



Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social

(21)

# GUÍA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2010



***INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL***

***UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA***

***FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS***

***CENTRO DE INVESTIGACIONES DE CIENCIAS DE LA SALUD***

***CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL***

***FUNDACIÓN IHCAI***

***COLABORACIÓN COCHRANE***

***OPS-OMS***

**GERENCIA**

**Lic. Arnoldo Adán Aval Zamora**

**SUBGERENCIA DE PRESTACIONES EN SALUD**

**Dr. Carlos Enrique Martínez Dávila**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA PAMPLONA.**

#### **GRUPO DE DESARROLLO DE LA GUIA:**

**Dr. Marco Vinicio González Moscoso**  
Médico Especialista Ginecología y Obstetricia  
Coordinador

**Licda. Ana Lucrecia Anleu Escobar**  
Jefe de Servicio Enfermería

**Dr. Mario David Cerón**  
Médico Especialista Ginecología y Obstericia

#### **REVISION POR EXPERTOS:**

**Dr. Edgar Herrarte Méndez**  
Jefe del Depto. Ginecología y Obstetricia  
Hospital de Ginecología y Obstetricia

**Dr. Anti Aguilera**  
Jefe del Depto. de Ginecología y Obstetricia  
Hospital de Escuintla

**Dr. Rolando Calderón**  
Jefe del Depto.  
Hospital Dr. JJAB

**Dr. Carlos Domínguez**  
Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia  
Hospital de Mazatenango

**Dr. Salvador Alvarado**  
Jefe de Servicio  
Hospital Dr. JJAB

**Dr. Mario Aldana**  
Médico Especialista de Ginecología y  
Obstetricia

### **COMISIÓN ELABORADORA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA FUNDAMENTADAS EN MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:**

#### **Subgerencia de Prestaciones en Salud**

**Dra. Tania Aracely Joaquín Castillo**  
Médica Supervisora      Coordinadora

**Dr. Edgar Campos Reyes**  
Médico Supervisor

**Licda. Julia Esperanza Lucero Gómez**  
Profesional en Educación

**Licda. Mónica Selman de Zepeda**  
Jefa Sección de Asistencia Farmacéutica

#### **DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES:**

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta Guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

# PRÓLOGO

La Medicina Basada en Evidencia consiste en la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

**El nivel de Evidencia clínica** es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación.

**Tabla No. 1\***  
**Niveles de evidencia:**

| NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN: |                    |   |
|---|--------------------|---|
| Grado de Recomendación                          | Nivel de Evidencia | Fuente  |
| <b>A</b>  | 1a                 | Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.  |
|   | 1b                 | Ensayo clínico aleatorio individual.  |
|   | 1c                 | Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**) |
| <b>B</b>  | 2a                 | Revisión sistemática de estudios de cohortes.   |
|   | 2b                 | Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.                          |
|   | 2c                 | Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.  |
|   | 3a                 | Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.  |
|   | 3b                 | Estudios de caso control individuales.  |
| <b>C</b>  | 4                  | Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja Calidad.                                 |
| <b>D</b>  | 5                  | Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.   |

- \* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**
- \*\* **All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

**Los grados de recomendación** son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de evidencia; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.

**Tabla No.2**

Significado de los grados de recomendación

| <b>Grado de Recomendación</b> | <b>Significado</b>  |
|-------------------------------|---|
| <b>A</b>                      | Extremadamente recomendable.  |
| <b>B</b>                      | Recomendable favorable.   |
| <b>C</b>                      | Recomendación favorable, pero no concluyente.   |
| <b>D</b>                      | Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.              |
| √                             | Indica un consejo de Buena Práctica clínica sobre el cual el Grupo de Desarrollo acuerda. |

Las **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA**, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.). En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **Nivel de Evidencia** <sup>1a</sup> (en números y letras minúsculas, sobre la base de la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto <sup>A</sup> (siempre en letras mayúsculas sobre la base de la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las Guías, desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras.

La **GUÍA DE BOLSILLO** es una parte de la guía, que resume lo más relevante de la entidad con relación a 4 aspectos: 1. La definición de la entidad, 2. Como se hace el diagnóstico, 3. Su terapéutica y 4. Las recomendaciones de buenas prácticas clínicas fundamentales, originadas de la mejor evidencia.

No se pretende con ésta guía describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como “**los elementos esenciales de las buenas guías**”, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

El grupo de trabajo ha encontrado, a lo largo del proceso de elaboración, diversas dificultades, tanto desde el punto de vista metodológico como logístico, que no permiten todavía alcanzar todos los objetivos planteados en este instrumento AGREE. Estas dificultades parecen ser comunes a diferentes grupos de

elaboración de Guías de Práctica Clínica en el mundo y afectan principalmente a los aspectos siguientes: participación activa de los pacientes, análisis de coste-efectividad, fase piloto previa a su publicación definitiva, criterios de evaluación y *auditoria*.

Por falta de información, no es sencillo hacer un análisis de costos.

El Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica intenta ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas, pero no las reemplaza. En una Guía de Práctica Clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. De ahí, la importancia del propio juicio clínico.

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado y a los profesionales que trabajan por cuenta propia, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

# INDICE DE CONTENIDOS

| TEMA   | Página |
|--|--------|
| <b>1. Guía de bolsillo</b>                             | 1-6    |
| <b>2. Introducción</b>                                 | 7      |
| 2.1. El objetivo de la guía                            | 7      |
| 2.2. Población Objetivo                                | 8      |
| 2.3. Situación en Guatemala                            | 8 -9   |
| 2.4. Legislación Guatemalteca                          | 10     |
| <b>3. Consejería Balanceada</b>                        | 12     |
| 3.1. Técnica ACCEDA                                    | 15     |
| <b>4. Métodos Modernos no Naturales o Artificiales</b> | 15     |
| 4.1. Anticonceptivos orales combinados                 | 16     |
| 4.2. Parche anticonceptivo transdermal                 | 31     |
| 4.3. Anillo vaginal                                    | 33     |
| 4.4. Anticonceptivos progestágenos                     | 35     |
| 4.5. Progestágenos inyectables                         | 35     |
| 4.6. Tabletas de progestágenos                         | 40     |
| 4.7. Implantes subdérmicos                             | 45     |
| 4.8. Dispositivos intrauterinos (DIU)                  | 46     |
| 4.9. Condón masculino o preservativo                   | 54     |
| 4.10. Condón femenino                                  | 58     |
| 4.11. Métodos quirúrgicos o permanentes                | 60     |
| 4.12. Vasectomía                                       | 61     |
| 4.13. Esterilización femenina (OTB)                    | 64     |
| <b>5. Métodos Naturales</b>                            | 65     |
| 5.1. Días fijos  | 66     |
| 5.2. Método de los dos días                            | 66     |
| 5.3. Método de la ovulación                            | 67     |
| 5.4. Método de la temperatura corporal                 | 68     |
| 5.5. Método sintotérmico                               | 68     |
| 5.6. Coito interrumpido o del retiro                   | 69     |
| 5.7. Método de la lactancia (MELA)                     | 70     |
| 5.8. Anticoncepción de emergencia                      | 73     |

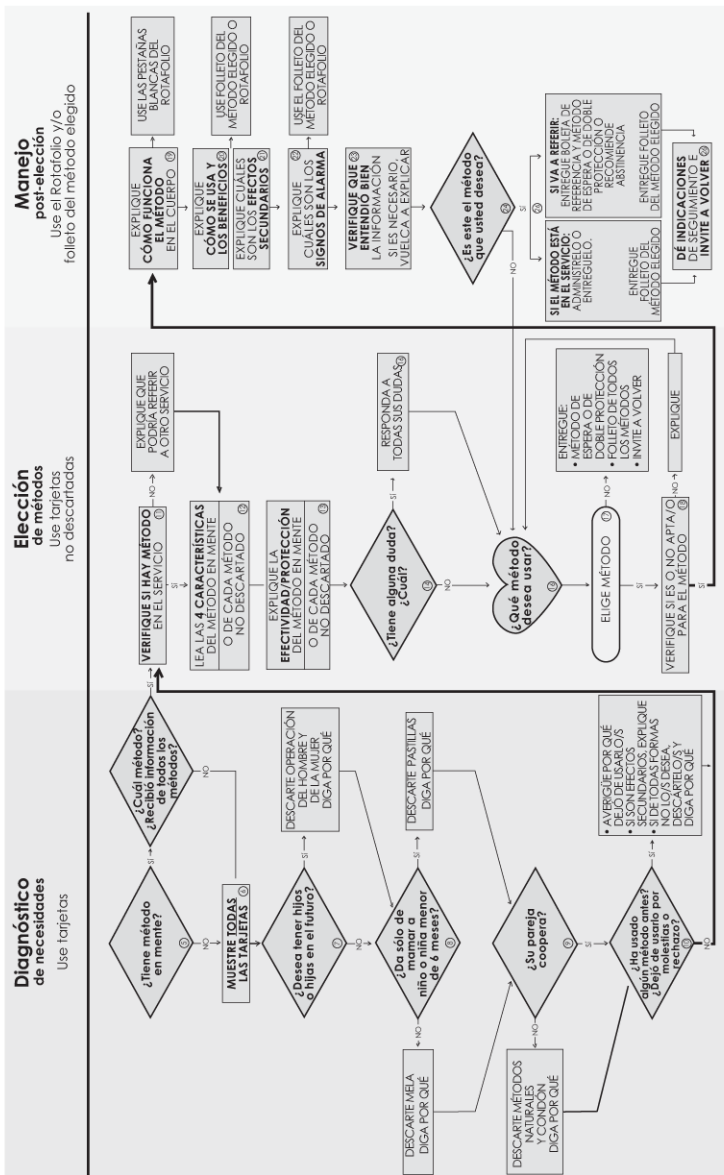


|  |    |
|--|----|
| <b>6. Información para el Uso Racional de Sistemas</b> |    |
| <b>Anticonceptivos</b>                                 | 81 |
| 6.1. Referencia al siguiente nivel de atención         | 84 |
| <b>7. Puntos clave de análisis del desempeño</b>       | 84 |
| <b>8. Anexos</b>                                       | 85 |
| I ABREVIATURAS   | 85 |
| II Tarjetas  | 86 |
| III Bibliografía                                       | 89 |
| IV Marco teórico                                       | 92 |
| V Revisión y actualización                             | 92 |
| VI Declaración de intereses                            | 93 |
| VII Otros Anexos                                       | 93 |

# GUIA DE BOLSILLO

## PLANIFICACION FAMILIAR

### MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



## MÉTODOS MODERNOS, NO NATURALES O ARTIFICIALES

### ANTICONCEPTIVOS ORALES

Aconseje a las mujeres  $\geq$  de 35 años y fumadoras activas sobre el riesgo de utilizar anticonceptivos orales combinados.

B

Aconseje a las mujeres con un IMC  $\geq$  de 30 sobre el riesgo de trombosis venosa profunda al utilizar anticonceptivos orales combinados.

Aconseje a las mujeres que utilizan medicamentos inductores de las enzimas hepáticas sobre riesgo de una menor efectividad al utilizar anticonceptivos orales combinados.

C

Recomiende doble protección por lo menos por 4 semanas después de suspender el medicamento inductor enzimático.

Tome una historia clínica completa, incluyendo detalles sobre salud sexual y reproductiva, medicamentos y estilo de vida para poder facilitar la escogencia de un método anticonceptivo adecuado.

D

No recomiende un método anticonceptivo oral combinado en aquellas mujeres consistentemente hipertensas, en especial en las de difícil control.

C

No realice exámenes de tamizaje de trombofilias de manera rutinaria antes de prescribir un anticonceptivo oral combinado.

Realice exámenes de tamizaje de trombofilias en aquellas mujeres con antecedentes familiares de trombosis venosa profunda en menores de 45 años que desean utilizar anticonceptivos orales combinados.

Refiera aquellas mujeres con resultados anormales en el tamizaje por trombofilias al especialista para su correcta evaluación. Recuerde brindar otro método anticonceptivo durante la espera.

D

Aconseje a las mujeres que los anticonceptivos orales combinados pueden disminuir el sangrado y el dolor durante la menstruación.

C

Aconseje a las mujeres que los anticonceptivos orales combinados pueden disminuir el riesgo de cáncer de ovario.

B

Aconseje a las mujeres que los anticonceptivos orales combinados pueden disminuir el riesgo de cáncer de endometrio.

Aconseje a las mujeres de que los anticonceptivos orales combinados pueden aumentar el riesgo de tromboembolismo venoso hasta 5 veces, pero que en términos absolutos este riesgo es considerablemente menor que el riesgo de tromboembolismo durante el embarazo.

Aconseje a las mujeres que los anticonceptivos orales combinados pueden aumentar ligeramente el riesgo de accidente vascular cerebral.

Aconseje a las mujeres sanas no fumadoras los anticonceptivos orales combinados no aumentan el riesgo de infarto del miocardio.

Aconseje a las mujeres, con o sin antecedentes familiares, que los anticonceptivos orales combinados pueden aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de mama.

Aconseje a las mujeres que el uso de los anticonceptivos orales combinados por  $\leq 5$  años no aumenta el riesgo de cáncer de cérvix, pero si aumenta después de 5 años.

Aconseje a las mujeres que el uso de los anticonceptivos orales combinados no ha demostrado una relación con el aumento de peso.

Aconseje a las mujeres que el uso de anticonceptivos orales combinados puede prevenir un embarazo en un 99 %, si es usado correctamente.

Recomiende la cesación del fumar.

### **PROGESTÁGENOS INYECTABLES E IMPLANTES SUBDÉRMICOS.**

Debe asignarse al menos una visita de seguimiento para evaluar el patrón de sangrado y el grado de satisfacción con el método; en cada oportunidad debe comentarse sobre la necesidad de utilizar el condón para prevenir enfermedades de transmisión sexual y el VIH / SIDA.

