximo ciclo menstrual.
- Si se encuentra dentro de los primeros 7 días del inicio del sangrado menstrual, no se necesita protección anticonceptiva adicional.
- Si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Cambio de un DIU (incluyendo hormonal)

- Puede recibir la primer inyección dentro de los 7 días de iniciado el sangrado menstrual. No necesita protección anticonceptiva adicional. El DIU puede extraerse en ese momento.
- También puede comenzar en cualquier otro momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada.
 - Si ha sido sexualmente activa en este ciclo menstrual y han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, se recomienda la extracción del DIU en el próximo ciclo menstrual.
 - Si no ha sido sexualmente activa en este ciclo menstrual y han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días. Si esa protección adicional va a ser aportada por el DIU que está usando, se recomienda la extracción del mismo en el siguiente ciclo menstrual.
- Si la mujer está en amenorrea o tiene sangrado irregular, puede recibir la inyección tal como se aconseja para otras mujeres en amenorrea.

Comentarios

El grupo de expertos ha considerado que si se administra una inyección hasta el día 7 del ciclo menstrual, el riesgo de ciclo ovulatorio que podría llevar al embarazo es bajo.

La necesidad de protección anticonceptiva adicional entre aquellas mujeres que cambian de otro método hormonal dependerá del método utilizado previamente.

Existió cierta preocupación con respecto al riesgo de embarazo al remover el DIU dentro de un ciclo donde ya ha habido relaciones sexuales. Esta preocupación derivó en la recomendación de que el DIU permanezca colocado hasta el siguiente período menstrual.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cómo puede afectar la efectividad anticonceptiva el comenzar la utilización de ACI en distintos días del ciclo menstrual? **Nivel de evidencia:** I; indirecta.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Petta CA, Hays M, Brache V, Massai R, Hua Y, Alvarez Sánchez F et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg E(2) cypionate: effects on ovarian function. *Fertility & Sterility* 2001; 75:744-8.

Otras referencias claves

- 1 Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the «fertile window» in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000; 321:1259-62.
- 2 Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001; 63:211-5.

Temas claves no resueltos

¿Cuánto tardan los anticonceptivos combinados inyectables en establecer una protección confiable?

¿Cuál es el grado de certeza con que los hallazgos ecográficos, las mediciones hormonales y la evaluación del moco cervical predicen el riesgo de embarazo durante el uso de los anticonceptivos combinados inyectables?

¿Cuándo puede una mujer recibir repetidas inyecciones de anticonceptivos combinados inyectables?

Nota: Estas recomendaciones se basan en información sobre inyectables combinados que contienen acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol (Ciclofem/Lunelle), pero también pueden ser aplicadas para inyectables combinados que contienen enantato de noretisterona y valerato de estradiol (Mesigyna).

Intervalo de reinyección

- Administrar las inyecciones de anticonceptivo combinado inyectable cada 4 semanas.

Inyección temprana

- Cuando no se puede cumplir el intervalo de reinyección, la nueva inyección puede administrarse hasta 7 días antes, si bien puede interrumpir los patrones normales de sangrado.

Inyección tardía

- Cuando no se puede respetar el intervalo de reinyección, la nueva inyección puede administrarse hasta 7 días más tarde sin necesidad de protección anticonceptiva adicional.
- Si han pasado más de 7 días, la mujer podrá recibir la inyección si está razonablemente segura de que no está embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días. Podrá considerar la anticoncepción de emergencia, si es apropiado.

Comentarios

El grupo de expertos consideró que el riesgo de ovulación era mínimo durante la primera parte del segundo mes posterior a la última inyección.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cuándo retornan la ovulación y la fertilidad después de la última inyección de anticonceptivo combinado inyectable? **Nivel de evidencia:** II-3; indirecta.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Aedo AR, Landgren BM, Johannison E, Diczfalusy E. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception* 1985; 31:453-69.
- 2 Garza-Flores J. A multi-centered pharmacokinetic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depo-Provera. *Contraception* 1987; 36: 441-57.
- 3 Bassol S, Hernandez C, Nava MP, Trujillo AM, Luz de la Cruz D. A comparative study on the return to ovulation following chronic use of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception* 1995; 51:307-11.
- 4 Rahimy MH, Ryan KK. Lunelle monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension): assessment of return of ovulation after three monthly injections in surgically sterile women. *Contraception* 1999; 60:189-200.
- 5 Bahamondes L, Lavin P, Ojeda G, Petta CA, Diaz J, Maradiegue E et al. Return to fertility after discontinuation of the once a month injectable contraceptive Cyclofem. *Contraception* 1997; 55:307-10.

Temas claves no resueltos

¿Cuál es el intervalo máximo entre inyecciones que mantiene la efectividad de los anticonceptivos combinados inyectables?

¿Cuáles son las mejores estrategias de asesoramiento y comunicación para aumentar el cumplimiento de los intervalos de reinyección de los anticonceptivos combinados inyectables?

¿Cuál es el grado de certeza con que los hallazgos ecográficos, mediciones hormonales y evaluación del moco cervical predicen el riesgo de embarazo durante el uso de los anticonceptivos combinados inyectables?

¿Cuándo puede una mujer comenzar a tomar píldoras de progesterona sola?

Con ciclos menstruales

- Puede comenzar a utilizar las píldoras de progesterona sola (PPS) dentro de los 5 días de iniciado el sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- También puede comenzar en cualquier otro momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada. Si han pasado más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 2 días.

Amenorrea

- Puede comenzar en cualquier momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 2 días.

Lactancia *

- Si se encuentra entre las 6 semanas y 6 meses de post-parto y está en amenorrea, puede comenzar a utilizar las píldoras de progesterona sola en cualquier momento. Si se encuentra amamantando total o casi totalmente no necesita protección anticonceptiva adicional.
- Si han pasado más de 6 semanas de post-parto y presenta ciclos menstruales nuevamente, puede comenzar tal como se aconseja para mujeres con ciclos menstruales.

* Para mujeres con menos de 6 semanas de post-parto y que amamantan principalmente no se recomienda habitualmente el uso de PPS, salvo que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables.

Cambio a otro método hormonal

- Si ha estado utilizando consistente y correctamente el método hormonal previo o si está razonablemente segura de que no está embarazada, puede comenzar a utilizar las píldoras de progesterona sola inmediatamente. No hay necesidad de esperar hasta el próximo ciclo menstrual.
- Si su método previo fue un inyectable, deberá comenzar las PPS, en el momento en que la nueva inyección hubiese sido administrada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambio de otro método no hormonal (que no sea el DIU)

- Puede comenzar a utilizar las píldoras dentro de los 5 días de iniciado el sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- También puede comenzar inmediatamente o en cualquier otro momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada. Si han pasado más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 2 días.

Cambio de un DIU (incluyendo hormonal)

- Puede comenzar a utilizar las píldoras dentro de los 5 días de iniciado el sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional. El DIU puede extraerse en ese momento.
- También puede comenzar en cualquier otro momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada.
 - Si ha sido sexualmente activa en este ciclo menstrual y han pasado más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual, se recomienda la extracción del DIU en el siguiente ciclo menstrual.
 - Si no ha sido sexualmente activa en este ciclo menstrual y han pasado más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 2 días. Si esa protección adicional va a ser aportada por el DIU que está utilizando, se recomienda la extracción del mismo en el siguiente ciclo menstrual.
- Si la mujer está en amenorrea o tiene sangrados irregulares puede comenzar con las píldoras de progesterona sola tal como se aconseja para otras mujeres en amenorrea.

Comentarios

El grupo de expertos consideró aceptablemente bajo el riesgo de ovulación al empezar las píldoras de progesterona sola dentro de los 5 días de iniciada la menstruación. Se consideró menos confiable la supresión de la ovulación al comenzar después del día 5. Se estimó necesario el uso de 48 horas de píldoras de progesterona sola, para alcanzar el efecto anticonceptivo sobre el moco cervical.

La necesidad de protección anticonceptiva adicional entre aquellas mujeres que cambian de otro método hormonal dependerá del método utilizado previamente.

Existió cierta preocupación acerca del riesgo de embarazo al remover el DIU dentro de un ciclo donde ya ha habido relaciones sexuales. Esta preocupación derivó en la recomendación de dejar el DIU colocado hasta el próximo ciclo menstrual.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cómo puede afectar la efectividad anticonceptiva el inicio de las píldoras de progesterona sola en distintos días del ciclo menstrual?

Referencias de la revisión sistemática

No se han identificado estudios.

Otras referencias claves

- 1 Mc Cann MF, Potter LS. Progestin- only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception* 1994; 50(6 Suppl 1):S1-195.
- 2 Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the «fertile window» in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000; 321:1259-62.
- 3 Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001; 63:211-5.

Temas claves no resueltos

¿Cuánto tardan las píldoras de progesterona sola en establecer protección confiable?

Iniciar la toma de una caja de píldoras un día específico de la semana, ¿aumenta el uso consistente, correcto y continuado de PPS?

¿Con qué grado de certeza predicen los hallazgos ecográficos, mediciones hormonales y evaluación del moco cervical el riesgo de embarazo durante el uso de las píldoras de progesterona sola?

¿Qué puede hacer una mujer si saltea la toma de una píldora de progesterona sola?

Con ciclos menstruales (incluyendo aquellos en los que se está amamantando) Y saltó una o más píldoras por más de 3 horas.

- Deberá
 - Tomar una píldora lo antes posible.
 - Continuar tomando las píldoras normalmente, una cada día.
 - Abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 2 días.
- La mujer podrá considerar la anticoncepción de emergencia, si es apropiado.

Durante la lactancia y en amenorrea Y pierde una o más píldoras por más de 3 horas.

- Deberá
 - Tomar una píldora lo antes posible.
 - Continuar tomando las píldoras normalmente, una cada día.
- Si tiene menos de 6 meses de post-parto, no necesita protección anticonceptiva adicional.

Comentarios

El grupo de expertos consideró que el uso inconsistente o incorrecto de las píldoras es una causa mayor de embarazos no deseados y remarcó la importancia de tomarlas aproximadamente a la misma hora todos los días. Se estimó que eran necesarias 48 horas de uso para alcanzar el efecto anticonceptivo sobre el moco cervical.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cuál es el efecto de saltar la toma de la píldora de progesterona sola en distintos días del ciclo sobre la efectividad anticonceptiva?

Referencias de la revisión sistemática

No se han identificado estudios.

Otras referencias claves

- 1 Mc Cann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception* 1994; 50 (6 Suppl 1):S1-195.

Temas claves no resueltos

¿Cómo puede afectar el riesgo de embarazo el número de píldoras que se saltan y el momento en que se lo hace?

¿Cuándo se saltan píldoras, son completamente suficientes 48 horas de refuerzo para restablecer la protección anticonceptiva y varían los requerimientos para el refuerzo anticonceptivo según el número de píldoras salteadas?

Las mujeres que utilizan píldoras de progesterona sola, ¿entienden y siguen bien las instrucciones para la toma, incluyendo el uso de anticonceptivos de refuerzo después de saltar pastillas?

¿Con qué grado de certeza los hallazgos ecográficos, mediciones hormonales y evaluación del moco cervical predicen el riesgo de embarazo durante el uso de PPS?

¿Cuáles son las estrategias de asesoramiento y comunicación más efectivas para optimizar el uso consistente, correcto y continuo de las píldoras de progesterona sola?

¿Qué puede hacer una mujer si vomita después de tomar un anticonceptivo de emergencia?

Vómitos dentro de las 2 horas de haber tomado la píldora

- Deberá tomar otra píldora de emergencia lo antes posible. Si la píldora de emergencia es una píldora de estrógeno-progesterona combinada, la mujer podrá tomar un antiemético antes de tomar la segunda dosis.
- Si los vómitos continúan, puede administrarse una dosis por vía vaginal.

Comentarios

El grupo de expertos ha notado que las píldoras de emergencia que contienen progesterona sola tienen menos probabilidad de provocar náuseas y vómitos que aquellas que combinan estrógenos y progesterona.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cómo pueden los vómitos o la diarrea afectar el efecto anticonceptivo durante el uso de las píldoras de emergencia?

Referencias de la revisión sistemática

No se han identificado estudios.

Temas claves no resueltos

¿Los vómitos dentro de las 2 horas provocan una disminución importante de la efectividad de las píldoras?



¿Cuándo puede una mujer comenzar con progesterona sola inyectable-acetato de medroxyprogesterona Depot (AMPD) o enantato de norethisterona (EN-NET)?

Nota: Estas recomendaciones se basan sobre información de inyectables que contienen acetato de medroxyprogesterona de depósito, pero también son aplicables para aquellos que contienen enantato de noretisterona.

Con ciclos menstruales

- Puede recibir la primer inyección de progesterona sola dentro de los 7 días de iniciado el sangrado menstrual. No necesita protección anticonceptiva adicional.
- También puede recibir la primera inyección en cualquier otro momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada. Si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los 7 días siguientes.

Amenorrea

- Puede recibir la primer inyección en cualquier momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva de emergencia durante los 7 días siguientes.

Lactancia*

- Si se encuentra entre las 6 semanas y 6 meses post-parto y en amenorrea, puede recibir la primera inyección en cualquier momento. Si se encuentra amamantando total o casi totalmente, no necesita protección anticonceptiva adicional.
- Si han pasado más de 6 semanas post-parto y sus ciclos menstruales han retornado, podrá recibir la primer inyección tal como se aconseja para otras mujeres con ciclos menstruales.

* En mujeres con menos de 6 semanas de post-parto y amamantando principalmente no se recomienda por lo general el uso de IPS, salvo que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables.

Cambio a otro método hormonal

- Puede recibir la primera inyección inmediatamente, si ha estado utilizando consistente y correctamente el método hormonal previo o si está razonablemente segura de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar hasta el próximo ciclo menstrual.
- Si su método previo fue otro inyectable, deberá recibir la inyección de progesterona sola en el momento en que la otra inyección hubiese sido administrada. No necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambio de otro método no hormonal (que no sea el DIU)

- Puede recibir la primera inyección inmediatamente, si está razonablemente segura de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar hasta el próximo ciclo menstrual.
 - Si se encuentra dentro de los primeros 7 días de iniciado el sangrado menstrual, no necesita protección anticonceptiva adicional.
 - Si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Cambio de un DIU (incluyendo hormonal)

- Puede recibir la primera inyección dentro de los 7 días de iniciado el sangrado menstrual. No necesita protección anticonceptiva adicional. El DIU puede extraerse en ese momento.
- También puede comenzar en cualquier otro momento, si está razonablemente segura de que no está embarazada.
 - Si ha sido sexualmente activa en este ciclo menstrual y han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, se recomienda la extracción del DIU en el próximo ciclo menstrual.
 - Si no ha sido sexualmente activa en este ciclo menstrual y han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días. Si esa protección adicional va a ser aportada por el DIU, se recomienda la extracción del mismo en el próximo ciclo menstrual.
- Si se encuentra en amenorrea o tiene sangrado irregular, puede recibir la inyección tal como se aconseja para otras mujeres en amenorrea.

Comentarios

El grupo de expertos consideró que si la inyección se aplica dentro de los 7 días de iniciado el sangrado menstrual, el riesgo de ciclo ovulatorio que puede provocar un embarazo es bajo.

La necesidad de protección anticonceptiva adicional entre aquellas mujeres que cambian a otro método hormonal dependerá del método utilizado previamente.

Existió cierta preocupación sobre el riesgo de embarazo al extraer un DIU en un ciclo menstrual donde ya ha habido relaciones sexuales. Esa preocupación derivó en la recomendación de que el DIU sea removido en el siguiente ciclo menstrual.

Si bien se juzgó necesario utilizar las píldoras durante aproximadamente 48 horas para alcanzar el efecto anticonceptivo sobre el moco cervical, el tiempo requerido para que los inyectables de progesterona sola ejerzan ese efecto es incierto.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cómo puede afectar la efectividad anticonceptiva el inicio de las inyecciones de progesterona sola en distintos días del ciclo menstrual? **Nivel de evidencia:** II-1; indirecta.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Siri Wongse T, Snidvongs W, Tantayaporn P, Leepipatpaiboon S. Effect of depo-medroxyprogesterone acetate on serum progesterone levels when administered on various cycle days. *Contraception* 1982; 26:487-93.
- 2 Petta CA, Faundes A, Dunson TR, Ramos M, DeLucio M, Faundes D et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users: Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility & Sterility* 1998; 69:252-7.
- 3 Petta CA, Faundes A, Dunson TR, Ramos M, DeLucio M, Faundes D et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users. Part II. Effects on ovarian function. *Fertility & Sterility* 1998; 70:817-20.

Otras referencias claves

- 1 Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the «fertility window» in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000; 321:1259-62.
- 2 Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001; 63:211-5.

Temas claves no resueltos

¿Cuánto tardan las inyecciones de AMPD y EN-NET en establecer una protección confiable?

¿Con qué grado de certeza los hallazgos ecográficos, mediciones hormonales y evaluación del moco cervical predicen el riesgo de embarazo durante el uso de PIS?



¿Cuándo puede una mujer recibir en forma repetida inyecciones de progesterona sola, AMPD o EN-NET?

Intervalo de reinyección

- Administrar inyecciones repetidas de AMPD cada 3 meses.
- Administrar inyecciones repetidas de EN-NET cada 2 meses.

Inyección temprana

- La nueva inyección de AMPD o EN-NET puede administrarse hasta 2 semanas antes.

Inyección tardía

- La nueva inyección de AMPD o EN-NET puede administrarse hasta 2 semanas más tarde, sin requerir protección anticonceptiva adicional.
- Si tiene más de 2 semanas de atraso para la administración de la nueva inyección de AMPD o EN-NET, podrá recibir la inyección si está razonablemente segura de que no está embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días. Podrá considerar la anticoncepción de emergencia, si es apropiado.

Cambio entre AMPD y EN-NET

- No se recomienda el uso intercambiado de inyecciones de AMPD y EN-NET.
- Si es necesario cambiar de una a otra, el cambio debe hacerse en el momento en que la siguiente inyección hubiese sido administrada.

Para la repetición de una inyección de progesterona sola cuando se desconocen el tipo y/o momento de la inyección previa

- Podrá recibir la inyección si está razonablemente segura de que no está embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.
- Podrá considerar el uso de anticonceptivos de emergencia, si es apropiado.

Comentarios

El grupo de expertos ha considerado mínimo el riesgo de ovulación dentro de las 2 semanas siguientes al momento de la nueva inyección (3 meses para AMPD y 2 meses para EN-NET).