Considere los métodos anticonceptivos de progestágenos en las mujeres post-parto, independientemente de si dan de mamar o no. Estos deben ser iniciados 6 semanas después del parto.

Aconseje sobre factores dietéticos y de estilo de vida que afectan el pico de masa ósea como el fumar, ejercicio y consumo de calcio a todas aquellas mujeres jóvenes que utilizan AMDPD.

## DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Los profesionales de la salud deben estar familiarizados con el uso de los dispositivos intrauterinos.

D

Después de aconsejar sobre su correcto uso, los DIU son un método anticonceptivo seguro para la mayoría de las mujeres.

C

Después de aconsejar sobre su correcto uso, las mujeres con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), pueden utilizar un DIU cuando con seguridad, estén libres de esa enfermedad.

D

Después de aconsejar sobre su correcto uso, los DIU son un método anticonceptivo seguro para la mayoría de las mujeres.

C

Después de aconsejar sobre su correcto uso, los DIU pueden ser aconsejados para las mujeres HIV+, cuando con seguridad estén libres de EPI.

No se ha encontrado que algún medicamento afecte la efectividad de los DIU.

Realice un examen pélvico bimanual antes de colocar un DIU.

Investigue por historia y examen físico, la posibilidad de una enfermedad de transmisión sexual antes de colocar un DIU.

Realice un PAP anualmente

Investigue la frecuencia cardiaca antes y después de colocar un DIU.

No prescriba antibióticos de manera rutinaria al colocar un DIU.

A

Informe a las mujeres que el mecanismo de acción primario de los DIU es la prevención de la fecundación.

C

Informe a la mujer que la razón de fallo de un DIU es alrededor de un 1 %.

B

Los DIU con  $\geq 300 \text{ mm}^2$  deben ser preferidos ya que presentan una menor razón de fallo.

A

Informe a la mujer sobre el pequeño aumento del riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria durante los primeros 20 días posteriores a la colocación del DIU.

B

Informe a la mujer sobre los síntomas de una infección pélvica y la necesidad de buscar ayuda médica en estos casos, en particular durante las primeras 3-4 semanas posterior a la colocación del DIU-T Cu 380 A

A

## **MÉTODOS NATURALES**

**Recomiende los siguientes parámetros para el éxito de los métodos naturales para evitar los embarazos:**

C

- La mujer debe identificar los días realmente fértiles.
- La pareja debe ser hábil en identificar correctamente la fase fértil y seguir las normas del método que están usando.
- La Motivación en la pareja es importante, para seguir usando el método indefinidamente y
- Una Instrucción y seguimientos correctos y completos.

## **EL MÉTODO DE DIAS FIJOS**

**No recomiende el uso de este método en aquellos usuarios en el que no se puedan tomar decisiones como pareja sobre los días de abstinencia.**

B

**Este método es recomendable en las mujeres que tienen conocimiento del ciclo menstrual y presentan ciclos regulares de 26 y 32 días.**

## **EL MÉTODO DE LA OVULACIÓN**

**No se recomienda este método a pacientes que presentan leucorrea.**

C

## **COITO INTERRUPTO O MÉTODO DEL RETIRO**

**No recomiende este método en aquellas pacientes que tienen un riesgo elevado de morbi-mortalidad materna.**

C

**Recomiende este método en aquellos usuarios que no tengan más de una pareja sexual, con el fin de prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH.**

**No recomiende este método en parejas que tengan problemas de la sexualidad en la pareja, ya que puede causar frustración, tampoco recomiende este método en aquellas parejas cuyo varón padezca de eyaculación precoz.**

## **MÉTODO DE LA LACTANCIA (MELA)**

**Recomiende este método en aquellas pacientes que deseen reafirmar el vínculo madre-hijo y favorecer la disponibilidad de**

B

la lactancia materna. Recomiende este método en las usuarias que deseen planificar después del parto, el cuál no interfiera con las relaciones sexuales, no tenga costos directos, efectos secundarios y se quiera tener el beneficio extra de reducir la hemorragia post parto.

#### **ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA**

Recomiende, en casos específicos, la terapia de anticoncepción de emergencia como un método anticonceptivo oral no abortivo.

**B**

Recomiende y prescriba terapia de anticoncepción de emergencia a las mujeres que deseen prevenir un posible embarazo y han tenido un coito sin protección en los anteriores 5 días inclusive.

**D**

Inicie la terapia de anticoncepción de emergencia tan pronto sea posible después del coito sin protección.

**C**

Evalué la posibilidad de embarazo en aquellas mujeres que no presentan su menstruación en los 21 días siguientes a la terapia de anticoncepción de emergencia.

**A**

Discuta la anticoncepción de emergencia con las pacientes de manera que sepan como utilizarse en caso de ser necesario.

**D**

Es recomendable una visita de seguimiento para revisar el uso de la terapia, grado de satisfacción. Si esta indicado puede realizarse un examen ginecológico.

## **2. INTRODUCCIÓN**

Vivimos en una era con diferentes preferencias sobre el control de la fertilidad, tamaño familiar, momento de establecer una familia y diferentes ocupaciones. Las consecuencias de una actividad sexual sin protección se han incrementado significativamente. La población guatemalteca y sus proveedores de salud están por tanto inmersos en una serie de decisiones sobre el control de la fertilidad que fundamentalmente influenciarán la vida de sus pacientes, de la sociedad y su futuro. Las decisiones sobre planificación familiar son afectadas e influenciadas por la salud emocional, actitudes sexuales, comportamiento, sexo, equidad, el tipo de relación y el respeto entre mujeres y hombres. Estas decisiones de hoy pueden no solo estructurar la familia de la población futura, pero también la salud, el tamaño del grupo familiar, las responsabilidades y oportunidades sociales y por tanto la calidad de vida de los guatemaltecos.

Los profesionales de la salud pueden contribuir al valor de las decisiones de planificación familiar, aconsejar activamente, proveer información precisa, ser parte de una relación profesional de mutuo respeto, confianza y buena comunicación que pueden garantizar la toma de decisiones informadas.

La salud sexual de los guatemaltecos comprende el establecer relaciones satisfactorias libres de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, violencia y coerción. Los riesgos personales de cada uno de nuestros pacientes deben ser tomados en cuenta.

### **2.1. OBJETIVO DE LA GUIA**

- 2.1.1.** Esta guía pretende realizar recomendaciones para la terapia anticonceptiva dentro de nuestro sistema nacional de salud , y de esta manera apoyar el enfoque de la Reforma del Sector Salud con la readecuación del mismo.
- 2.1.2.** Que a través de la orientación que el personal de salud otorgue al usuario, este sea capaz de elegir libremente según medicina basada en evidencia la opción que él considere más adecuada.



## **2.2. POBLACIÓN OBJETIVO**

Todos los afiliados y beneficiarios mujeres y hombres al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que deseen planificar el número de miembros de su familia.

Usuarios:

Personal involucrado en proveer servicios de salud reproductiva de todas las unidades a nivel nacional del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y todas las personas afiliadas y beneficiarias que demanden dicho servicio.

## **2.3. SITUACIÓN EN GUATEMALA**

Dentro del contexto guatemalteco, según la encuesta nacional de salud materna (ensmi) 2008-2009 revela que la planificación familiar en mujeres de 15-49 (edad fértil) subió de 43% a 54.1%; la realización de métodos modernos de anticoncepción paso de 34% a 44.1%; en mujeres indígenas el uso del anticonceptivo aumento de 23.8% a 40.2%.

Para las mujeres que estaban usando anticonceptivos el principal proveedor era el Ministerio de Salud (37 %) seguido del sector privado (26 %) incluyendo farmacias, APROFAM , (12 %) y en el IGSS (8.8%). Aproximadamente un tercio de las mujeres que no se encontraban usando anticoncepción manifestaron en el momento de la encuesta, que deseaban utilizar algún método; un 43 % sabía donde obtener el método anticonceptivo. La principal razón para no usar anticonceptivos dada por las mujeres del departamento de Guatemala y entre las ladinas del interior fue estar embarazada o desear otro embarazo. Entre las mujeres indígenas la principal razón, mencionada por más de un tercio, fue la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos.

La Dinámica de la Anticoncepción en Guatemala: 1978–1998, ha cambiado reflejando los siguientes datos:

|  |  |
|--|--|
| Población al final del año 2001                                    | 13 millones  |
| Promedio de edad a la fecha del 1er matrimonio, población femenina | 19 años  |
| Partos atendidos por personal calificado                           | 41 %   |
| Índice de fertilidad total, (promedio de hijos por mujer)          | 4.8  |
| Mujeres dando a luz antes de los 20 años                           | 45 %   |
| Infantes alimentados sólo con leche materna hasta 6 meses          | 46 %   |
| Uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas de 15 y 49 años  | 31 %   |
| Política de aborto 2000  | Lo prohíbe. Permitido únicamente para salvar la vida de la mujer |

### **GUATEMALA EN CIFRAS:**

FUENTE: Population Reference Bureau – 2002 Women of Our World; 2001 World Population Data Sheet; The World Youth, 2000; y 1999 Breastfeeding Patterns in the Developing World (see <http://www.worldpop.org/datafinder.htm>).

## 2.4. LEGISLACIÓN GUATEMALTECA

### Constitución de la República de Guatemala.

Dentro de la legislación Guatemalteca se contempla el derecho a la vida y la libertad de escoger el número de hijos que desea tener, según sus creencias y preferencias.

**Artículo 3º.** - Derecho a la vida. El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.

**Artículo 4º.** - Libertad e igualdad. En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades. Ninguna persona puede ser sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad. Los seres humanos deben guardar conducta fraternal entre sí.

### Guatemala, agosto de 2002.

Ley de Desarrollo Social Decreto No. 42-2001 Congreso de la República de Guatemala, octubre de 2001.

**Artículo 4.** Equidad. En el marco de la multiculturalidad que caracteriza a la Nación guatemalteca, la equidad de género, entendida como la igualdad de derechos para hombres y mujeres, la paternidad y maternidad saludable, son principios básicos y deben ser promocionados por el estado.

**Artículo 5.** Libertad. Toda persona tiene derecho para decidir libre, responsable y conscientemente sobre su participación en el desarrollo social del país, sobre su vacación laboral, sobre su participación cívica y social y sobre su vida familiar y reproductiva. Para ejercer esta libertad tiene derecho a recibir información oportuna, veraz y completa.

**Artículo 15.** Paternidad y Maternidad responsable. La Política de Desarrollo Social y Población considerará, promoverá e impulsará planes, programas y acciones para garantizar el ejercicio libre y pleno de la paternidad y maternidad responsable, entendidas éstas como el derecho básico e inalienable de las personas a decidir libremente y de manera informada veraz y ética, el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, el momento para tenerlos, así como el deber de los padres y madres en la educación y atención adecuada de las necesidades para su desarrollo integral; para tal efecto, el Estado fortalecerá la salud pública, la asistencia social y la educación gratuita.

**Artículo 25.** Salud reproductiva. Para propósitos de la presente Ley, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de la vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.

**Artículo 26.** Programa de Salud Reproductiva. El artículo anterior con todos sus numerales.

**Acuerdo Número 1165 de Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, septiembre del 2005.**

En este acuerdo se incorpora la Salud Reproductiva como parte de los servicios que se brinda tanto a afiliadas como beneficiarias en la asistencia por Maternidad.

**La ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y Decreto 87-2005, publicado en el diario de Centro América en abril de 2006.**

En donde se integra y se garantiza entre otros aspectos la provisión de métodos modernos para la planificación familiar.

**RECOMENDACIONES GENERALES**

**Se debe a conocer los diferentes métodos de anticoncepción que la institución proporciona a través de un video y otros materiales educativos informativos que se presente a las pacientes e idealmente a las parejas durante su primera consulta y antes de cumplir ocho meses de gestación. En donde se dará consejería y resolución de dudas de forma grupal.**



**Debe darse consejería Post parto y Post aborto sobre planificación familiar a toda paciente que lo desee, por parte del personal de Trabajo Social y/o el resto del equipo multidisciplinario.**



**Se debe dar planificación familiar a todo afiliado(a) y/o beneficiaria que lo solicite independientemente de su estado gestante o no.**



### **3. CONSEJERÍA BALANCEADA**

La Consejería Balanceada aumenta la calidad de la atención y el conocimiento de las mujeres sobre anticonceptivos.

La Estrategia de Consejería Balanceada, apoyada con tarjetas y folletos, consiste en diagnosticar las necesidades de planificación familiar de la usuaria para que ella elija el método que considere más conveniente. Primero se le muestran, mediante las tarjetas, los distintos métodos de entre los cuales ella y el proveedor descartan los que no se adaptan a su caso; en seguida, se le proporciona información sobre cuatro atributos por cada método que no hubiera descartado; finalmente, se concentra el resto de la sesión en la inspección detallada de un folleto que contiene amplia información sobre el método elegido por la usuaria.

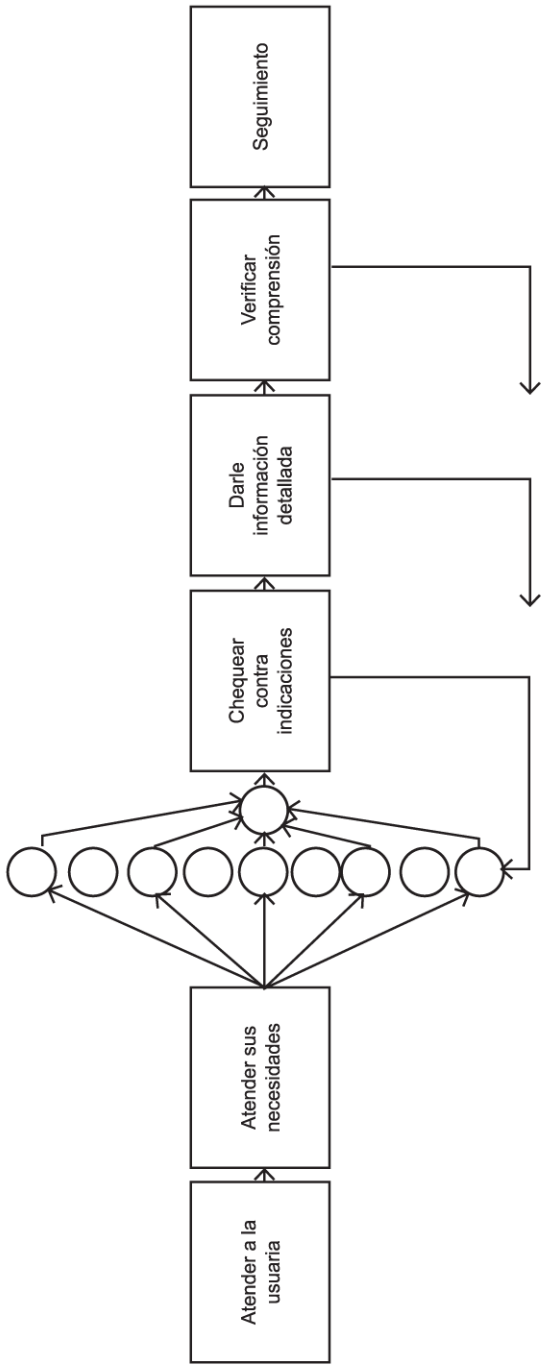
La Estrategia fue probada en un estudio que incluyó la capacitación de 278 proveedores de centros de salud y 75 coordinadores de planificación familiar del Ministerio de Salud del Perú. Como unidades de análisis (N = 24) se utilizaron direcciones de salud, apareadas y asignadas aleatoriamente a condiciones de tratamiento y control.

Los indicadores mostraron resultados estadísticamente significativos en la calidad de atención del proveedor que mejoraron más cuando la usuaria elegía el DIU o métodos hormonales, que cuando lo hacía con los de barrera o naturales. Para mejorar los conocimientos de la usuaria sobre el método elegido, se requirieron alrededor de tres unidades estándar de mejora en la calidad de atención. La mayoría de los logros recayeron en poco más de un tercio de los proveedores en el grupo de tratamiento (37 %) que utilizó tanto las tarjetas como el folleto en la interacción con la usuaria e invirtió 20'18" por consulta (versus 13'18" del grupo de control). La capacitación del proveedor debe continuarse institucionalmente para ampliar la aceptación de la estrategia y beneficiar a mayor número de usuarias.

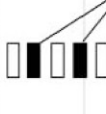
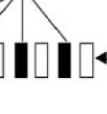


**POST ELECCIÓN**

**ELECCIÓN**

**PRE ELECCIÓN**



## Estrategia eficiente de consejería/consulta de planificación

| Paso 1  | Paso 2  | Paso 3   | Responda a sus necesidades   |  |  | Paso 4   | Paso 5  |
|---|---|--|--|--|--|--|---|
| Reciba amablemente a la (el) usuario              | Determine cuáles son sus necesidades de planificación familiar                                | 3a<br>Complemente su información sobre los métodos apropiados para su condición (use tarjetas) | 3b<br>Deje que la (el) usuario escoja el método                                    | 3c<br>Verifique que no tenga indicaciones para el método elegido                   | 3d<br>Instrúyala (lo) sobre forma de uso, efectos secundarios, signos de alarma del método (use folleto) | Verifique la comprensión (use folleto)                       | Programa el seguimiento de la (el) usuario                |
| Sea respetuoso y cordial durante toda la consulta | Pregunte por sus intenciones reproductivas, actitud de pareja, experiencia pasada con métodos | No recargue la información   | Responda a sus inquietudes   | Si las tiene que escoja otro   | Si la usuaria se desanima, puede escoger otro método   | Asegúrese que la (el) usuario comprendió toda la información | Fije una cita: haga uso de la tarjeta de seguimiento      |
| Asegúrele privacidad y confidencialidad           | Descarte métodos (use tarjetas)   |              |  |  |                       | Pídale que repita como va a usar el método                   | Asegúrese que puede seguir contando con la ayuda de usted |

## **Preguntas claves para el paso 2**

- Edad
- Fecha de última regla
- Si da de lactar
- Actitud de su pareja hacia la planificación familiar
- Si quiere tener hijos y cuando
- Por cuánto tiempo necesita cuidarse
- Uso previo de métodos
- Razones de abandono
- Uso actual del método
- Problemas con el método

### **3.1. TÉCNICA ACCEDA**

Cuando se da conserjería a una persona o una pareja, existen varios pasos que son fáciles de recordar usando el anagrama **ACCEDA** en el que cada letra nos recuerda un paso:

- A:** Atender al usuario con amabilidad.
- C:** Consultar o evaluar con el usuario las necesidades anticonceptivas que tenga.
- C:** Comunicarle cuáles métodos anticonceptivos se encuentran disponibles en el medio.
- E:** Encaminar en el método que ha elegido.
- D:** Demostrarle como usar el método elegido.
- A:** Acordar la fecha de próxima visita.

## **4. MÉTODOS MODERNOS, NO NATURALES O ARTIFICIALES**

Son los métodos en los cuales se utilizan algún tipo de compuesto hormonal natural o sintético, asociado o no, a aparatos que se pueden implantar en el cuerpo de la mujer de carácter temporal y reversible. Así mismo se incluyen en este grupo aquellos destinados a bloquear la fertilidad por métodos quirúrgicos considerándose estos últimos de carácter permanentes no reversibles.

### **4.1. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

El término anticonceptivos hormonales, se refiere al método anticonceptivo que contiene estrógenos y/o progestágenos. Existen diferentes tipos incluyendo las tabletas anticonceptivas, parches transdérmicos, anillos vaginales, inyectables, implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos.



#### 4.1.1. TABLETAS ANTICONCEPTIVAS

Las tabletas anticonceptivas combinadas fueron introducidas por primera vez en 1960, desde entonces han sufrido una serie de modificaciones y han sido utilizadas por millones de mujeres en el mundo entero.

Las diferentes formulaciones pueden ser monofásicas (cada tableta contiene una dosis fija de estrógeno y progestágeno); bifásicas (cada tableta contiene una dosis fija de estrógeno y la dosis de progestágeno se incrementa en la segunda mitad del ciclo); o trifásicas (la cantidad de estrógeno puede ser fija o variable y la cantidad de progestágeno se incrementa en 3 fases iguales). Las formulaciones bifásicas y trifásicas fueron originalmente desarrolladas con la intención de disminuir el contenido total de esteroide en la combinación.

Dos tipos de estrógeno son utilizados en los anticonceptivos orales, etinil estradiol y mestranol. El mestranol es una pro-droga que se convierte in vivo al etinil estradiol.

Diferentes tipos de progestágenos y diferentes grados de potencia han sido utilizados en las tabletas anticonceptivas combinadas. Las diferentes potencias han sido formuladas a través de modelos experimentales, incluyendo los ensayos sobre el peso uterino de la actividad estrogénica en ratones, la demostración de vacuolas de glucógeno en el endometrio humano por actividad progestacional y los ensayos de análisis ventrales prostáticos en ratones por actividad androgénica. Sin embargo, no se ha encontrado evidencia clínica clara o epidemiológica que compare las diferentes potencias que presentan las tabletas anticonceptivas. Existen muchas variables diferentes (dosis, biodisponibilidad, unión a proteínas, afinidad al receptor y variabilidad individual) que hacen extremadamente difícil extrapolar la información de experimentos aislados para proveer con información clínicamente relevante en los seres humanos.

Los progestágenos pueden ser clasificados de acuerdo a su estructura química como estranos (noretindrona, etinodiol diacetato) o como gonanos (levonorgestrel, desogestrel, norgestimato). En general, los progestágenos gonanos parecen ser más potentes que los derivados de los estranos por otro lado las diferencias entre estos dos tipos de progestanos son difíciles de caracterizar. Los progestágenos también han sido caracterizados de acuerdo a su desarrollo (primera, segunda o tercera generación), pero estas definiciones no son aceptadas universalmente.

Cuando estos progestágenos son administrados en combinación con etinil estradiol, producen un efecto totalmente estrógeno dominante, el cual puede parcialmente explicar el efecto observado en las proteínas hepáticas (más altos niveles de hormonas sexuales afines a globulina), metabolismo lipídico (mayor nivel de triglicéridos y Colesterol) y variables hemostáticas (mayores niveles de fibrinógeno, plasminógeno y factor VII).

### **Eficacia**

Los anticonceptivos orales combinados son un método efectivo y reversible de prevención del embarazo. Con un uso perfecto, son 99,9 % efectivos. Sin embargo el rango de error típico del usuario es de 3-8 % (efectividad 92-97 %).

Uno de los mayores limitantes de la efectividad del método es una pobre adherencia. Algunos estudios han mostrado que entre un 53 – 59 % de mujeres reportan nunca omitir una de las tabletas. De acuerdo con los dispositivos electrónicos, un 30 % de las mujeres omiten 3 tabletas en el primer ciclo de anticonceptivos orales combinados. Otros estudios reportan un 47 % (= 1 tableta) y un 22 % (= 2 tabletas) de mujeres que omiten tabletas por ciclo.

El efecto que el peso corporal pueda ejercer sobre la eficacia de las tabletas anticonceptivas es controversial. Algunos estudios han encontrado que las mujeres que pesan 70.5 Kg. presentan un riesgo significativo mayor de falla del método en comparación con mujeres de menor peso. El riesgo relativo de falla es de 2,6 en las que utilizan anticonceptivos orales de “baja dosis” en comparación con 4.5 en las que utilizan “muy bajas dosis”. Sin embargo, no se ha logrado establecer una relación entre el riesgo de embarazo accidental y el peso corporal en las usuarias de tabletas anticonceptivas combinadas.

### **Mecanismo de Acción**

Los estrógenos combinados presentan diferentes mecanismos de acción, que combinados pueden contribuir a su alta eficacia. Su principal mecanismo de acción es la supresión de la secreción de gonadotropinas, de esta manera inhibiendo la ovulación. Algunos otros mecanismos son:

Desarrollo de atrofia endometrial, haciendo el endometrio no apto para la implantación.

Producción de moco endometrial viscoso que dificulta el transporte del espermia; posible efecto en la secreción y peristalsis en las Trompas de Falopio, lo que interfiere con el transporte del óvulo y el espermia.

## **Indicaciones**

Si no existen contraindicaciones, el uso de anticonceptivos orales combinados debe ser considerado en cualquier mujer que desee un método anticonceptivo confiable, reversible e independiente del coito. Es particularmente adecuado en aquellas mujeres que desean aprovechar las ventajas no anticonceptivas que pueden proveer. El uso del condón debe ser recomendado para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH.

## **Contraindicaciones**

La OMS ha desarrollado una lista de contraindicaciones absolutas y relativas para el uso de los anticonceptivos orales combinados, basándose en la evidencia disponible sobre los riesgos.

### **Contraindicaciones absolutas**

- Embarazo
- Más de 6 semanas de post-parto si da lactancia materna.
- Fumadora Mayor 35 años (mayor de 15 cigarrillos diarios).
- Hipertensión (sistólica mayor 160 o diastólica = 100 mm Hg).
- Historia de tromboembolismo venoso.
- Enfermedad isquémica cardíaca.
- Historia de enfermedad cerebrovascular.
- Enfermedad cardíaca valvular complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación atrial, historia de endocarditis subaguda).
- Migraña con síntomas neurológicos focales.
- Cáncer de mama actual.
- Diabetes mellitus con retinopatía/nefropatía/neuropatía.
- Cirrosis severa.
- Tumor hepático (adenoma o hepatoma). Hirsutismo.
- Hemorragia vaginal de causa desconocida

### **Efectos adversos**

Algunas personas pueden experimentar efectos adversos menores, con mayor frecuencia durante los 3 primeros ciclos. Estos efectos adversos pueden llevar a discontinuar el uso de anticonceptivos orales combinados. La discusión y consejo adecuado sobre los efectos adversos esperados pueden ayudar a prevenir el abandono de la terapia. Las razones más comunes de abandono son el sangrado menstrual anormal, náuseas, aumento de peso, cambios de humor, sensibilidad mamaria y cefalea.

### **Sangrado irregular**

El sangrado irregular ocurre en un 10-30 % de las mujeres durante el 1 mes de terapia. La incidencia actual de sangrado o manchado

es difícil de saber debido a las diferentes maneras en que se reporta en los estudios científicos, sin embargo parece ser que estos síntomas disminuyen con el tiempo. No se ha encontrado evidencia que compare adecuadamente todas las diferentes preparaciones. La presencia de amenorrea se ha reportado en alrededor de un 2-3 % de los ciclos.

### **Sensibilidad mamaria y náuseas**

Estos síntomas pueden aparecer, pero generalmente disminuyen con el tiempo. Ocurren con menor frecuencia en las mujeres que utilizan combinaciones con menor cantidad de estrógeno.

### **Ganancia de peso**

Aunque se ha considerado que la ganancia de peso es un efecto adverso de la terapia anticonceptiva combinada; los estudios controlados con placebo no han logrado demostrar una asociación entre las tabletas de baja dosis y el aumento de peso. Los estudios que han comparado la terapia anticonceptiva oral combinada con otros tipos de terapias, no han logrado demostrar algún aumento de peso significativo.

### **Cambios de humor**

Aunque se han reportado casos de cambios de humor durante la terapia anticonceptiva, los estudios controlados con placebo no han logrado demostrar un aumento significativo del riesgo de cambio de humor.