Los mecanismos de acción, los criterios de elegibilidad médica y los efectos colaterales de AMPD y EN-NET son similares. Por lo tanto, no hay riesgo en dejar de utilizar uno y comenzar a utilizar el otro.

Si bien se juzgó necesario utilizar las píldoras de progesterona sola durante aproximadamente 48 horas para alcanzar el efecto contraceptivo sobre el moco cervical, el tiempo requerido por las inyecciones de progesterona sola para ejercer este efecto es incierto.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cuánto tiempo después de la última inyección de progesterona sola retornan la ovulación y la fertilidad? **Nivel de evidencia:** II-3; indirecta.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Pardthaisong T. Return of fertility after the use of the injectable contraceptive Depo-Provera: Updated data analysis. *Journal of Biosocial Science* 1984; 16:23-34.
- 2 Anonymous. ICMR (Indian Council of Medical Research) Task force on hormonal contraception. Return of fertility following discontinuation of an injectable contraceptive-norethisterone oenanthate (EN-NET) 200mg dose. *Contraception* 1986; 34:573-82.
- 3 Ortiz A, Hiroi M, Stanczyk FZ, Goebelsmann U, Mishell DR. Serum medroxyprogesterone acetate (MPA) concentrations and ovarian function following intramuscular injection of Depo-MPA. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1977; 44:32-8.
- 4 Fotherby K, Saxena B, Shrimanker K, Hingorani V, Takker D, Diczfalusy E et al. A preliminary pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation of depot-medroxyprogesterone acetate and norethisterone oenanthate. *Fertility & Sterility* 1980; 34:131-9.
- 5 Bassol S, Garza-Flores J, Cravioto MC, Diaz-Sanchez V, Fotherby K, Lichtenberg R et al. Ovarian function following a single administration of depo-medroxy progesterone acetate (AMPD) at different doses. *Fertility & Sterility* 1984; 42:216-22.
- 6 Lan PT, Aedo AR, Landgren BM, Jahannisson E, Diczfalusy E, Return of ovulation following a single injection of depo-medroxyprogesterone acetate: a pharmacokinetic and pharmacodynamic study. *Contraception* 1984; 29:1-18.
- 7 Saxena BN, Dusitsin N, Tankeyoon M, Chaudhuru RR. Return of ovulation after the cessation of depot-medroxy progesterone acetate treatment in Thai women. *Journal of the Medical Association of Thailand* 1980; 63:66-9.
- 8 Garza-Flores J, Cardenas s; Rodriguez V, Cravioto MC, Diaz-Sanchez V. Return to ovulation following the use of long-acting injectable contraceptives: a comparative study. *Contraception* 1985; 31:361-6.

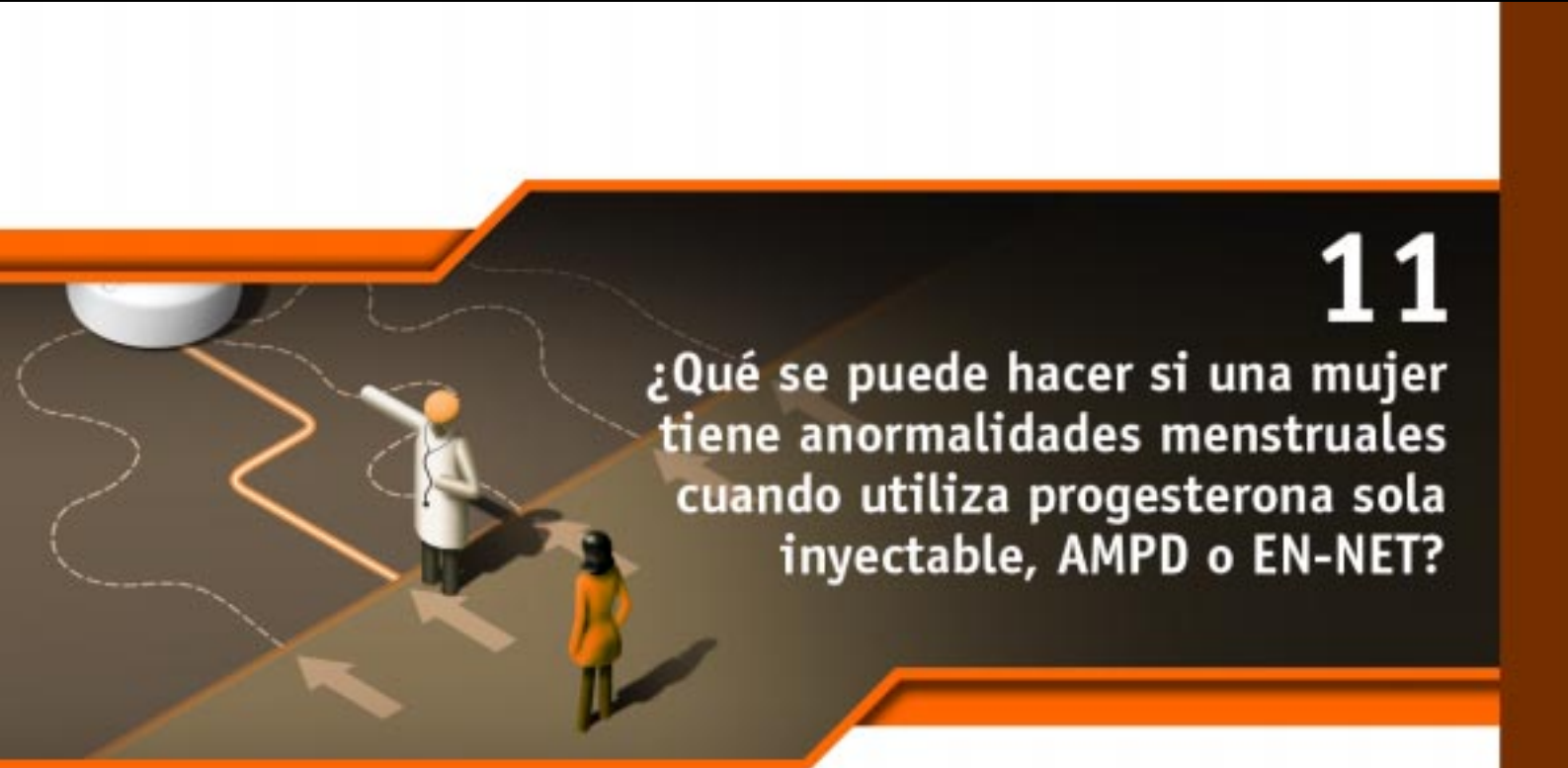
Temas claves no resueltos

¿Es común el intercambio entre AMPD y EN-NET y por qué ocurre?

¿Con qué grado de certeza los hallazgos ecográficos, mediciones hormonales y evaluación del moco cervical predicen el riesgo de embarazo durante el uso de inyectables de progesterona sola?

¿Cuál es el tiempo máximo entre inyecciones que mantiene la efectividad de las inyecciones de progesterona sola?

¿Cuáles son las mejores estrategias de asesoramiento y comunicación para aumentar el cumplimiento del intervalo entre inyecciones de progesterona sola?



¿Qué se puede hacer si una mujer tiene anomalías menstruales cuando utiliza progesterona sola inyectable, AMPD o EN-NET?

Amenorrea

- La amenorrea no requiere ningún tratamiento médico. El asesoramiento es suficiente.
- Si la mujer aún encuentra inaceptable la amenorrea, interrumpir el inyectable. Ayúdela a elegir un nuevo método.

Spotting o sangrado leve

- El spotting o sangrado leve es común durante el uso de inyectables de progesterona sola, particularmente en el ciclo posterior a la primera inyección, y no es lesivo.
- En mujeres con spotting o sangrado persistente o en mujeres con sangrado después de un período de amenorrea, excluir problemas ginecológicos cuando la clínica lo justifique. Si se identifica un problema ginecológico, trate el mismo o bien dérivela para atención.
- Si se diagnostica una ITS o una enfermedad inflamatoria pélvica, la mujer puede continuar con las inyecciones mientras recibe el tratamiento y debe ser asesorada sobre el uso de preservativo.
- Si no se halla ningún problema ginecológico, y la mujer encuentra inaceptable el sangrado, interrumpir las inyecciones. Ayúdela a elegir otro método.

Sangrado prolongado o profuso (más de 8 días o el doble de su período menstrual habitual)

- Explicar que el sangrado prolongado o profuso es común en el ciclo posterior a la primera inyección.
- Si el sangrado prolongado o profuso persiste, descartar problemas ginecológicos cuando la clínica lo justifique. Si se identifica un problema ginecológico, tratar el problema o bien derivar para atención.
- Si el sangrado se convierte en una amenaza para la salud de la mujer, o no es aceptable para ella, interrumpir el uso de los inyectables. Ayúdela a elegir otro método.
- Para prevenir la anemia, indique un suplemento de hierro o estimule la ingesta de alimentos con alto contenido de hierro.

Comentarios

El grupo de expertos notó que las irregularidades menstruales son comunes durante el uso de inyecciones de progesterona sola y que el asesoramiento sobre estas anomalías previo al inicio del tratamiento es esencial a fin de calmar las preocupaciones y estimular la continuación del método.