### **Riesgos**

#### **Trombo embolismo venoso**

Se ha encontrado un aumento de 3-4 veces más eventos de tromboembolismo venoso en las pacientes que utilizan la terapia en comparación con las que no la utilizan. El riesgo absoluto de tromboembolismo venoso (TEV) en las pacientes que utilizan la terapia es de 1-1,5/10 000 usuarias por año de uso. El riesgo durante el primer año parece ser mayor que para los años subsecuentes.

#### **Infarto del Miocardio**

Las mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados que contienen más de 50 mcg de etinil estradiol, presentan un aumento de 3 veces más eventos de infarto al miocardio. Sin embargo, un número considerable de estudios recientes no han logrado demostrar una mayor incidencia con aquellas preparaciones de menos de 50 mcg de etinil estradiol sin importar la edad.

### **Accidente vascular cerebral**

Se ha observado un aumento del riesgo de evento vascular cerebral (EVC) en las mujeres que utilizan más de 50 mcg de etinil estradiol. Aunque algunos estudios de anticonceptivos orales de baja dosis no reportan un aumento en el riesgo, otros estudios reportan un incremento del 2 %. El fumar y la hipertensión siguen siendo dos de los mayores factores de riesgo para el EVC, de manera que las usuarias hipertensas tienen un mayor riesgo de EVC que aquellas sin hipertensión. Un meta-análisis publicado en el 2000 reportó un odds ratio (OR) de 1,93 (IC 95 % 1,35-2,74) para las preparaciones actuales en estudios que controlaron el análisis por fumado e hipertensión.

### **Enfermedad de la vesícula biliar**

El uso de anticonceptivos orales combinados aumento la secreción del ácido cólico en la bilis, lo que puede producir una mayor incidencia de litiasis biliar. Sin embargo, no aparenta existir una mayor incidencia de litiasis biliar en las usuarias de anticonceptivos orales combinados.

### **Cáncer de mama**

A pesar de la gran cantidad de estudios que han abordado el tema del cáncer de mama en las usuarias de terapia anticonceptiva oral combinada, todavía permanece controversial. Un estudio reciente con más de 9 mil pacientes entre 35 y 64 años de edad, no logró demostrar una asociación significativa entre el uso de anticonceptivos orales combinados y cáncer de mama. El riesgo relativo (RR) en las mujeres que utilizan la terapia fue de RR 1 (IC 95 % 0,8 - 1,3) y en las que la había utilizado fue de RR 0.9 (IC 95 % 0,8 - 1,0). El riesgo no aumento con periodos más largos de uso, diferentes dosis de estrógenos o diferentes progestágenos. El riesgo de cáncer de mama tampoco se vio incrementado en las mujeres con historia familiar de cáncer de mama o en aquellas que iniciaron la terapia a una edad temprana.

Sin embargo es posible que aquellas mujeres que utilizan este método y son portadoras del gen BRCA1 o las mutaciones BRCA2 tengan un mayor riesgo de cáncer de mama.

### **Cáncer de Cérvix**

A pesar de que se conoce que el Virus del Papiloma Humano (VPH) está relacionado con el cáncer de cérvix, muchos estudios no toman esto en cuenta cuando estudian el riesgo de cáncer de cérvix en las usuarias de la terapia anticonceptiva oral. Algunos estudios sugieren que la terapia por largo tiempo puede incrementar

el riesgo de cáncer de cérvix en aquellas mujeres positivas por el VPH pero no en aquellas que son negativas.

Una revisión sistemática de estudios de mujeres con cáncer de cérvix encontró que el aumento de la duración de la terapia anticonceptiva oral combinada se relaciona con un aumento del riesgo de cáncer de cérvix. Los datos aunque con problemas, sugieren que el riesgo de cáncer de cérvix puede disminuir después de suspender la terapia. Sin embargo, la infección por el VPH, uno de los mayores determinantes del riesgo de cáncer de cérvix, esta relacionada con la historia sexual y esta puede ser diferente entre las mujeres que utilizan la terapia anticonceptiva oral y las que no la utilizan. Un estudio de largo seguimiento, publicado en el 2002 mostró que, en una población bien definida de mujeres positivas por VPH y seguidas por 10 años, la terapia anticonceptiva oral combinada no aumentó el riesgo de cáncer de cérvix. El papel específico que juega la terapia anticonceptiva en el riesgo de cáncer de cérvix permanece poco claro.

### **Anticonceptivos orales bifásicos versus monofásicos para el control de la natalidad fueron ampliamente estudiados por Van Vliet HAAM, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF**

#### **Antecedentes**

Los efectos secundarios causados por los anticonceptivos orales desaniman el cumplimiento y la continuación del tratamiento con los mismos. Se han utilizado tres enfoques para disminuir estos efectos adversos: reducción de la dosis de esteroides, desarrollo de nuevos esteroides, y nuevas fórmulas y programas de administración. La tercera estrategia dio lugar a la píldora contraceptiva oral bifásica.

#### **Objetivos**

Comparar los anticonceptivos orales bifásicos con los anticonceptivos orales monofásicos en términos de eficacia, control del ciclo y discontinuación debido a efectos secundarios. Las hipótesis a priori eran: (a) los anticonceptivos orales bifásicos son menos efectivos para prevenir el embarazo en comparación con los anticonceptivos orales monofásicos; (b) los anticonceptivos orales bifásicos causan más efectos secundarios, dan el control de ciclos más deficiente y tienen tasas de continuación más bajas.

#### **Estrategia de búsqueda**

Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas MEDLINE, EMBASE, POPLINE, LILACS y CENTRAL. Además, se hicieron búsquedas en las listas de referencias de todos los

artículos potencialmente relevantes y capítulos de libros. También se estableció contacto con autores de estudios relevantes y compañías farmacéuticas en Europa y en EE.UU.

### **Criterios de selección**

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios que compararon cualquier anticonceptivo oral bifásico con cualquier anticonceptivo oral monofásico en aquellos casos donde se utilizaron para prevenir el embarazo.

### **Recopilación y análisis de datos**

Se examinaron los estudios encontrados durante las diversas búsquedas bibliográficas para su posible inclusión; se evaluó la metodología de dichos estudios mediante las directivas Cochrane. Se estableció contacto con los autores de todos los estudios incluidos y de los estudios posiblemente aleatorios para obtener información adicional acerca de los métodos y los resultados de los mismos. Los datos se introdujeron en RevMan, y se calcularon los odds-ratios de Peto para la incidencia de hemorragia intermenstrual, ausencia de sangrado por privación e interrupción del estudio debido a hemorragia intermenstrual.

### **Resultados principales**

1c

Sólo un ensayo de calidad limitada comparó una preparación bifásica y monofásica. Percival-Smith 1990 examinaron 533 ciclos de usuarias de una píldora bifásica (500 µcg de noretindrona/35 µcg de etinilestradiol durante 10 días, seguidos de 1000 µcg de noretindrona/35 µcg de etinilestradiol durante 11 días; Ortho 10/11) y 481 ciclos de usuarias de una píldora anticonceptiva monofásica (1500 µcg de acetato de noretindrona/30 µcg de etinilestradiol diariamente; Loestrin). El estudio no encontró diferencias significativas entre las píldoras contraceptivas orales bifásicas y las monofásicas en lo que respecta a hemorragia intermenstrual, amenorrea y discontinuación del estudio debido a hemorragia intermenstrual.

Al comparar anticonceptivos monofásicos vrs bifásicos las conclusiones están limitadas por la identificación de solamente un ensayo, las deficiencias metodológicas de dicho ensayo y la ausencia de datos sobre embarazos accidentales. Sin embargo, el ensayo no encontró diferencias importantes en los patrones de hemorragia entre las preparaciones bifásicas y monofásicas estudiadas. Debido a que no existe una base racional clara para el uso de píldoras bifásicas y a que se dispone de numerosas pruebas a favor de las píldoras monofásicas, nosotros recomendamos el uso de estas últimas.

### Mitos y Realidades

Existen numerosos mitos sobre la terapia anticonceptiva oral combinada, los siguientes son algunos ejemplos:

**Mito:** los anticonceptivos orales combinados son abortivos.

**Realidad:** las tabletas no poseen efecto alguno en un embarazo establecido; actúan antes de la implantación y por tanto no son abortivas.

**Mito:** los anticonceptivos orales combinados causan cáncer.

**Realidad** la terapia reduce el riesgo de cáncer de ovario y cáncer endometrial, probablemente cáncer colo-rectal y la relación con el cáncer de mama no ha sido completamente establecida, sin embargo parece no producir un cambio pequeño en el riesgo.

**Mito:** las mujeres que toman anticoncepción oral combinada deben suspenderlas periódicamente.

**Realidad:** Esto no es necesario. Estos “descansos” periódicos producen embarazos no deseados e irregularidades menstruales.

**Mito:** los anticonceptivos orales combinados afectan la fertilidad en el futuro.

**Realidad:** la fertilidad vuelve a su normalidad en no más 1 a 3 meses después de suspender la terapia.

**Mito:** los anticonceptivos orales combinados producen defectos congénitos si son tomados al principio del embarazo.

**Realidad:** No se ha encontrado evidencia alguna que muestre que los anticonceptivos orales combinados causen defectos congénitos si se toman al principio del embarazo.

**Mito:** los anticonceptivos orales deben ser suspendidos en todas las mujeres después de los 35 años.

**Realidad** las mujeres sanas, no fumadoras, pueden continuar con la terapia hasta la menopausia.

**Mito:** los anticonceptivos orales combinados causan acné.

**Realidad:** la severidad del acné mejora en las mujeres que toman anticonceptivos.

**Mito:** los anticonceptivos orales protegen contra las Infecciones



de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH / SIDA.

**Realidad:** los anticonceptivos orales no protegen a la mujer de las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo el VIH / SIDA.

**Mito:** brindar información sobre anticoncepción promueve o incentiva las relaciones sexuales entre adolescentes.

**Realidad:** diversos estudios han demostrado que los adolescentes no son más propensos a tener relaciones sexuales luego que conocen sobre la anticoncepción.

**Mito:** las mujeres quedan embarazadas debido a conductas sexuales irresponsables, por lo que deben asumir las consecuencias.

**Realidad** en general, la procreación no puede ser realizada por un ser humano en solitario. Muchas veces las mujeres no tienen información acerca de cómo prevenir los embarazos no deseados, no tienen acceso a métodos anticonceptivos, no tienen la posibilidad de negociar el uso de un método por situaciones de violencia o simplemente el método falló.

## Evaluación del paciente

Antes de prescribir anticonceptivos orales, debe tomarse una adecuada historia clínica, incluyendo posibles contraindicaciones, historia de fumar y medicamentos.

El examen físico debe incluir la toma de la presión arterial; el examen ginecológico aunque muy importante en la consulta gineco-obstétrica, no es mandatorio antes de prescribir anticonceptivos orales y puede ser retrasado hasta el final de la consulta, lo cual es de particular importancia en las adolescentes.

No es necesario realizar exámenes de laboratorio de rutina, para evaluar el riesgo cardio-vascular y la necesidad de prevención primaria; para ello deben utilizarse las respectivas guías.

## Indicaciones y recomendaciones

Un adecuado conjunto de indicaciones y recomendaciones debe ser discutido con la paciente antes de iniciar la terapia. Algunos puntos necesarios son:

- Indicaciones de cómo tomar la terapia.
- Información sobre los posibles efectos adversos.
- Beneficios esperados.

- Discusión sobre mitos y realidades.
- Discusión del riesgo y señales de alarma.
- Que hacer si se olvida tomar una tableta.
- Enfatizar sobre la doble protección (agregar el condón para prevenir enfermedades).
- Información sobre anticoncepción de emergencia en el caso de ser necesaria.

### **Prescripción**

La escogencia del anticonceptivo oral combinado debe tomar en cuenta el juicio clínico del médico y las preferencias de la paciente. Generalmente se prefiere una formulación con una baja dosis de etinil estradiol (Mayor 35 mcg).

Se han utilizado diferentes fechas de inicio para los anticonceptivos orales combinados. Convencionalmente, se les inicia durante los primeros 5 días del ciclo menstrual o el primer domingo después de la menstruación. Si se inicia la terapia durante los primeros 5 días del ciclo, no es necesario utilizar un método de respaldo, siempre y cuando se cumpla con la terapia.

Otra alternativa es el denominado método rápido, donde se inicia con la primera tableta en el consultorio médico una vez excluido el embarazo y este requiere un método de respaldo durante la primera semana. Este método el cual es simple de seguir, mejora el cumplimiento del tratamiento, particularmente en adolescentes y no se asocia con un aumento del sangrado u otros efectos adversos.

Cuando se utiliza una preparación de 21 días, debe procederse con la precaución de nunca exceder el periodo de 7 días libres entre cada ciclo.

**Discuta la anticoncepción de emergencia con las pacientes de manera que sepan como utilizarse en caso de ser necesario.**

**Enfatice sobre la importancia de utilizar doble protección (condón) para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.**

**Es recomendable una visita de seguimiento para revisar el uso de la terapia, grado de satisfacción y para evaluar la presión arterial. Si esta indicado puede realizarse un examen ginecológico.**

### **Uso continuado de las tabletas anticonceptivas**

El uso continuado de las tabletas anticonceptivas combinadas fue estudiado por primera vez en 1977, utilizando 50 mcg de etinil

estradiol. Cuando son prescritas de una manera continuada, los anticonceptivos orales combinados pueden tener una serie de ventajas incluyendo una disminución de la incidencia de dolor pélvico, cefalea, meteorismo y sensibilidad mamaria en aquellas mujeres que experimentan estos síntomas durante el periodo libre de tabletas; además de una mejoría del control de los síntomas de la endometriosis y el síndrome de ovario Poliquístico, junto a una mayor conveniencia debido a una menor cantidad de sangrado durante el año.

Algunas desventajas de prescribir la terapia de manera continuada incluyen la escasa información sobre su seguridad a largo plazo (a pesar de que existe información sobre dosis comparables totales de estrógeno-progestágeno por mes) y un costo levemente mayor (3 paquetes de tabletas más por año por un ciclo de 91 días). Estas desventajas deben ser contrapuestas al costo de los medicamentos para el dolor y días laborales o de estudio perdidos.

En varios cuestionarios, las mujeres dicen preferir amenorreas o periodos más cortos y menos dolorosos que una menstruación cada 4 semanas. Un estudio retrospectivo con 267 mujeres que iniciaron la terapia continuada encontró que el 86 % reportaron una mejoría en la cefalea y dismenorrea, un 76 % reportó un alto grado de satisfacción. Las mujeres fueron aconsejadas para tomar las tabletas hasta que experimentaran un sangrado o completaran 2 paquetes (42 días), 3 paquetes (63 días) o 4 paquetes (84 días). El ciclo promedio fue de 84 días y la mayoría de las mujeres escogió un intervalo libre de hormonas de 4-5 días. Las razones más frecuentes para regresar a los ciclos de 21 días fueron el sangrado o el manchado.

Es por esto muy importante explicar que los eventos de sangrado disminuyen con el tiempo. El uso de tabletas monofásicas o ciclos de 21 días antes de iniciar con la terapia continuada ha mostrado disminuir los eventos de sangrado una vez en terapia continuada. Para disminuir la incidencia de sangrado y mejorar la satisfacción con el método, las mujeres deben tener un ciclo con efectos adversos mínimos durante los ciclos de 21 días antes de extenderse a terapia continuada.

### **Administración vaginal de anticonceptivos orales combinados**

Diferentes estudios han evaluado el uso de anticonceptivos orales combinados vía vaginal. Existen ventajas teóricas con la administración vaginal incluyendo evadir el metabolismo del primer paso por el hígado, lo que puede ayudar a disminuir los efectos adversos y mejorar la tolerancia. Uno de los estudios más grandes comprendió 1055 mujeres y resultó en un 2,78 % de embarazos en un año, utilizando 50 mcg de estradiol junto

a 250 mcg de levonorgestrel y 4,54 % de embarazos en un año con una preparación de 30 mcg de estradiol junto a 150 mcg de desogestrel. No se encontraron diferencias significativas entre estas combinaciones al administrarlas vía vaginal.

## **Efectos adversos y problemas**

### **Sangrado**

La razón reportada de sangrado irregular en los estudios sobre anticonceptivos orales combinados varía considerablemente. La razón de sangrado a los 3 meses parece no diferir significativamente de la razón al primer mes, de esta manera se espera que el sangrado disminuya con el tiempo. Si el sangrado persiste después del 3 ciclo o presenta una reaparición, deben buscarse otras causas de sangrado. Algunas posibilidades son la toma irregular de las tabletas, mala absorción, embarazo, uso de otros medicamentos (anticonvulsivantes, rifampicina, medicinas naturales) e infección.

Los profesionales de la salud deben descartar las causas potenciales de sangrado. Debe preguntarse sobre el tiempo de uso de las tabletas, dosis, omisión de tabletas, síntomas de embarazo, diarrea o vómito en el último ciclo, dispareunia, manchado post-coito, fumar y uso de otros medicamentos. La aparición de un sangrado irregular en una usuaria de larga data de anticonceptivos orales combinados puede ser un marcador de la infección por *Chlamydia* (hasta un 29 % de estas mujeres presentan una prueba positiva).

Tradicionalmente se recomienda el agregar estrógenos exógenos o cambiar a otra combinación ya que esto puede ser efectivo en reducir los episodios de sangrado.

No se ha encontrado evidencia de que exista una combinación que produzca menos sangrado.

**Debe enfatizarse sobre el uso consistente, la doble protección y el cese del fumar.**

**D**

### **Omisión de Tabletetas**

El omitir tabletetas al final o al inicio del ciclo de 21 días produce un mayor tiempo libre de hormonas. Si el tiempo libre de hormonas excede los 7 días, se incrementa el riesgo de ovulación y posible concepción. Si se omiten tabletetas durante la segunda o tercera semana del ciclo de 21 días, es improbable que se incremente el riesgo de ovulación y concepción si el tiempo libre de hormona no excede los 7 días.

### **Amenorrea**

La amenorrea ocurre en un 2-3 % de las usuarias de las tabletas anticonceptivas orales combinadas. Siempre debe excluirse la posibilidad de embarazo ante una situación de amenorrea. La amenorrea como tal no es peligrosa y muchas mujeres la aceptan sin mayor preocupación. Si la amenorrea es inaceptable, el agregar estrógenos exógenos o cambiar a otra combinación puede ser efectivo.

### **Cloasma**

Cloasma, melanoderma o melasma, consiste en la hiperpigmentación de la piel en parches de forma irregular. Cuando esto ocurre, el cambiar de combinación generalmente no provee ningún beneficio. La hiperpigmentación puede nunca desaparecer completamente. Se recomienda el uso de protector solar de una manera preventiva.

### **Mastalgia y Galactorrea**

La sensibilidad mamaria generalmente resuelve después de algunos ciclos. El disminuir la ingesta de cafeína puede ser beneficioso y de igual manera el disminuir el contenido de estrógeno en la combinación.

La presencia de galactorrea en las mujeres que utilizan la terapia anticonceptiva oral combinada es inusual y debe ser una indicación para realizar más exámenes (prolactina) o en su defecto referir al paciente.

### **Náusea**

La presencia de náusea es común al inicio de la terapia y generalmente desaparece con el tiempo. Sin embargo, esto puede ocurrir si la mujer toma 2 tabletas al mismo tiempo. Cuando esto es necesario, es conveniente espaciar la toma de las tabletas y de igual manera el tomar la tableta junto a los alimentos.

Si la náusea ocurre en una usuaria de larga data, debe excluirse la presencia de embarazo.

### **Embarazo**

Si se identifica la presencia de embarazo en una mujer que toma anticonceptivos orales combinados, estos deben suspenderse de inmediato. Además debe informarse a la mujer que el bebé no presenta ningún incremento de su riesgo de malformaciones congénitas como resultado del tiempo que tomó los anticonceptivos durante el embarazo.

## Interacciones con medicamentos

Las interacciones con medicamentos pueden ocurrir por medio de cambios en la absorción, unión a proteínas, unión a receptores o el metabolismo hepático. El significado clínico de muchas de esas interacciones es cuestionable y se ha sugerido que menos del 5 % de las interacciones resultan en un embarazo. Sin embargo, debido al uso amplio de los anticonceptivos orales, los profesionales de la salud deben conocer sobre estas interacciones y el uso concomitante de otros medicamentos.

**Cuadro 6: Interacciones de medicamentos con los anticonceptivos orales**

| Pueden causar falla del anticonceptivo | Pueden aumentar la actividad del anticonceptivo | El anticonceptivo puede afectar el metabolismo del medicamento |
|--|---|--|
| Carbamazepina                          | Acetaminofén                                    | Amitriptilina  |
| Griseofulvina                          | Eritromicina                                    | Cafeína  |
| Oxcarbazepina                          | Fluoxetina                                      | Ciclosporina   |
| Fenobarbital                           | Fluconazol                                      | Diazepam   |
| Fenitoína                              | Fluvoxamina                                     | Imipramina   |
| Primidona                              | Jugo de toronja                                 | Fenitoína  |
| Rifampicina                            | Nefazadona                                      | Selegilina   |
| Ritonavir                              | Vitamina C                                      | Teofilina  |
| Raíz de San Juan                       |   |  |
| Topiramato                             |   |  |

Tomado y adaptado de: SOGC Clinical Practice Guidelines, Canadian Contraception Consensus. JOGC. No. 143 – Parte 2 de 3, febrero 2004

## RECOMENDACIONES

Aconseje a las mujeres mayores de 35 años y fumadoras activas sobre el riesgo de utilizar anticonceptivos orales combinados.

**B**

Aconseje a las mujeres con un IMC mayor de 30 sobre el riesgo de trombosis venosa profunda al utilizar anticonceptivos orales combinados.

Aconseje a las mujeres que utilizan medicamentos inductores de las enzimas hepáticas sobre riesgo de una menor efectividad al utilizar anticonceptivos orales combinados.

**C**

Recomiende doble protección por lo menos por 4 semanas después de suspender el medicamento inductor enzimático.

Tome una historia clínica completa, incluyendo detalles sobre salud sexual y reproductiva, medicamentos y estilo de vida para poder facilitar la escogencia de un método anticonceptivo adecuado.

**D**

Recomiende la cesación del fumar.

D

No recomiende un método anticonceptivo oral combinado en aquellas mujeres consistentemente hipertensas, en especial con difícil control.

C

No realice exámenes de tamizaje de trombofilias de manera rutinaria antes de prescribir un anticonceptivo oral combinado.

Realice exámenes de tamizaje de trombofilias en aquellas mujeres con antecedentes familiares de trombosis venosa profunda en menores de 45 años que desean utilizar anticonceptivos orales combinados.

Refiera aquellas mujeres con resultados anormales en el tamizaje por trombofilias al especialista para su correcta evaluación. Recuerde brindar otro método anticonceptivo durante la espera.

D

Aconseje a las mujeres que los anticonceptivos orales combinados pueden disminuir el sangrado y el dolor durante la menstruación.

C

Aconseje a las mujeres que los anticonceptivos orales combinados pueden disminuir el riesgo de cáncer de ovario.

B

Aconseje a las mujeres que los anticonceptivos orales combinados pueden disminuir el riesgo de cáncer de endometrio.

C

Aconseje a las mujeres de que los anticonceptivos orales combinados pueden aumentar el riesgo de tromboembolismo venoso hasta 5 veces, pero que en términos absolutos este riesgo es considerablemente menor que el riesgo de tromboembolismo durante el embarazo.

B

Aconseje a las mujeres que los anticonceptivos orales combinados pueden aumentar ligeramente el riesgo de evento vascular cerebral.

Aconseje a las mujeres sanas no fumadoras que los anticonceptivos orales combinados no aumentan el riesgo de infarto del miocardio.

Aconseje a las mujeres, con o sin antecedentes familiares, que los anticonceptivos orales combinados pueden aumentar ligeramente el riesgo de cáncer de mama.

Aconseje a las mujeres que el uso de los anticonceptivos orales combinados por  $\leq 5$  años no aumenta el riesgo de cáncer de cérvix, pero si después de 5 años.

Aconseje a las mujeres que el uso de los anticonceptivos orales combinados no ha demostrado una relación con el aumento de peso.

Aconseje a las mujeres que el uso de anticonceptivos orales combinados puede prevenir un embarazo en un 99 %, si es usado correctamente.

## 4.2. PARCHES ANTICONCEPTIVOS TRANSDERMICOS

### Introducción

El parche transdermico entrega al sistema circulatorio, 150 mcg de norelgestromin (metabolito activo del norgestimato) y 20 mcg de etinil estradiol. Estas dosis no pueden ser comparadas con las dosis de los anticonceptivos orales. Se aplica un parche a la semana por 3 semanas consecutivas y seguidas de una semana sin parche. Este parche puede ser colocado en uno de cuatro lugares diferentes: los glúteos, la cara externa del brazo, el hemiabdomen inferior o el tórax superior, excluyendo las glándulas mamarias.

Los estudios en general han encontrado un índice de Pearl† de 0,7 (IC 95 % 0,31-1,10) con un uso perfecto y de 0,88 (IC 95 % 0,44 - 1,33) con el uso común. Un grupo de mujeres con un peso 90 Kg. pueden tener un riesgo mayor de embarazo al utilizar el parche que la población general.

### Mecanismo de acción

El mecanismo de acción es similar al mecanismo de los anticonceptivos orales combinados. Principalmente la supresión del desarrollo folicular y la inhibición de la ovulación.

### Indicaciones

En ausencia de contraindicaciones, el parche puede ser considerado en cualquier mujer que busque un método confiable, reversible e independiente del coito.

### Contraindicaciones

Las contraindicaciones para el uso del parche son similares a las contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinados.

Incluyendo la historia de tromboembolismo venoso, enfermedad cardio-vascular, complicaciones valvulares, hipertensión severa, diabetes con daño a órgano blanco, cefaleas con síntomas neurológicos, sospecha de cáncer de mama, sangrado genital sin diagnóstico, adenomas o carcinomas hepáticos, enfermedad hepática con alteración de enzimas y sospecha de embarazo.

Aunque no es una contraindicación per se, aquellas mujeres con un peso  $\geq 90$  Kg. pueden presentar una menor efectividad que las mujeres con un peso menor.

† Número de embarazos no deseados en 100 parejas por un año.

### Beneficios no anticonceptivos

El control del ciclo menstrual se ha mostrado similar al control que producen los anticonceptivos orales. Aunque se asume que los beneficios pueden ser similares a los encontrados con los anticonceptivos orales, no se han realizado estudios específicos hasta la fecha.



## **Efectos adversos y problemas**

Con la excepción de las reacciones locales, son muy similares a los efectos adversos que se presentan con los anticonceptivos orales. Algunas diferencias se describen a continuación.

### **Sangrado**

A pesar que su incidencia es similar a la observada con los anticonceptivos orales, los ciclos 1 y 2 presentan una diferencia significativa de mayor sangrado en comparación con los anticonceptivos orales (18,3 % vs. 11,4 %) y la incidencia de amenorrea es rara con el uso del parche.

### **Mastalgia**

La sensibilidad mamaria es uno de los principales efectos adversos reportados. Durante los ciclos 1 y 2 los síntomas mamaros son más comunes con el parche que con los anticonceptivos orales; sin embargo esto disminuye con el tiempo.

### **Reacción local**

Hasta un 20 % experimenta una reacción en el sitio de colocación del parche. La frecuencia de las reacciones no aumenta con el tiempo y la mayoría son reacciones leves a moderadas en severidad.