El grupo revisó la limitada información disponible en relación al tratamiento y determinó que el tratamiento para el sangrado leve o profuso con estrógenos o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) probablemente sea de corto plazo o no aporte beneficio alguno.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cuál es la evidencia para un régimen de tratamiento efectivo de los sangrados anormales durante el uso de inyecciones de progesterona sola? **Nivel de evidencia:** I; directa.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Parker RA, McDaniel EB. The use of quinesterol for the control of vaginal bleeding irregularities caused by AMPD. *Contraception* 1980; 22:1-7.
- 2 Sapire KE. A study of bleeding patterns with two injectable contraceptives given post-partum and the effect of two nonhormonal treatments. *Advances in Contraception* 1991; 7:379-87.
- 3 Said S, Sadek W, Rocca M, Koetsawang S, Kirwat O, Piya-Anant M. Clinical evaluation of the therapeutic effectiveness of ethinyl oestradiol and oestrone sulphate on prolonged bleeding in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. *Human Reproduction* 1996; 11:1-13.

Temas claves no resueltos

¿Cuáles son los mecanismos que subyacen a la asociación entre las inyecciones de progesterona sola y las anomalías menstruales y cuál es su mejor tratamiento?

¿Cuáles son las estrategias de asesoramiento y comunicación más efectivas para asistir a una mujer con anomalías menstruales?

¿Cuándo puede una mujer comenzar a utilizar un implante?

Nota: Estas recomendaciones se basan y relacionan con información sobre implantes aprobados de levonorgestrel (Norplant o Jadelle). Se desconoce la extensión a la cual pueden ser aplicadas a implantes de etonorgestrel. El rótulo del producto para un implante de etonorgestrel (Implanon) indica que el implante debe ser aplicado entre los días 1 y 5, a lo sumo el día 5, del ciclo menstrual natural de la mujer.

Con ciclos menstruales

- Se puede colocar el implante dentro de los 7 días de iniciado el sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- También se puede colocar el implante en cualquier otro momento, si la mujer está razonablemente segura de que no está embarazada. Si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Amenorrea

- Se puede colocar el implante en cualquier momento, si la mujer está razonablemente segura de que no está embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Lactancia *

- Si se encuentra entre las 6 semanas y los 6 meses post-parto y en amenorrea, puede colocarse el implante en cualquier momento. Si se encuentra total o casi totalmente amamantando, no se necesita protección anticonceptiva adicional.
- Si han pasado más de 6 semanas post-parto y los ciclos menstruales han vuelto, puede recibir el implante tal como se aconseja para otras mujeres con ciclos menstruales.

* Para aquellas mujeres con menos de 6 semanas de post-parto y amamantando primariamente, no se recomienda el uso de implantes de progesterona sola, salvo que otro método más apropiado no esté disponible o no sea aceptable.

Cambio de otro método hormonal

- El implante puede ser colocado inmediatamente, si la mujer ha estado usando correcta y consistentemente el método previo o si está razonablemente segura de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar hasta el próximo ciclo menstrual.
- Si su método previo fue un inyectable, se deberá colocar el implante en el momento en que la nueva inyección hubiese sido administrada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambio de otro método no hormonal (que no sea el DIU)

- Se puede colocar el implante inmediatamente, si la mujer está razonablemente segura de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar hasta el próximo ciclo menstrual.
 - Si se encuentra dentro de los primeros 7 días de iniciado el sangrado menstrual, no se necesita protección anticonceptiva adicional.
 - Si han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

Cambio de un DIU (incluyendo hormonal)

- Se podrá colocar el implante dentro de los 7 días de iniciado el sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional. El DIU puede extraerse en ese momento.
- También se puede colocar en cualquier otro momento, si la mujer está razonablemente segura de que no está embarazada.
 - Si ha sido sexualmente activa en este ciclo menstrual y han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, se recomienda la extracción del DIU en el siguiente ciclo menstrual.
 - Si no ha sido sexualmente activa en este ciclo menstrual y han pasado más de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual, deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días. Si esa protección va a ser aportada por el DIU que está usando, se recomienda la extracción del mismo en el siguiente ciclo menstrual.
- Si está en amenorrea o tiene sangrado irregular, se le puede colocar el implante tal como se aconseja para otras mujeres en amenorrea.

Comentarios

El grupo de expertos consideró que, al colocar el implante hasta el día 7 del ciclo menstrual, el riesgo de ciclo ovulatorio que podría terminar en embarazo es bajo.

La necesidad de protección anticonceptiva adicional entre aquellas mujeres que cambian de método hormonal dependerá del método utilizado previamente.

Existió cierta preocupación en relación al riesgo de embarazo al remover el DIU dentro de un ciclo donde ya ha habido relaciones sexuales. Esa preocupación derivó en la recomendación de dejar el DIU colocado hasta el siguiente ciclo menstrual.

Si bien se estimó que era necesario el uso de píldoras de progesterona sola durante 48 horas para alcanzar la efectividad anticonceptiva sobre el moco cervical, el tiempo requerido por los implantes de levonorgestrel para ejercer ese efecto fue incierto.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cómo afecta la efectividad anticonceptiva el inicio de los implantes en distintos días del ciclo? **Nivel de evidencia:** II-3; indirecta.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Brache V, Alvarez F, Faundes A, Cochon L, Thevenin F. Effect of preovulatory insertion of Norplant implants over luteinizing hormone secretion and follicular development. *Fertility & Sterility* 1996; 65:1110-4.
- 2 Dunson TR, Blumenthal PD, Alvarez F, Brache V, Cochon L, Dalberth B et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility & Sterility* 1998; 69: 258-66.
- 3 Brache V, Blumenthal PD, Alvarez F, Dunson TR, Cochon L, Faundes A. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part II. Effect on the ovarian function in the first cycle of use. *Contraception* 1999; 59:245-51.

Otras referencias claves

- 1 Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The time of the «fertile window» in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000; 321:1259-62.
- 2 Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001; 63:211-5.

Temas claves no resueltos

¿Cuántos días después de iniciado el sangrado menstrual puede colocarse el implante de etonorgestrel y ser efectivo durante ese ciclo menstrual?

¿Cuánto tardan los implantes de etonorgestrel en establece una protección confiable?

¿Cuándo retorna la fertilidad una vez que se remueve el implante de etonorgestrel?Temas claves no resueltos

¿Cuántos días después de iniciado el sangrado menstrual puede colocarse el implante de etonorgestrel y ser efectivo durante ese ciclo menstrual?

¿Cuánto tardan los implantes de etonorgestrel en establece una protección confiable?

¿Cuándo retorna la fertilidad una vez que se remueve el implante de etonorgestrel?

¿Qué se puede hacer si una mujer experimenta anomalías del ciclo menstruales mientras utiliza un implante?

Nota: Estas recomendaciones se basan y relacionan con información sobre los implantes de levonorgestrel (Norplant/Jadelle). Se desconoce la extensión a la cual las recomendaciones de tratamiento pueden ser aplicadas a los implantes de etonorgestrel (Implanon).

Amenorrea

- La amenorrea no requiere ningún tratamiento médico. El asesoramiento es suficiente.
- Si aún así, la mujer halla inaceptable la amenorrea, debe removerse el implante. Ayúdela a elegir otro método anticonceptivo.

Spotting o sangrado leve

- El spotting y el sangrado leve son comunes durante el uso de implantes, particularmente durante el primer año, y no son lesivos.
- En mujeres con spotting o sangrado persistente o en mujeres con sangrado después de un período de amenorrea, descartar un problema ginecológico cuando la clínica lo justifique. Si se identifica un problema ginecológico, tratar el problema o derivar para atención.
- Si se diagnostica una ITS o una enfermedad inflamatoria pélvica, puede continuar utilizando el implante mientras recibe tratamiento. Asesorar sobre el uso de preservativos.
- Si no se encuentra ningún problema ginecológico y la mujer desea tratamiento, existen dos opciones disponibles: hormonal o no hormonal.
 - No hormonal: Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
 - Hormonal (si es médicamente apropiado): Bajas dosis de anticonceptivos combinados orales o etinilestradiol.
- Si la mujer no desea ser tratada o el tratamiento no es efectivo y ella encuentra inaceptable el sangrado, el implante debe ser removido. Ayúdela a elegir otro método anticonceptivo.

Sangrado profuso o prolongado (más de 8 días o el doble de su período menstrual normal)

- Excluir problemas ginecológicos cuando la clínica lo justifique. Si se identifica un problema ginecológico, tratarlo o derivar para atención.
- Si no se encuentra ningún problema ginecológico, y la mujer desea tratamiento, existen dos opciones disponibles: hormonal o no hormonal.
 - No hormonal: Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
 - Hormonal (si es médicamente apropiado): Anticonceptivos combinados orales o etinilestradiol.
- Si la mujer no desea ser tratada o el tratamiento no es efectivo y el sangrado se transforma en un riesgo para su salud o no es aceptable para ella, el implante debe removerse. Ayúdela a elegir otro método anticonceptivo.

Comentarios

El grupo de expertos notó que las anomalías menstruales son comunes durante el uso de implantes y que el asesoramiento sobre dichas anomalías previo al inicio del uso es esencial para calmar las preocupaciones y estimular la continuación del método.

El grupo revisó la escasa información disponible relacionada al tratamiento del sangrado leve o profuso y determinó que los siguientes regímenes son relativamente efectivos:

- Métodos no hormonales: Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)
 - Ibuprofeno: 800 mg 3 veces por día, durante 5 días.
 - Ácido mefenámico: 500 mg 2 veces por día, durante 5 días.
- Métodos hormonales:
 - Bajas dosis de anticonceptivos combinados orales: 30 µg etinilestradiol, 150 µg levonorgestrel por día durante 21 días.
 - Anticonceptivos combinados orales: 50 µg etinilestradiol, 250 µg levonorgestrel por día durante 21 días.
 - Etinilestradiol: 50 µg por 20 días.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cuál es la evidencia para regímenes de tratamiento efectivos en las anomalías del sangrado durante el uso de implantes? **Nivel de evidencia:** I; directa.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Díaz S, Croxatto HB, Pavez M, Belhadj H, Stern J, Sivin I. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants. *Contraception* 1990; 42:97-109.