### **Riesgos**

Se ha asumido que los riesgos de la terapia con el parche anticonceptivo son los mismos que se presentan con la terapia oral.

### **Mitos y Realidades**

**Mito:** el parche se desprende durante el ejercicio, en ambientes calientes, húmedos, al nadar o durante el baño.

**Realidad:** el parche utiliza un excelente adhesivo que es muy resistente.

Aproximadamente un 1,9 % de los parches requieren ser reemplazados porque se desprenden. Sin embargo es recomendable el revisar cada día que el parche este adecuadamente adherido.

**Mito:** las mujeres mayores son las que probablemente usarán el parche de mejor manera.

**Realidad:** el uso adecuado del parche se presenta de igual manera en todas las edades, pero especialmente en mujeres jóvenes (18-24 años).

**Mito:** el parche presenta una menor alteración del perfil lipídico que los anticonceptivos orales ya que es transcutáneo.

**Realidad:** en realidad se han observado los mismos incrementos en el colesterol total y triglicéridos que con el uso de los anticonceptivos orales.

**Mito:** el uso del parche se asocia con un aumento de peso.

**Realidad:** no se ha logrado demostrar esta asociación y sabemos que el 78,5 % de las pacientes que usan el parche permanecen dentro del 5 % de su peso original.

### **Prescripción**

Se recomienda iniciar la terapia con el parche el primer día de la menstruación. Si se aplica el parche en otro día diferente del primer día de la menstruación debe utilizarse un método anticonceptivo de respaldo por 1 semana. Se cambia el parche cada semana por 3 semanas y la 4ª semana es libre de parche. Durante la 4ª semana se produce el sangrado menstrual. Se recomienda que se aplique el parche el mismo día.

## **4.3. ANILLO VAGINAL**

### **Introducción**

El anillo vaginal anticonceptivo fue aprobado en el 2001 por la FDA. Consiste en un anillo flexible, transparente de 54 mm de diámetro externo. Libera de forma constante 15 mcg de etinil estradiol y 120 mcg de etonogestrel por día. Cada anillo se utiliza por un ciclo y luego es removido, de manera que cada ciclo esta compuesto por 3 semanas de uso continuo del anillo y seguido de 1 semana libre del anillo.

### **Eficacia**

Presenta un índice de Pearl de 0,4 - 0,77 con su uso perfecto y de 0,65 - 1,18 con su uso en general. Se ha calculado una adherencia perfecta de un 85,6 -91 %.

### **Mecanismo de acción**

El mecanismo de acción es similar al de los anticonceptivos orales combinados. Principalmente suprime el desarrollo folicular e inhibe la ovulación.

### **Indicaciones**

En ausencia de contraindicaciones, el anillo puede ser considerado en cualquier mujer que busque un método confiable, reversible e independiente del coito.

### **Contraindicaciones**

Las contraindicaciones para el uso del anillo son similares a las contraindicaciones de los anticonceptivos orales combinados. Incluyendo la historia de tromboembolismo venoso, enfermedad cardio-vascular, complicaciones valvulares, hipertensión severa, diabetes con daño a órgano blanco, cefaleas con síntomas neurológicos, sospecha de cáncer de mama, sangrado genital sin diagnóstico, adenomas o carcinomas hepáticos, enfermedad hepática con alteración de enzimas y sospecha de embarazo.

Algunas contraindicaciones relativas son la presencia de prolapso uterino o estenosis vaginal si presentan un problema para la retención del anillo.

### **Beneficios no anticonceptivos**

Aunque se asume que los beneficios pueden ser similares a los encontrados con los anticonceptivos orales, no se han realizado estudios específicos hasta la fecha.

### **Efectos adversos y problemas**

Con la excepción de algunos efectos adversos específicos, son muy similares a los efectos adversos que se presentan con los anticonceptivos orales. Algunas diferencias se describen a continuación.

### **Sangrado**

El sangrado irregular sucede en un 6,4 % de los ciclos y usualmente consiste de un manchado y no parece ser más frecuente durante los primeros meses. Cuando se compara con los anticonceptivos orales parece presentar una menor incidencia de sangrado, principalmente durante los primeros ciclos. La presencia de amenorrea es rara con el uso del anillo.

### **Efectos hormonales**

Se presenta cefalea (11,8 %), náusea (4,5 %) y mastalgia (2,8 %) como los efectos adversos más comunes.

### **Síntomas vaginales**

Uno de los efectos adversos locales más comunes es la presencia de vaginitis (13,7 %) y leucorrea (5 %).

### **Riesgos**

Se presume que son los mismos riesgos que con el uso de los anticonceptivos orales.

### **Prescripción**

El anillo se utiliza de forma vaginal y el primer ciclo es iniciado entre el día 1 y 5 del ciclo menstrual. El anillo debe ser insertado en la vagina y dejado allí por 3 semanas para ser finalmente removido por 1 semana. El sangrado menstrual aparece durante la semana libre de anillo.

### **Interacciones**

Se considera que las Interacciones con medicamentos son similares a las que se presentan con el uso de los anticonceptivos orales. Sin embargo es importante mencionar que no se ha encontrado que el miconazol vaginal produzca algún efecto sobre la concentración de estradiol sérica.

#### **4.4. ANTICONCEPTIVOS A BASE DE PROGESTÁGENOS**

Los métodos anticonceptivos de progestágenos existen de la forma inyectable, oral o como implante.

#### **4.5. PROGESTÁGENOS INYECTABLES**

##### **Eficacia**

El AMDPD es un método efectivo de anticoncepción, con una razón de fallo de menos del 0.3 % por año.

##### **Mecanismo de acción**

Trabaja principalmente al inhibir la secreción de gonadotropinas de la glándula pituitaria, suprimiendo la ovulación de esta manera.

También incrementa la viscosidad del moco cervical e induce la atrofia endometrial.

##### **Indicaciones**

Ante la ausencia de contraindicaciones, este método puede ser recomendado a cualquier mujer que busque un método anticonceptivo confiable, reversible e independiente del coito. No requiere una actividad diaria y por esto puede ser apto para aquellas mujeres que tienen dificultades con otros métodos anticonceptivos.

Puede ser utilizado por mujeres que necesitan un método libre de estrógenos o para aquellas que deseen tomar ventaja de sus beneficios no anticonceptivos. Puede ser apto para las siguientes Mujeres con contraindicación conocida a los estrógenos.

- Mujeres mayores de 35 y fumadoras.
- Portadoras de migraña.
- Mujeres en lactancia.
- Portadoras de endometriosis.
- Portadoras de drepanocitosis.
- Aquellas que utilizan anticonvulsivantes.

Debe recomendarse el uso de doble protección (condón) para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y VIH / SIDA.

##### **Contraindicaciones.**

La OMS ha desarrollado una lista de contraindicaciones absolutas y relativas para el uso de AMDPD, basada en la evidencia disponible sobre los riesgos de la terapia. Las contraindicaciones absolutas incluyen la presencia de embarazo (o sospecha de este), sangrado

vaginal sin diagnóstico y diagnóstico de cáncer de mama en el presente. Las contraindicaciones relativas incluyen la presencia de cirrosis severa, hepatitis viral activa y adenoma hepático.

### **Beneficios no anticonceptivos**

Algunos de los efectos no anticonceptivos que se le atribuyen a la terapia con AMDPD son:

- Amenorrea, con la reducción de la dismenorrea y la anemia (55 – 60 % a los 12 meses y 68 % a los 24 meses)
- Reducción del riesgo de cáncer de endometrio
- Reducción de los síntomas asociados con endometriosis, síndrome premenstrual y dolor pélvico crónico
- Disminución de la incidencia de crisis convulsivas.

### **Efectos adversos y problemas**

#### **Trastornos del ciclo menstrual**

El efecto adverso más frecuente es la distorsión del ciclo menstrual normal. Los sangrados anormales o la amenorrea pueden llevar a la discontinuación de la terapia. En los estudios se ha encontrado que el sangrado anormal impredecible fue común durante los primeros meses pero disminuye en cantidad y frecuencia con el tiempo. El sangrado importante o prolongado ocurre en 1-2 % de las que utilizan el método.

#### **Efectos relacionados con las hormonas**

Dentro de esta categoría encontramos la cefalea, acné, disminución de la libido, náusea, y mastalgia. Siendo la cefalea el más común de todos (17 %), sin que la presencia de historia de migraña sea una contraindicación para su uso.

#### **Ganancia de peso**

Se ha reportado que un 56 % de las usuarias aumentaron de peso (promedio de 4,1 Kg), mientras que un 44 % ya sea que perdieron peso o mantuvieron su peso estable (pérdida de 1,7 Kg). Otros estudios no han podido encontrar un efecto en el peso de las pacientes que utilizan la terapia. Se piensa que la ganancia de peso asociada con AMDPD se debe a un aumento del apetito y un efecto anabólico leve.

#### **Cambios de humor**

Aunque se han reportado cambios en el estado de ánimo y esto puede llevar a discontinuar su uso, los estudios prospectivos no han podido demostrar un aumento de los síntomas depresivos. Lo que sugiere que la presencia de depresión no debe ser una contraindicación para el uso de la terapia.

## Riesgos

### Retraso de la fertilidad

A pesar de que AMDPD es un método reversible, puede existir un retraso en reanudar la ovulación. Las usuarias tienen en general un atraso de 9 meses desde su última inyección antes de regresar a su estado previo de fertilidad. La razón de concepción a los 10 meses posterior a la terapia es de un 50 % y aproximadamente un 90 % a los 24 meses.

### Reducción de la densidad mineral ósea

Aunque algunos estudios cruzados no han logrado demostrar efectos adversos relacionados con la densidad ósea, la mayoría de los estudios demuestran una disminución de la densidad ósea en las pacientes que utilizan AMDPD, con una pérdida de 0,87 % y 3,52 %. Aunque se ha observado esta disminución de la densidad ósea, no se ha logrado relacionar con la inducción de osteoporosis.

Incluso, algunos estudios con mujeres que utilizaron la terapia, no han logrado demostrar una diferencia en la densidad ósea en comparación con las mujeres que no utilizaron la terapia, sugiriendo que se presenta una mejoría en la densidad ósea después de suspender la terapia.

### Tromboembolismo venoso

Cuando se usa en dosis anticonceptivas, la terapia con AMDPD no aparenta incrementar el riesgo de tromboembolismo venoso, pero se dispone de escasa información. Las usuarias de AMDPD no parecen tener un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente vascular cerebral o infarto del miocardio.

### Mitos y Realidades:

**Mito:** la administración de AMDPD durante el embarazo se asocia con malformaciones congénitas.

**Realidad:** No se ha encontrado evidencia de que la exposición del feto a AMDPD en el útero produzca un riesgo mayor de malformaciones congénitas.

**Mito:** las mujeres que utilizan AMDPD aumentan de peso.

**Realidad:** aunque las usuarias de AMDPD pueden ganar peso, un porcentaje importante de usuarias no aumentan de peso.

**Mito:** la terapia con AMDPD no debe ser utilizada durante la lactancia materna.

**Realidad:** la terapia con AMDPD ha demostrado ser un método efectivo de anticoncepción en el post-parto con un mínimo o ningún efecto en la producción de leche materna o el desarrollo del niño.

**Mito:** la terapia con AMDPD produce cáncer.

**Realidad:** la terapia se ha asociado con una disminución del riesgo de cáncer de mama. No se ha encontrado evidencia de un aumento del riesgo de cáncer de ovario o de mama. Los estudios sugieren un mínimo o ningún incremento en el riesgo de cáncer de cérvix.

### **Prescripción**

Se recomienda la aplicación de la inyección durante los primeros 5 días de la menstruación, con el objetivo de eliminar la posibilidad de un embarazo. Si la mujer está cambiando de anticonceptivos orales a terapia AMDPD, debe administrarse la inyección durante los primeros 5 días posterior a la última tableta anticonceptiva.

La terapia consiste en la administración de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMDPD) cada 12 semanas. La inyección puede ser aplicada en el deltoide o en el glúteo mayor.

Si se aplica durante los primeros 5 días de la menstruación, el efecto anticonceptivo se adquiere durante las primeras 24 horas de la inyección. Sin embargo se puede aplicar la inyección en cualquier momento del ciclo, siempre y cuando se excluya la posibilidad de embarazo. Si se aplica después de los primeros 5 días del ciclo, debe recomendarse la utilización de un método anticonceptivo de respaldo por al menos 1 semana.

### **Efectos adversos y problemas**

#### **Sangrado**

Si el sangrado irregular persiste después de 6 meses de uso, deben descartarse otras causas del sangrado. Una vez excluida una causa de fondo algunas opciones de manejo son:

- Aumentar la dosis de AMDPD a 225-300 mg IM por 2 o 3 inyecciones.
- Disminuir el intervalo de las dosis.
- Terapia de estrógenos suplementario (Ej.: 0.625 mg de estrógenos conjugados por 28 días).
- Administrar un AINE como ibuprofeno 400 - 800 mg, 2 veces al día por un total de 10 días.

- Agregar 1 - 3 ciclos de terapia con anticonceptivos orales combinados.

### **Inyección tardía**

Si han transcurrido menos de 14 semanas desde la última inyección, puede aplicarse la siguiente inyección. Si han pasado más de 14 semanas, pero se tiene total seguridad de la ausencia de embarazo (Ej.: pruebas negativas), puede aplicarse la siguiente inyección y debe utilizarse un método de respaldo por 2 semanas.

Si la paciente ha copulado en los últimos 10 días, puede aplicarse la inyección si se excluye la presencia de embarazo por medio de una prueba de gonadotropina coriónica humana, al inicio y a las 2 semanas. La paciente debe utilizar un método anticonceptivo por 2 semanas al menos. La terapia no es teratogénica si se da de forma inadvertida durante el embarazo.

### **Interacciones con medicamentos**

Muy pocos medicamentos interactúan con AMDPD. Se ha observado que la nevirapina y aminoglutemida disminuyen la efectividad del AMDPD.



## **4.6. TABLETAS DE PROGESTÁGENOS (TPS)**

Aunque no tan bien conocidas o tan ampliamente utilizadas como los anticonceptivos orales combinados, las tabletas de progestágenos solos son seguras y efectivas si se utilizan correctamente. Las TP's son también conocidas como "mini-pastillas".

### **Eficacia**

Correctamente utilizadas, la razón de falla de las TP's es de aproximadamente 0,5 %. La efectividad máxima depende de la toma de manera consistente; con el uso típico, la razón de falla es de un 5- 10 %. La razón de falla parece ser menor en las mujeres que han sido adecuadamente motivadas.

### **Mecanismo de acción**

El principal mecanismo de acción de prevención del embarazo es a través de una alteración del moco cervical. Las TP's reducen el volumen del moco cervical, aumentan la viscosidad, alteran la estructura molecular y producen cambios endometriales, lo que resulta en muy poca o nula penetración del esperma. De igual manera, la motilidad de los espermatozoides se ve alterada. La ovulación puede ser suprimida o parcialmente suprimida, siendo que un 40 % de las mujeres que utilizan TPS continúan ovulando. Para una mayor efectividad las tabletas deben ser tomadas todos los días a la misma hora.

### **Indicaciones**

Ante la ausencia de contraindicaciones, este método puede ser recomendado a cualquier mujer que busque un método anticonceptivo confiable, reversible e independiente del coito. Puede ser utilizado por mujeres que necesitan un método anticonceptivo libre de estrógenos, como mujeres mayores de 35 años que fuman, aquellas que padecen de migraña con síntomas neurológicos, aquellas que experimentan efectos adversos con la terapia anticonceptiva oral combinada y las mujeres que dan de mamar. Se recomienda el utilizar el condón para brindar protección contra las enfermedades de transmisión sexual y el HIV / SIDA.

### **Contraindicaciones**

La OMS ha desarrollado una lista de contraindicaciones absolutas y relativas para el uso de TPS basadas en la evidencia disponible sobre sus riesgos. Es una contraindicación absoluta la presencia de embarazo o cáncer de mama y son contraindicaciones relativas la presencia de hepatitis viral y tumores hepáticos.

### **Beneficios no anticonceptivos**

Además de sus efectos anticonceptivos, las TP's pueden disminuir el volumen de la menstruación. Hasta un 10 % de las mujeres

desarrollan amenorrea. Los síntomas premenstruales también pueden disminuirse.

## **Efectos adversos y problemas**

### **Sangrado irregular**

El sangrado irregular es la causa más frecuente para discontinuación de las TPs. El manchado ocurre en aproximadamente un 12 % de las mujeres durante el primer mes, pero usualmente disminuye a menos de un 3 % a los 18 meses. Sin embargo un 40 % de las usuarias de larga data continúan con ciclos irregulares mientras toman TPs.

Debe excluirse la posibilidad de embarazo, infección y patología genital. Algunas opciones de tratamiento son el uso de AINES por 10 días, el cambio a anticonceptivos orales combinados o agregar un curso corto de estrógenos.

### **Omitir una tableta**

Si se omite una tableta, esta debe ser tomada tan pronto sea posible. La próxima tableta debe ser tomada de manera regular, incluso si eso significa tomar dos tabletas al mismo tiempo. Si se ha omitido el uso de la tableta por más de 3 horas, debe utilizarse un método anticonceptivo de respaldo por las próximas 48 horas. Si se han omitido 2 o más tabletas de manera seguida, entonces deben tomarse 2 tabletas por día por 2 días y utilizar un método anticonceptivo de respaldo por 48 horas.

Puede ser necesario considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

### **Efectos hormonales**

Los efectos hormonales como dolor de cabeza, distensión, acné y mastalgia ocurren con menor frecuencia.

### **Riesgos**

El uso de TPs no se ha asociado con alguna mayor morbilidad. En dosis contraceptiva, la TPs no parece incrementar el riesgo de trombosis venosa profunda, accidente vascular cerebral o infarto del miocardio.

### **Mitos y realidades**

**Mito:** la terapia con TPs puede ser utilizada solo por las mujeres que están amamantando.

**Realidad:** aunque la TPS es segura durante la lactancia, puede ser utilizada por cualquier mujer que desee una terapia anticonceptiva.

**Mito:** la terapia TPs no es un método anticonceptivo efectivo.

**Realidad:** si se utiliza adecuadamente, la terapia TP es un método anticonceptivo efectivo y seguro con un fallo aproximado de 0,5%.

### **Inicio**

Las TPS son usualmente iniciadas en el primer día del ciclo menstrual, aunque pueden ser iniciadas en cualquier momento del ciclo menstrual siempre y cuando se excluya la presencia de embarazo. Una tableta de noretindrona es utilizada todos los días y no existe un intervalo libre de hormona. Un método anticonceptivo de respaldo debe ser utilizado por los 7 primeros días y la confianza en el método depende de tomar las tabletas todos los días a la misma hora (dentro de 3 horas de diferencia) ya que se ha demostrado que aumenta la penetración espermática en el moco cervical si el lapso entre tabletas es mayor de 24 horas.

### **Post-parto**

Existe la preocupación teórica de que la administración de progestágenos durante las 72 horas después del parto pueda interferir con la caída de la progesterona sérica que dispara la lactogénesis y de esta manera interfiriendo con la producción de leche materna. Sin embargo, un estudio prospectivo no encontró ningún efecto adverso en la lactancia con TP utilizada después de 72 horas post-parto.

### **Seguimiento**

**Debe asignarse al menos una visita de seguimiento para evaluar el patrón de sangrado y el grado de satisfacción con el método; en cada oportunidad debe comentarse sobre la necesidad de utilizar el condón para prevenir enfermedades de transmisión sexual y el VIH / SIDA.**

**B**

### **Interacciones con medicamentos**

Las interacciones para las TP son mucho menos conocidas que las interacciones con los anticonceptivos orales combinados. Las TP son metabolizadas por el sistema enzimático de citocromos P- 450 y cualquier medicamento que induzca este sistema (como algunos anticonvulsivantes) puede acelerar el metabolismo de las TP y reducir la efectividad anticonceptiva.

**Considere los métodos anticonceptivos de progestágenos en las mujeres post-parto, independientemente de si dan de mamar o no. Estos deben ser iniciados después del parto.**

Considere los métodos anticonceptivos de progestágenos en las mujeres con antecedentes de tromboembolismo venoso o en alto riesgo de infarto al miocardio o accidente vascular cerebral. En mujeres con trombofilia demostrada deben ser utilizados con cuidado.

**Aconseje sobre factores dietéticos y de estilo de vida que afectan el pico de masa ósea como el fumado, ejercicio y consumo de calcio a todas aquellas mujeres jóvenes que utilizan AMDPD.**

A

### **Anticoncepción hormonal en mujeres con condiciones especiales**

En esta sección se muestra la evidencia encontrada sobre el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con condiciones especiales. Es importante hacer un balance del riesgo / beneficio de los efectos de los anticonceptivos en comparación con el riesgo de embarazo.

#### **Hipertrigliceridemia**

La presencia de hipertrigliceridemia incrementa el riesgo de pancreatitis y constituye una contraindicación relativa para el uso de anticonceptivos hormonales.

#### **Diabetes Mellitus**

Los primeros anticonceptivos hormonales dificultaban el metabolismo de la glucosa al incrementar la resistencia periférica a la insulina. Los productos actuales no presentan un efecto apreciable en el metabolismo de los carbohidratos. No se ha encontrado evidencia de que el uso de los anticonceptivos orales combinados empeore el curso de la diabetes tipo 1 o 2 en ausencia de enfermedad vascular. La prevención efectiva del embarazo puede sobrepasar los riesgos de complicar la enfermedad vascular en las mujeres diabéticas sin más datos patológicos o con su enfermedad bien controlada.

#### **Enfermedad Hepática y de la vesícula biliar**

Los anticonceptivos orales combinados incrementan la secreción de ácido cólico en la bilis. Las mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados presentan un riesgo mayor de coleditiasis sintomática. Los anticonceptivos orales combinados no deben ser utilizados en mujeres con enfermedad hepática activa o en aquellas con tumores hepáticos benignos o malignos.

#### **Síndrome del intestino irritable:**

Puede existir una asociación modesta entre el uso de anticonceptivos orales combinados y el desarrollo del síndrome de intestino irritable. Algunos estudios reportan un incremento del riesgo de recurrencia del síndrome de intestino irritable en las mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados; otros estudios presentan datos conflictivos. Los anticonceptivos pueden ser absorbidos de manera inadecuada ante la presencia de inflamación crónica o diarrea activa.

### **Lupus eritematoso sistémico**

Los anticonceptivos orales combinados no se prescriben de manera general a las mujeres portadoras de lupus eritematoso sistémico, ya que los estrógenos pueden exacerbar la enfermedad. Sin embargo, su uso puede ser considerado en casos selectos, ante la ausencia de nefritis activa o anticuerpos antifosfolípidos.

### **Drepanocitosis**

Las mujeres con drepanocitosis presentan un mayor riesgo de accidente vascular cerebral. Sin embargo, los riesgos asociados con un embarazo son altos en este grupo de mujeres y la prevención del embarazo es esencial. A pesar de la escasa información, el consenso general indica que los anticonceptivos orales combinados pueden ser utilizados en estas mujeres. Las mujeres que utilizan AMDPD en comparación con los anticonceptivos orales combinados reportan una reducción mayor de las crisis de dolor (70 % vs. 54,5 %).

Las mujeres control presentaron un 50 % de reducción de las crisis agudas.

### **Epilepsia**

Los anticonceptivos orales combinados son seguros en las mujeres con epilepsia. Sin embargo algunos medicamentos reducen la eficacia de los anticonceptivos y es recomendable en estos casos utilizar 35 mcg de etinil estradiol. Se recomienda utilizar inyecciones de AMDPD cada 10 semanas en vez de cada 12 semanas cuando se utilizan medicamentos que inducen las enzimas microsomaes hepáticas.

### **Cirugía electiva**

Se considera que las mujeres deben suspender los anticonceptivos orales combinados 4 semanas antes de una cirugía electiva, sin embargo esta recomendación se considera controversial. La decisión debe realizarse mediante un cuidadoso balance del riesgo de embarazo durante este periodo. Esta decisión cobra mayor importancia en el caso de cirugías con alto riesgo de trombosis como en el caso de tumores o inmovilización prolongada. Aquellas pacientes que continúan utilizando los anticonceptivos deben ser consideradas para la terapia de antitrombosis profiláctica.

## **4.7. IMPLANTES SUBDÉRMICOS**

### **Eficacia**

El implante tiene una efectividad del 98 % siendo sus compuestos base, levonorgestrel o etonogestrel, se coloca debajo de la piel en la cara interna del brazo, brindan protección de 3 a 5 años.

Impiden la ovulación y alteran el moco cervical para que no pasen los espermatozoides.

Pueden usarlo mujeres en edad reproductiva con cualquier paridad (incluyendo nulíparas), mujeres amamantando (después de 6 semanas), mujeres en post parto inmediato que no den de mamar, mujeres en post aborto inmediato, mujeres con hipertensión arterial o problemas de coagulación sanguínea, mujeres fumadoras, mujeres que no puedan o no quieran usar estrógenos.

No pueden usarlo mujeres con embarazo (sospecha o confirmado), mujeres con sangrado vaginal no diagnosticado, cáncer de mama, mujeres que estén tomando medicamentos para la epilepsia o la tuberculosis.

### **Ventajas y beneficios**

Eficacia elevada y rápida (menor de 24 horas), si se inicia en los primeros 7 días del ciclo, duración prolongada (hasta 5 años los de 2 cápsulas y 3 años el de 1 cápsula), no requiere examen pélvico previo, no interfiere con las relaciones sexuales, retorno inmediato de la fertilidad al removerse, no contienen estrógenos, puede disminuir el flujo y los dolores menstruales, disminución de las patologías benignas de la mama, disminuye la frecuencia de embarazo ectópico, protege contra enfermedades pélvicas inflamatorias.

### **Limitaciones**

En la mayoría de mujeres causan cambios del patrón menstrual, puede haber aumento o disminución del peso, requiere de un proveedor capacitado para su inserción y remoción, no brinda protección contra las ETS incluyendo el VIH.

### **Aplicación del método**

Se aplica del primero al séptimo día del ciclo menstrual, o en cualquier momento del ciclo en que se puede estar razonablemente seguro que no hay embarazo. En el post parto después de las 6 semanas si esta amamantando, inmediatamente si no sobrevive el niño o no esta amamantando, o si está utilizando otro método como DIU, AMDPD, o AOC puede utilizarse en cualquier momento.

## 4.8. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

### Eficacia

Los dispositivos intrauterinos son métodos muy efectivos de anticoncepción reversible. Se conoce que la razón de fallo de un DIU de cobre es de alrededor de 1,26/100 años mujer y la razón de embarazo ectópico es de 0,25/100 años mujer.

Aunque la información de las casas fabricantes sugieren reemplazar el DIU de cobre cada 30 meses, los ensayos clínicos han demostrado una efectividad de 5 años, sin embargo esto depende del tipo de dispositivo.

### Mecanismo de acción

Los dispositivos intrauterinos tienen múltiples mecanismos de acción. El principal mecanismo de acción de todos los dispositivos parece ser la prevención de la fertilización. Si la fertilización ocurre, los DIU parecen poseer efectos post-fertilización, incluyendo la posibilidad de inhibir la implantación. La presencia de un cuerpo extraño en la cavidad endometrial causa cambios morfológicos y bioquímicos de manera que afectan el espermatozoide y la fertilización rara vez ocurre. En el caso de los DIU de cobre, este también afecta la motilidad espermática, reduciendo la capacidad del espermatozoide de penetrar el moco cervical. La ovulación no se ve afectada con los DIU.