- 2 Alvarez-Sanchez F, Brache V, Thevenin F, Cochon L, Faundes A. Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant implant users. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1996; 174: 919-22.
- 3 Witjaksono J, Lau TM, Affandi B, Rogers PA. Oestrogen treatment for increased bleeding in Norplant users: preliminary results. *Human Reproduction* 1996; 11: 109-14.
- 4 Boonkasemsanti W, Reinprayoon D, Pruksananonda K, Niruttisard S, Tritanachat S, Leepipatpaiboon S et al. The effect of transdermal oestradiol on bleeding patterns, hormonal profiles and sex steroid receptor distribution in the endometrium of Norplant users. *Human Reproduction* 1996; 11:115-23.
- 5 Cheng L, Zhu H, Wang A, Ren F, Chen J, Galsier A. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Human Reproduction* 2000, 15: 1969-72.
- 6 Subakir SB, Satiadi E, Affandi B, Pringgoutomo S, Freisleben HJ. Benefits of vitamin E supplementation to Norplant users_ in vitro and in vivo studies. *Toxicology* 2000; 148:173-8.
- 7 Kaewrudee S, Taneepanichskul S, Jaisamraun U, Reinprayoon D. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding secondary to Norplant use. *Contraception* 1999; 60:25-30.

Temas claves no resueltos

¿Cuáles son los mecanismos que subyacen a la asociación entre los implantes de etonorgestrel y levonorgestrel y las anormalidades menstruales y cuál es el mejor tratamiento?

¿Cuáles son las mejores estrategias de asesoramiento y comunicación para asistir a una mujer con anormalidades menstruales?

¿Cuándo puede colocarse un DIU de cobre?

Con ciclos menstruales

- Se puede colocar un DIU de cobre a una mujer en cualquier momento dentro de los primeros 12 días de iniciado el sangrado menstrual a su conveniencia, no sólo durante la menstruación. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- El DIU también puede colocarse en cualquier otro momento del ciclo menstrual a conveniencia de la mujer, si está razonablemente segura de que no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambio de otro método

- Se puede colocar el DIU de cobre inmediatamente, si la mujer está razonablemente segura de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar hasta el próximo ciclo menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Comentarios

El grupo de expertos determinó que la probabilidad de existencia de un embarazo es extremadamente baja antes del día 12 del ciclo, basándose en que el riesgo de ovulación es extremadamente bajo previo al día 8 y bajo el efecto de 5 días del anticonceptivo de emergencia del DIU de cobre.

Las recomendaciones del grupo de expertos para los DIUs de cobre no son aplicables para los DIUs hormonales, dado que no puede suponerse que el efecto anticonceptivo de emergencia del DIU de cobre sea aplicable al DIU hormonal. Además, en el caso de embarazo pueden existir riesgos adicionales para el feto debido a su exposición a las hormonas.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cómo afecta la colocación del DIU en distintos días del ciclo menstrual la seguridad, efectividad y confianza anticonceptiva? Nivel de evidencia: II-3; indirecta.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 White MK, Ory HW, Rooks JB, Roach RW. Intrauterine device termination rates and the menstrual cycle day of insertion. *Obstetrics & Gynecology* 1980; 55:220-4.
- 2 Goldstuck ND. Pain response following insertion of a Gravigard (Cooper-7) intrauterine contraceptive device in nulliparous women. *International Journal of Fertility* 1981; 26:53-6.
- 3 Goldstuck ND, Matthews ML. A comparison of the actual and expected pain response following insertion of an intrauterine contraceptive device. *Clinical Reproduction & Fertility* 1985; 3:65-71.

Otras referencias claves

- 1 Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the «fertile window» in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000, 321: 1259-62.
- 2 Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001; 63:211-5.

Temas claves no resueltos

¿Cuánto tarda el DIU hormonal de cobre en establecer una protección confiable?

¿Qué se puede hacer si una mujer experimenta anomalías menstruales mientras utiliza un DIU de cobre?

Spotting o sangrado leve

- El spotting o sangrado leve es común durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre. No es lesivo y por lo general disminuye con el tiempo.
- Si la mujer desea tratamiento, puede administrarse un curso corto de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) durante los días de sangrado.
- En mujeres con spotting y sangrado persistentes, descartar causas ginecológicas si la clínica lo justifica. Si se identifica un problema ginecológico, tratar o derivar para atención.
- Si no se encuentra ningún problema ginecológico y el sangrado es inaceptable para la mujer, extraer el DIU y aconsejar un nuevo método anticonceptivo.

Sangrado menstrual más profuso o más prolongado en relación a los períodos normales

- El sangrado más profuso y más prolongado es común durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre. Por lo general no es lesivo y disminuye con el tiempo.
- Se puede ofrecer el siguiente tratamiento durante los días de sangrado menstrual:
 - Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
 - Ácido tranexámico (un agente hemostático).

NO debe utilizarse aspirina.

- Excluir problemas ginecológicos cuando la clínica lo justifique. Si se identifica un problema ginecológico, trátelo o derive a la mujer.
- Si el sangrado continúa siendo muy profuso o prolongado, especialmente si hay signos clínicos de anemia o si la mujer encuentra inaceptable el sangrado, remueva el DIU y ayúdela a encontrar otro método anticonceptivo.
- Para prevenir la anemia, aporte suplemento de hierro y/o estimule los alimentos que contienen hierro.

Comentarios

El grupo de expertos notó que las anomalías menstruales son comunes durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU y llegó a la conclusión de que algunas veces el tratamiento durante los días de sangrado puede ser efectivo. El grupo indicó que no debe usarse aspirina para tratar el sangrado menstrual relacionado con el uso del DIU, dado que puede empeorar el problema.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cuál es la evidencia para la efectividad de los regímenes de tratamiento de las anomalías menstruales durante el uso del DIU? **Nivel de evidencia:** I; directa.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Roy S, Shaw ST Jr. Role of prostaglandins in IUD-associated uterine bleeding-effect of a prostaglandin synthetase inhibitor (ibuprofen). *Obstetrics & Gynecology* 1981; 58:101-6.
- 2 Toppozada M, El-Attar A, El-Ayyat MA, Khamis Y. Management of uterine bleeding by PGs or their síntesis inhibitors. *Advances in Prostaglandin and Thromboxane Research* 1980; 8:1459-63.
- 3 Toppozada M, Anwar M, Abdel Rahman H, Gaweesh S, Control of IUD-induced bleeding by three nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Contraceptive Delivery Systems* 1982; 3:117-25.
- 4 Yarkoni S, Anteby SO. Treatment of IUD related menorrhagia by indomethacin. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology* 1984; 11:120-2
- 5 Anteby SO, Yarkoni S, Ever HP. The effect of a prostaglandin synthetase inhibitor, indomethacin, on excessive uterine bleeding. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology* 1985; 12:60-3.
- 6 Di Lieto A, Catalano D, Miranda L, Paladini A. Action of a prostaglandin synthetase inhibitor on IUD associated uterine bleeding. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology* 1987; 14: 41-4.
- 7 Davies AJ, Anderson AB, Turnbull AC. Reduction by naproxen of excessive menstrual bleeding in women using intrauterine devices. *Obstetrics & Gynecology* 1981; 57:74-8.
- 8 Ylikorkala O, Viinikka L. Comparison between antifibrinolytic and antiprostaglandin treatment in the reduction of increased menstrual blood loss in women with intrauterine contraceptive devices. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 1983; 90:78-83.
- 9 Tauber PF, Kloppel A, Goodpasture JC, Burns J, Ludwig H, Zaneveld LJ. Reduced menstrual blood loss by release of an antifibrinolytic agent from intrauterine contraceptive devices. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1981; 140:322-8.
- 10 Pedron N, Lozano M, Gallegos AJ. The effect of acetylsalicylic acid on menstrual blood loss in women with IUDs. *Contraception* 1987; 36:295-303.
- 11 Randic L, Balogh SA. The effect of hydrogel on the reduction of bleeding associates with IUD use: a comparative study of the lain and Hydron-coated Spring Coil. *Contraceptive Delivery Systems* 1983; 4: 301-10.

Temas claves no resueltos

¿Cuáles son los mecanismos implícitos entre la asociación del DIU y las anomalías menstruales y como varían entre los dispositivos hormonales y los de cobre?

¿Cuál es el mejor tratamiento para las anomalías menstruales provocadas por DIUs hormonales o de cobre?

¿Cuáles son las estrategias de asesoramiento o comunicación más efectivas para asistir a una mujer con anomalías menstruales?

¿Qué se debe hacer si a una mujer que utiliza un DIU de cobre se le diagnostica enfermedad inflamatoria pélvica?

Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI)

- Tratar la EPI utilizando antibióticos adecuados.
- Si la mujer desea seguir utilizando el DIU de cobre, no hay necesidad de extraerlo.
- Si no desea continuar con el DIU, removerlo después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- Si se extrae el DIU, la mujer podrá considerar el uso de anticoncepción de emergencia, si es apropiado.
- Si la infección no mejora, por lo general el curso a seguir es retirar el DIU y continuar con los antibióticos. Si no se retira el DIU, igual se deben continuar los antibióticos. En ambas circunstancias, su salud debe ser monitorizada de cerca.
- Aportar un manejo integral de la ITS, incluyendo el asesoramiento sobre uso de preservativo.

Comentarios

El grupo de expertos de trabajo consideró que la extracción del DIU no aporta un beneficio adicional una vez que la EPI está en tratamiento con la medicación adecuada.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cuándo a una mujer se le diagnostica una EPI, debe removerse o dejarse el DIU? **Nivel de evidencia:** I, directa.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Larsson B, Wennergren M. Investigation of a cooper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception* 1977; 15:143-9.

- 2 Söderberg G, Lindgren S. Influence of a intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception* 1981; 24:137-43.
- 3 Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine* 1989; 21:63-5.

Temas claves no resueltos

La decisión de remover o dejar un DIU una vez que se diagnostica EPI y se trata correctamente, ¿influye sobre su curso clínico y secuelas a largo plazo (infertilidad, embarazos ectópicos, dolor crónico)?

¿Qué se debe hacer si que una mujer que utiliza un DIU de cobre está embarazada?

Portadora de un DIU de cobre se encuentra embarazada

- Excluir embarazo ectópico.
- Explicarle a la mujer que tiene riesgo de aborto en el segundo trimestre, parto pretérmino e infecciones si se deja el DIU colocado. La extracción del DIU reduce estos riesgos, a pesar de que el procedimiento en sí mismo acarrea un pequeño riesgo de aborto.
 - Si la mujer no desea continuar con el embarazo y la terminación terapéutica del embarazo es legal, informar a la paciente al respecto.
 - Si desea continuar con el embarazo, aclarar bien el aumento de riesgo de aborto, infecciones y parto pretérmino. Asesorarla para que busque atención inmediata en caso de presentar sangrado profuso, calambres abdominales, dolor, secreción vaginal anormal o fiebre.

Las cuerdas del DIU son visibles o pueden ser recuperadas del canal cervical sin riesgos

- Aconsejar a la mujer que lo mejor es la extracción del DIU.
- Si se remueve el DIU, hacerlo tirando suavemente de las cuerdas.
- Explicar que debe consultar rápidamente si presenta sangrado profuso, calambres abdominales, dolor, secreción vaginal anormal o fiebre.
- Si elige no extraerse el DIU, asesorarla para que busque atención inmediata si presenta sangrado profuso, calambres abdominales, dolor, secreción vaginal anormal o fiebre.

Las cuerdas del DIU no son visibles y no pueden ser recuperadas sin riesgos

- En caso de disponer de un ecógrafo, éste puede ser útil para determinar la localización del DIU. Si no se logra encontrar el DIU, esto puede sugerir que ha habido una expulsión.
- Si no se dispone de un ecógrafo o si por ecografía se determina que el DIU está intraútero, exprese claramente los riesgos y asesore a la mujer para que busque atención inmediata en caso de sangrado profuso, calambres abdominales, dolor, secreción vaginal anormal o fiebre.

Comentarios

El grupo de expertos llegó a la conclusión de que la extracción del DIU mejora la evolución del embarazo, si las cuerdas del DIU están visibles o pueden ser extraídas suavemente del canal cervical y que el riesgo de aborto, parto pretérmino e infecciones es sustancial si se deja el DIU colocado. El grupo de expertos no determinó los efectos de los DIUs hormonales durante el embarazo, pero puede haber riesgos adicionales para el feto, dada la exposición hormonal.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cuál es el riesgo de eventos adversos si se remueve el DIU o se lo deja colocado?

Nivel de evidencia: II-3; indirecta.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Tatum HJ, Schmidt FH, Jain AK. Management and outcome of pregnancies associated with the Copper T intrauterine contraceptive device. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1976; 126:869-79.
- 2 Koetsawang S, Rachawat D, Piya-Anant M. Outcome of pregnancy in the presence of intrauterine device. *Acta Obstétrica & Gynecológica Scandinavica* 1977; 56:479-82.
- 3 Skjeldestad FE, Hammervold R, Peterson DR. Outcomes of pregnancy with an IUD in situ-a population based case-control study. *Advances in Contraception* 1988; 4:265-70.
- 4 Dreishpoon IH. Complications of pregnancy with an intrauterine contraceptive device in situ. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1975; 121:412-3.

Temas claves no resueltos

¿Cuál es la evolución de un embarazo en una mujer que se embaraza con un DIU y cómo difiere esa evolución entre una mujer a la que se extrajo el DIU y otra a la que no?

¿Deben administrarse antibióticos profilácticos antes de la colocación de un DIU de cobre?

Inserción del DIU de rutina

- Por lo general no se recomienda la utilización de antibióticos profilácticos en la colocación de un DIU. Sin embargo, en ámbitos con una alta prevalencia de ITS y un screening limitado para las mismas, dicha profilaxis puede ser considerada.
- Asesore a la mujer que utiliza un DIU en relación a síntomas compatibles con EPI, especialmente durante el primer mes.

Comentarios

El grupo de expertos determinó que usar antibióticos profilácticos para la colocación del DIU aporta poco beneficio para las mujeres con bajo riesgo de ITS, si es que aporta alguno.

Pregunta de la revisión sistemática

¿La administración profiláctica de antibióticos provoca una disminución del riesgo de infección durante la colocación de un DIU? **Nivel de evidencia:** I; directa.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Contraception* 1999; 60:57-63.

Temas claves no resueltos

¿Son los antibióticos profilácticos para la colocación del DIU beneficiosos para prevenir el riesgo de EPI en ámbitos con alta prevalencia de ITS?



¿Qué puede hacer la mujer que usa el método standard de días si tiene su ciclo menstrual fuera del rango de los 26-32 días?

Nota: El método de los días estándar (MDS) es un método basado en el período fértil, y quienes lo utilizan deben evitar mantener relaciones sexuales entre los días 8 y 19 del ciclo menstrual.

Mujeres que utilizan el MDS y han tenido 2 o más ciclos fuera del rango de los 26-32 días, dentro del año de uso

- Aconseje a la mujer que el método puede no ser apropiado para ella, dado el alto riesgo de embarazo. Ayúdela a elegir otro método.

Provisión inicial del MDS para una mujer cuyos ciclos menstruales son entre los días 26 y 32

- Si la mujer lo desea, sugiera otro método anticonceptivo para protección entre los días 8 y 19. Hágalo por adelantado.

Mujeres que utilizan el MDS y tiene relaciones sexuales no protegidas entre los días 8 y 19.

- Considere el uso de anticoncepción de emergencia.

Comentarios

El grupo de expertos llegó a la conclusión de que la probabilidad de embarazo aumenta cuando los ciclos menstruales están fuera del rango de los 26-32 días, aún cuando el sexo no protegido se evite entre los días 8 y 19.

Pregunta de la revisión sistemática

¿Cuál es la efectividad del Método de los Días Standard para una mujer cuyos ciclos menstruales son más cortos que 26 días o más largos que los 32 días? **Nivel de evidencia:** II-3; directa.

Referencias de la revisión sistemática

- 1 Arévalo M, Sinau I, Jennings V. *A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning*. *Contraception* 2000; 60:357-60.

Otras referencias claves

- 1 Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the «fertile window» in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal* 2000; 321:1259-62.
- 2 Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001; 63:211-5.

Temas claves no resueltos

¿Cuáles son las estrategias de asesoramiento y comunicación más efectivas para optimizar el uso consistente, correcto y continuo de los métodos basados en el período fértil?

¿Qué exámenes o tests deben hacerse de rutina antes de la administración de un método anticonceptivo?

Los exámenes o pruebas nombrados se aplican a personas que se presume están sanas.

Las personas con problemas médicos conocidos u otras condiciones especiales pueden necesitar exámenes o pruebas adicionales antes de determinar si son candidatos apropiados para un tipo particular de método anticonceptivo. El documento de la OMS, *Mejorar el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos*, segunda edición, 2000, puede ser utilizado en dichas circunstancias.

La siguiente clasificación fue considerada útil para diferenciar la aplicabilidad de los distintos exámenes o pruebas:

Clase A: Esenciales y mandatorios en todas las circunstancias para el uso seguro y efectivo del método anticonceptivo.

Clase B: Contribuyen sustancialmente al uso seguro y efectivo, pero su implementación puede ser considerada dentro del contexto de servicio y/o de la salud pública. El riesgo de no realizar un examen o prueba debe compararse con el beneficio de suministrar un método anticonceptivo.

Clase C: No contribuyen sustancialmente al uso seguro y efectivo del método anticonceptivo.

Esta clasificación se concentra en la relación de los exámenes o pruebas con la iniciación segura de un método anticonceptivo. No es su intención evaluar si estos exámenes o pruebas son apropiados en otras circunstancias. Por ejemplo, algunos de los exámenes o pruebas que no son considerados necesarios para el uso seguro y efectivo de un anticonceptivo pueden ser apropiados para una buena prevención de la salud o para diagnosticar o valorar condiciones médicas de las que se sospecha.

Notas sobre la tabla

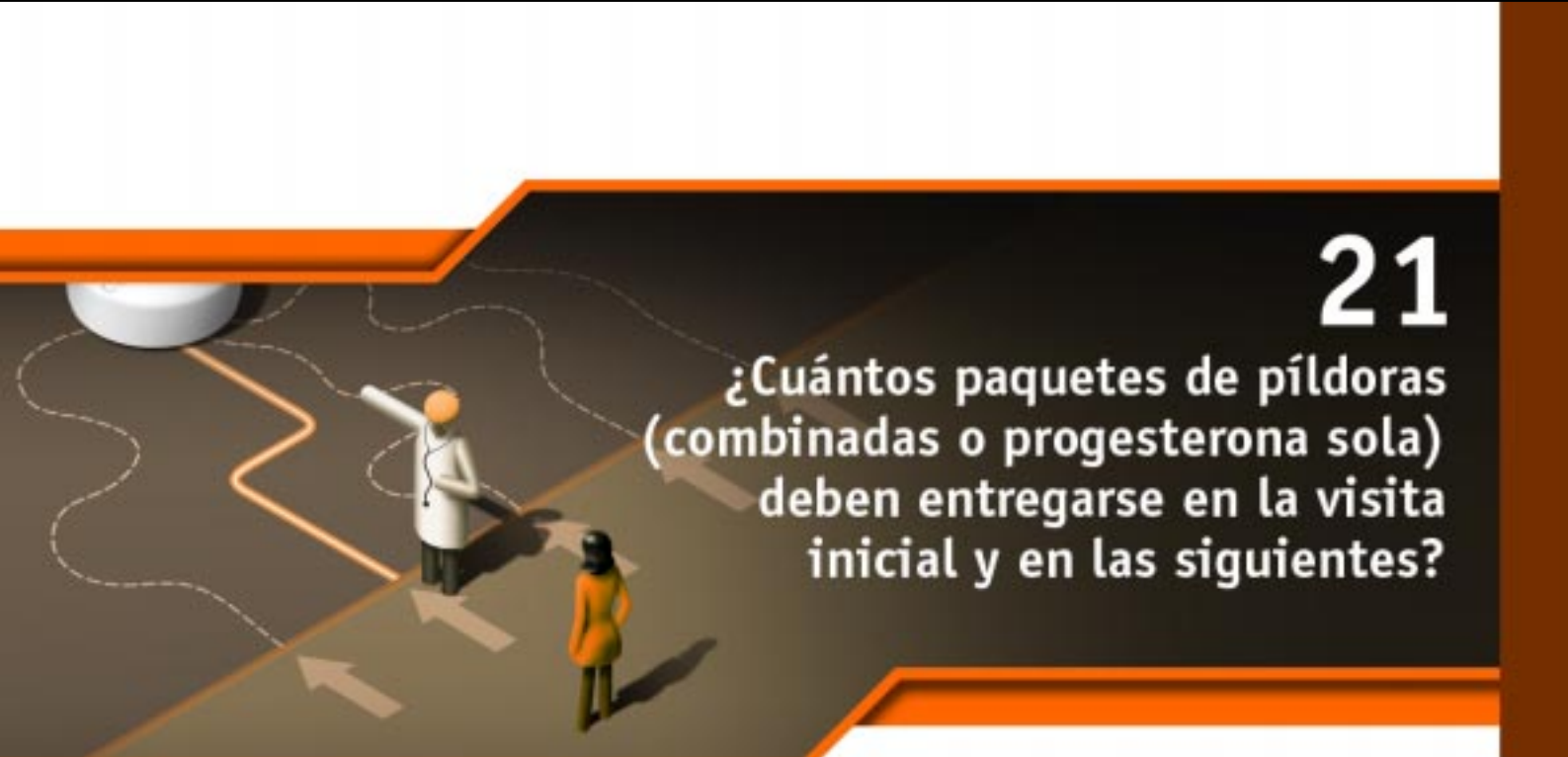
- * Una conferencia de la OMS llevada a cabo en Ginebra durante los días 9-10 de octubre de 2001 llegó a la conclusión que las mujeres con alto riesgo de infección por HIV no deben usar productos que contengan nonoxinol-9. Dichas mujeres deben evitar espermicidas que contengan nonoxinol-9, así como también preservativos lubricados con nonoxinol-9. Los preservativos sin nonoxinol-9 como lubricante son efectivos y se encuentran ampliamente disponibles. Las mujeres con alto riesgo de infección por HIV también deben evitar el uso de diafragma o capuchones cervicales con el agrega-

do de nonoxinol-9. La efectividad anticonceptiva de los diafragmas y los capuchones cervicales sin el agregado de nonoxinol-9 no ha sido suficientemente estudiada y debiera asumirse que es menor a la aportada por los diafragmas y capuchones cervicales con nonoxinol-9.

****** Es conveniente tomar la presión arterial antes de la iniciación de ACO, ACI, PPS, IPS e implantes. Sin embargo, en algunos lugares, no puede tomarse la presión arterial. En muchos de estos lugares, los riesgos de morbilidad y mortalidad asociados al embarazo son altos y los métodos hormonales se encuentran dentro de los pocos métodos disponibles. En dichos lugares, no se debe negar a las mujeres la utilización de métodos hormonales sólo por que no se les puede medir la presión.

******* Para procedimientos que se llevan a cabo con anestesia local.

Situación Específica	Anticoncep. comb. oral	Anticoncep. comb. inyectable	Píldoras Progester sola	Inyectable Progester sola	Implantes	DIUs	Preservativo	Diafragma/ capuchón cervical	Espemicidas	Esterilización femenina	Vasectomía
Examen Mamario	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	N/A
Examen	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Pélvico/ Genital											
Screening Cáncer Cervical	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	N/A
Labora- torio de Rutina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Test de Hemoglob.	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Valoración riesgo ITS: historia médica y examen físico	C	C	C	C	C	A	C*	C*	C*	C	C
Screening ITS/HIV: tests de laborat	C	C	C	C	C	B	C*	C*	C*	C	C
Screening Presión Arterial	**	**	**	**	**	C	C	C	C	A	C***



¿Cuántos paquetes de píldoras (combinadas o progesterona sola) deben entregarse en la visita inicial y en las siguientes?

Consulta inicial y siguientes

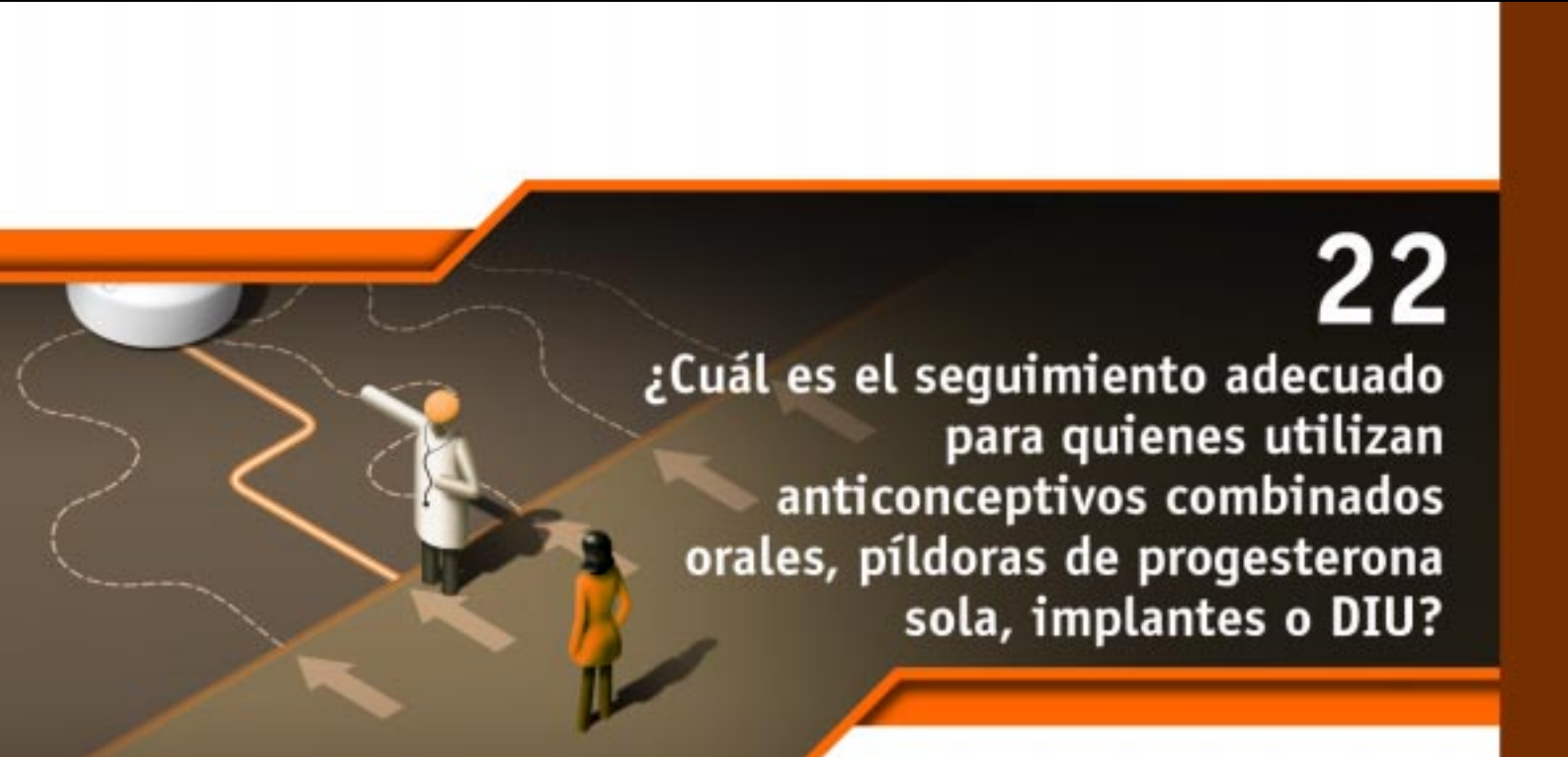
- Proveer hasta 1 año de suministro de píldoras, dependiendo del deseo de la mujer y el uso que se anticipa.
- Los programas deben equilibrar el deseo de dar máximo acceso a la mujer a las píldoras con las preocupaciones acerca de la provisión y la logística de los anticonceptivos.
- El sistema de re-suministro debe ser flexible, de manera tal que la mujer pueda obtener fácilmente las píldoras en la cantidad y momento en que las necesite.

Comentarios

El grupo de expertos concluyó que la restricción en el número de ciclos de píldoras puede provocar una interrupción no deseada del método y aumentar el riesgo de embarazo.

Temas claves no resueltos

¿Cuál es el efecto de suministrar un número diferente de paquetes de píldoras en la consulta inicial y en las siguientes sobre el uso consistente y continuado de ACOs y PPSs?



¿Cuál es el seguimiento adecuado para quienes utilizan anticonceptivos combinados orales, píldoras de progesterona sola, implantes o DIU?

Estas recomendaciones enumeran la frecuencia mínima de seguimiento recomendada para el uso seguro y efectivo del método. Se refieren a situaciones generales y pueden variar para distintos usuarios y en distintos contextos. Por ejemplo, las mujeres con condiciones médicas específicas pueden necesitar controles más seguidos.

Estos métodos no protegen contra ITS/VIH. Si existe un riesgo de ITS/VIH (inclusive durante el embarazo o post-parto), se recomienda el uso correcto y consistente de preservativo, ya sea solo o con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los preservativos masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

ACOs

- Se recomienda un control anual.
- Existen beneficios agregados con un control a los 3 meses de inicio.
- Aconséjele a la mujer que regrese en cualquier momento para discutir los efectos colaterales u otros problemas, o si desea cambiar de método.

PPSs (no amamantando)

- No se requiere control anual, pero se recomienda un control aproximadamente a los 3 meses del inicio.
- Aconséjele a la mujer que regrese en cualquier momento para discutir los efectos colaterales u otros problemas, o si desea cambiar de método.

PPSs (amamantando)

- No se requiere control de rutina.
- Aconséjele a la mujer que regrese en cualquier momento para discutir los efectos colaterales u otros problemas, o si desea cambiar de método.
- Aconséjele a la mujer que si abandona o reduce significativamente la lactancia, deberá retornar para mayor asesoramiento y consejos sobre anticonceptivos.

Implantes

- No se requiere control de rutina.
- Aconséjele a la mujer que regrese en cualquier momento para discutir los efectos colaterales u otros problemas, o si desea cambiar de método.
- Aconséjele a la mujer regresar cuando sea tiempo de remover el implante.

DIUs

- Se recomienda una visita de control después de la primera menstruación o después de 3-6 semanas de colocado.
- Aconséjele a la mujer que regrese en cualquier momento para discutir los efectos colaterales u otro problemas, o si desea cambiar de método.
- Para dispositivos con una alta tasa de expulsión, puede realizarse un seguimiento más frecuente que el indicado previamente.
- Aconséjele a la mujer que regrese cuando sea tiempo de remover el DIU.

Comentarios

El grupo de expertos concluyó que los contactos o visitas de control deben incluir, como mínimo, asesoramiento para resolver temas tales como los efectos colaterales u otros problemas, el uso correcto y consistente del método y la protección contra ITS. Una evaluación adicional puede ser apropiada, por ejemplo: examen pélvico para controlar el desplazamiento del DIU.

Temas claves no resueltos

¿El tener una visita de control a los 3 meses de iniciados los ACOs y PPSs (versus ningún control temprano) provoca un aumento en el uso consistente, correcto y continuo de los mismos?



¿Cómo puede estar razonablemente seguro quien entrega los anticonceptivos de que la mujer no está embarazada?

El diagnóstico de embarazo es importante. La habilidad para hacer este diagnóstico en forma temprana variará dependiendo del lugar y los recursos. Los tests bioquímicos de embarazo son altamente confiables y a menudo extremadamente útiles, pero no están disponibles en muchos lugares. Un examen pélvico, donde sea posible, es confiable aproximadamente desde las 8-10 semanas desde el primer día de la última menstruación.

El proveedor podrá estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada, si la misma no tiene signos ni síntomas de embarazo y reúne cualquiera de los siguientes criterios:

- No ha tenido relaciones sexuales desde su última menstruación normal.
- Ha estado usando correcta y consistentemente un método anticonceptivo confiable.
- Se encuentra dentro de los 7 días posteriores a una menstruación normal.
- Se encuentra dentro de las 4 semanas post-parto y sin amamantar.
- Se encuentra dentro de los 7 días post-aborto.
- Se encuentra total o casi totalmente amamantando, en amenorrea y tiene menos de 6 meses post-parto.

Lista de Participantes

Reunión técnica para desarrollar un consenso de guías basadas en la evidencia para la planificación familiar y para revisar las herramientas para la toma de decisiones de la guía de cuidados esenciales.

Londres, 3 al 6 de Octubre del 2001.

- ✧ Dr. Halida Akhter, Senior Reproductive Health Advisor Partners in Population and Development, Bangladesh.
- ✧ Dr. Marcos Arévalo, Institute for Reproductive Health Georgetown University Medical Center, Georgetown Center, Washington, United States of America.
- ✧ Dr. Willard Cates, President, Family Health International, United States of America.
- ✧ Dr. Tsungai Chipato, Department of OB/GYN University of Zimbabwe, Harare Zimbabwe.
- ✧ Dr. Phillip Corfman, Maryland, United States of America.
- ✧ Dr. Soledad Diaz, Consultorio de Planificación Familiar Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago, Chile.
- ✧ Dr. Anna Glasier, Family Planning and Well Women Services, Edinburgh, United Kingdom.
- ✧ Professor John Guillebaud, Department of Family Health and Reproductive Health, University College London, and Margaret Pyke, Family Planning, London, United Kingdom.
- ✧ Dr. Kerstin Hagenfeldt, Department of OB/GYN, Stockholm, Sweden.
- ✧ Dr. Douglas Huber, Management Sciences for Health, Massachusetts, United States of America.
- ✧ Dr. Carlos Huezo, International Planned Parenthood Federation, Regent's College Inner Circle, London, United Kingdom.
- ✧ Dr. Martha Jacob President, Engender Health, New York, United States of America.
- ✧ Dr. Pisake Lumbiganon, Department of OB/GYN, Faculty of Medicine, Khon Kaen.
- ✧ Dr. Pamela Lynam, JHPIEGO, Nairobi, Kenya.
- ✧ Dr. Polly Marchbanks, Chief, Fertility Epidemiology, Section Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention, United States of America.
- ✧ Dr. Trent MacKay, Contraceptive and Reproductive Health Branch, Rockville, United States of America.
- ✧ Dr. Olav Meirik, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago, Chile.
- ✧ Dr. Noel McIntosh, President, JHPIEGO, Baltimore, MD 2123, United States of America.

- ✘ Dr. Helen Rander-Rees, Reproductive Health Unit, Department of OB/GYN, Baragwanath Hospital, Johannesburg, South Africa.
- ✘ Dr. Roberto Rivera, Family Health International, United States of America.
- ✘ Professor Dr. Fred Sai, Accra, Ghana.
- ✘ Dr. Pramilla Senanayake, Assistant Director General, International Planned Parenthood Federation, Regent's College, London, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland.
- ✘ Dr. James Shelton, office of Population, USAID, Washington, United States of America.
- ✘ Dr. Connie Smith, Parkside Health NHS Trust, Raymede Clinic, St. Charles Hospital, London, United Kingdom.
- ✘ Dr. Bulbul Sood, Program Management Specialist, CEDPA India, New Delhi, India.
- ✘ Dr. Marcel Vekemans, Program for International Training in Health, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel hill, united States of America.
- ✘ Dr. Edith Weisberg, Sydney Centre for Reproductive Health research, Ashfield, Australia.
- ✘ Dr. Wu Shangchun, National Research Institute for Family Planning, Beijing, People's Republic of China.

Secretaría de la OMS.

- ✘ Srta. Camaryn Chrisman, Wake Forest University School of Medicine, Winston Salem, United States of America.
- ✘ Dr. Kathryn Curtis, WHO Collaborating Center for Reproductive Health, Centers for disease Control and Prevention, Atlanta, United States of America.
- ✘ Srta. Catherine Hamill, Department of Reproductive Health and Research, world Health Organization, Geneva, Switzerland.
- ✘ Srta. Sarah Johnson, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- ✘ Sra Gloria Lamptey, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- ✘ Dr. Adepeju Olukoya, Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- ✘ Dr. Herbert Peterson, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- ✘ Dr. Linda S. Potter, Family Health Research, Princeton Junction, United States of America.
- ✘ Sr. Ward Rinehart, John Hopkins University, Center for Communications Programs, Baltimore, United States of America.
- ✘ Dr. Jennifer Smith, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France.



SALUD REPRODUCTIVA E INVESTIGACIÓN
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
1211 Ginebra, Suiza