### Indicaciones

Ante la ausencia de contraindicaciones, este método puede ser recomendado a cualquier mujer que busque un método anticonceptivo confiable, reversible e independiente del coito. Es recomendado en mujeres que buscan un método anticonceptivo de larga duración, en especial aquellas con alguna contraindicación para el uso de estrógenos o durante la lactancia.

### Contraindicaciones

La OMS ha desarrollado una lista de contraindicaciones absolutas y relativas en cuanto al uso de dispositivos intrauterinos.

Contraindicaciones absolutas:

- Embarazo.
- Enfermedad pélvica inflamatoria o historia (= 3 meses).
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Sepsis puerperal.
- Inmediatamente después de un aborto séptico.
- Cavidad uterina severamente deformada.
- Sangrado vaginal no explicado.
- Cáncer cervical o endometrial.

- Enfermedad trofoblástica maligna.
- Alergia al cobre (dispositivos de cobre).
- Cáncer de mama (dispositivos con levorgestrel).

### **Contraindicaciones relativas**

- Factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual o HIV/SIDA.
- Inmuno comprometido.
- Entre 48 horas a 4 semanas post-parto.
- Cáncer de ovario.
- Enfermedad trofoblástica gestacional benigna.

### **Beneficios no anticonceptivos**

Estudios de casos y control han aportado evidencia de que el uso de DIU de cobre puede reducir el riesgo de cáncer de endometrio. Este efecto protector no se ha logrado relacionar con la duración o el momento de uso del dispositivo y su mecanismo no es bien comprendido.

### **Efectos adversos y problemas**

#### **Sangrado**

El sangrado irregular o el aumento en el volumen del sangrado son los efectos adversos más comunes en los primeros meses. Las pérdidas menstruales en las usuarias con DIU de cobre se incrementan hasta un 65 % en comparación con las que no la utilizan. El uso de AINES puede ayudar a disminuir las pérdidas menstruales. El número de días promedio de manchado disminuyen con el tiempo, en general las usuarias de DIU de cobre reportan un promedio de 13 días de manchado durante los primeros meses, hasta disminuir a 6 días de manchado a los 12 meses. La razón acumulada de finalización de los problemas de sangrado después de 5 años es de un 20 %.

#### **Dolor o Dismenorrea**

Hasta un 6 %, a 5 años, de las usuarias de DIU de cobre descontinuarán su uso debido al dolor. Este puede ser una respuesta psicológica a la presencia del dispositivo, pero la posibilidad de infección, mala colocación (incluyendo perforación), y embarazo deben ser excluidos.

#### **Perforación uterina**

La perforación uterina es una complicación de la inserción del DIU, ocurre en 0,6-1,6/1000 inserciones. Todas las perforaciones uterinas, parciales o completas, ocurren o son iniciadas al momento de la inserción del dispositivo. Los factores de riesgo para una perforación son la inserción post-parto, inexperiencia del operador



y un útero inmóvil (en extrema retroversión o anteversión).

### **Infección**

Los errores metodológicos en estudios observacionales sobreestimaron el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria asociada con el uso de DIU. La evidencia de estudios de cohorte de larga duración, casos-control y estudios aleatorizados indican que el riesgo de infección después del primer mes de uso del DIU es pequeño. Parece existir una relación inversa entre el tiempo desde la inserción y el riesgo de infección, siendo alrededor de RR 3,8 el primer mes hasta alcanzar la línea basal a los 4 meses, siendo más alto durante los primeros 20 días. Aunque la inserción de un DIU contamina la cavidad endometrial con bacterias, esta se vuelve estéril al poco tiempo. La exposición a las enfermedades de transmisión sexual y no el uso del DIU son las directas responsables por la enfermedad pélvica inflamatoria que ocurre durante el primer mes.

### **Expulsión**

La expulsión del DIU es más común durante el primer año de uso (2- 10 %). La razón acumulada de expulsión de un DIU de cobre a 5 años es de 6,7 %. Algunos factores de riesgo son la inserción post - parto inmediato, nuliparidad y antecedente de expulsión. Una mujer que ha expulsado un DIU presenta un 30 % de probabilidades de expulsar el siguiente.

### **Falla**

Si una mujer resulta embarazada con un DIU in situ, debe excluirse la posibilidad de un embarazo ectópico. El riesgo de un aborto espontáneo es mayor en aquellas mujeres que presentan el DIU in situ. El estudio de planificación familiar inglés encontró que el 75 % de los embarazos con DIU in situ son abortados, sin embargo la remoción temprana elimina el riesgo de un aborto séptico. Si el DIU es removido, el 89 % de las mujeres llevarán su embarazo a término. Sin embargo, aunque el riesgo de aborto espontáneo es reducido con la remoción temprana; el riesgo de parto pre término permanece alto.

### **No encuentra los hilos del DIU**

Si una mujer no puede palpar los hilos del DIU, debe realizarse un examen con espéculo. Si los hilos no son visibles en el orificio externo del cérvix, el dispositivo puede haber sido expulsado, puede haber perforado la cavidad uterina o los hilos pueden haberse movido dentro del canal cervical. Debe excluirse la posibilidad de embarazo. Una vez excluido un embarazo, puede explorarse el canal cervical y si no se encuentran los hilos, el ultrasonido es el método más adecuado para identificar la posición del DIU. Si el

DIU se encuentra en la cavidad uterina, puede dejarse in situ. Si el ultrasonido no identifica el DIU, debe realizarse una radiografía abdominal.

### **Embarazo con DIU in situ**

El diagnóstico de un embarazo ectópico debe ser descartado. En los países donde el aborto es legal, se pregunta a la mujer sobre su deseo de continuar con el embarazo; si ella decide continuar con el embarazo el DIU debe ser removido si esto es posible. Si los hilos son visibles, una tracción gentil puede ser utilizada para remover el DIU. Si los hilos no son visibles, puede realizarse una exploración cuidadosa del canal cervical. Si no se encuentran los hilos debe considerarse la posibilidad de una perforación uterina y un ultrasonido pélvico debe ser realizado para excluir este diagnóstico. A pesar de los reportes de histeroscopia en el primer trimestre para remover el DIU, si el dispositivo permanece en la cavidad uterina no debe realizarse ningún intento por removerlo y debe anotarse la necesidad de recobrar el DIU en el momento del parto.

### **Amenorrea u oligomenorreas**

Debe excluirse la posibilidad de un embarazo. Una vez excluido este diagnóstico debe investigarse el caso de igual manera que en una mujer que no utiliza un DIU. Si la usuaria es una mujer posmenopáusica, debemos remover el DIU.

### **Dolor o sangrado anormal**

Las mujeres que utilizan un DIU pueden experimentar dolores menstruales o un mayor sangrado. En el caso de una expulsión parcial o perforación, debe removerse el DIU y debe considerarse la necesidad de colocar un DIU nuevamente. Tanto el dolor como el manchado pueden ser esperados durante los primeros meses. El tratamiento con AINES puede ser útil para aliviar los síntomas. El número de días de sangrado u manchado tiende a disminuir con el tiempo, si esto no sucede o empeora, debe considerarse el retirar el DIU.

**Dispositivo intrauterino sin marco versus clásico para la anticoncepción fue estudiado por O'Brien P A y Marfleet C indicando lo siguiente.**

### **Objetivos**

Esta revisión analiza la hipótesis de que el DIU sin marco (GyneFix) reduce el riesgo de expulsión y embarazo, y los problemas de hemorragia y dolor necesitando una retirada temprana.

**Criterio de selección**

Para la revisión se seleccionaron ensayos aleatorios que

compararon el dispositivo sin marco con el dispositivo clásico con marco para la anticoncepción.

### **Recopilación y análisis de datos**

Ambos autores extrajeron los datos de forma independiente. Se estableció contacto con el autor del estudio para solicitar datos adicionales. Se calcularon las proporciones y las diferencias de tasa para las tasas acumulativas de cada medida de resultado a intervalos anuales. Se utilizó el método basado en el inverso de la varianza para combinar ensayos, y se estudió la heterogeneidad de los resultados.

### **Resultados principales**

**1a** En la revisión se incluyeron 4 ensayos que involucraron a 5 939 mujeres asignadas al azar a un dispositivo sin marco o a una TCu 380, con datos durante 8 años para el más grande, y con una experiencia total de 23 180 años. Excepto en un ensayo pequeño, las mujeres nulíparas se excluyeron de los ensayos. Los dos ensayos anteriores usaron un introductor prototipo y hubo una tasa mayor de expulsión en el primer año (riesgo relativo 2,48; intervalos de confianza del 95 %: 1,89 a 3,26). Sin embargo, entre los 2 y 6 años del ensayo grande de la OMS, el riesgo de embarazo fue inferior con el dispositivo sin marco (riesgo relativo 0,53; intervalos de confianza del 95 %: 0,32 a 0,91). En un ensayo reciente que utilizó un DIU sin marco con un introductor nuevo, las expulsiones tempranas y los embarazos no difirieron estadísticamente del dispositivo de control. Las tasas de retirada debida a hemorragia excesiva y dolor no fueron diferentes entre los dispositivos (riesgos relativos 0,92; intervalos de confianza del 95 %: 0,74 a 1,14 al año y 1,13; 0,93 a 1,37 a los 6 años). Hubo una tendencia hacia menos retiradas debidas a dolor en los primeros años, pero ninguna diferencia a los 6 años (riesgo relativo 1,13; intervalos de confianza del 95 %: 0,93 a 1,37).

### **Conclusiones de los autores**

**Recomendamos el uso del DIU convencional ya que no hay datos suficientes para mostrar que el introductor modificado usado en DIU sin marco haya solventado el problema de las retiradas tempranas. Además, el dispositivo sin marco funciona de forma similar a la TCu 380 y parece tener una tasa de embarazo inferior en los años siguientes, aunque la diferencia absoluta es pequeña.**

**A**

### **Mitos y realidades**

**Mito:** las nulíparas no pueden utilizar un DIU.

**Realidad:** ser nulípara no es una contraindicación para la colocación

de un DIU. Cuando los casos se seleccionan adecuadamente, el DIU puede ser utilizado.

**Mito:** el DIU aumenta el riesgo de embarazo ectópico.

**Realidad:** los DIU no aumentan el riesgo de embarazo ectópico. Debido a que los DIU funcionan al prevenir la fertilización, las usuarias de DIU presentan una menor probabilidad de un embarazo ectópico en comparación con las mujeres sin método anticonceptivo (0,002-0,25/100 años mujer en comparación con 0,12-0,5/100 años mujer). Sin embargo, este diagnóstico debe ser excluido en toda mujer con un DIU y el diagnóstico de embarazo.

**Mito:** los DIU aumentan el riesgo de infertilidad

**Realidad:** los DIU no aumentan el riesgo de infertilidad. Las mujeres que descontinúan su uso para concebir, lo logran tanto como las que nunca lo han usado. Los DIU de cobre no se han asociado con algún incremento en la infertilidad por factor tubárico en mujeres nulíparas.

**Mito:** los DIU aumentan el riesgo a largo plazo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

**Realidad:** la incidencia de EPI en las mujeres que utilizan DIU es 2 episodios/1000 años uso, similar a la de la población general.

**Mito:** los DIU no son anticonceptivos efectivos

**Realidad:** los DIU son un método anticonceptivo confiable, de hecho, su efectividad es muy cercana a la efectividad de la salpingectomía en las mujeres que han utilizado un DIU por largo tiempo.

### **Inicio**

Antes de colocar el DIU, la paciente debe conocer los riesgos y beneficios del método y sus posibles opciones. Debe tomarse un consentimiento informado. Los pacientes deben ser informados sobre los efectos adversos de los DIU, en especial el sangrado y sobre la necesidad de seguir utilizando el condón para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, HIV/SIDA.

Un DIU puede ser colocado en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando se excluya la posibilidad de embarazo. La recomendación de insertar el DIU durante la menstruación, se presenta como un consejo de buena práctica ya que excluye la posibilidad de embarazo y evita la molestia del manchado asociado con la colocación. Sin embargo la razón de infección y expulsión es más alta cuando se coloca durante la menstruación.

El DIU puede ser removido o reemplazado en cualquier momento

durante el mes. En el embarazo, una mujer puede ser candidata para la colocación de un DIU en 10-15 minutos después del alumbramiento, sin embargo estas mujeres presentan el más alto riesgo de perforación uterina y expulsión del DIU. En la mayoría de las circunstancias, es mejor esperar para colocar un DIU hasta que el útero vuelva a la normalidad post-parto, usualmente en 4-6 semanas.

Generalmente un DIU puede ser colocado con seguridad inmediatamente después de la terminación del tercer trimestre post-parto.

### **Profilaxis antibiótica**

Una revisión sistemática concluyó que tanto la doxiciclina como la azitromicina no han demostrado algún beneficio al ser utilizadas profilácticamente en la colocación de un DIU. De acuerdo con el consenso de expertos para la prevención de endocarditis bacteriana, la profilaxis antibiótica en la colocación de un DIU no es necesaria si no existen signos de infección. Sin embargo ante la presencia de infección, la remoción del DIU requiere profilaxis antibiótica.

### **Seguimiento**

Una visita de seguimiento debe ser programada después de la inserción del DIU. Este permite excluir la presencia de infección, una evaluación del patrón de sangrado, el grado de satisfacción y una oportunidad para reforzar la necesidad del uso del condón.

Las mujeres deben ser instruidas de visitar a su médico si:

- No puede sentir los hilos del DIU.
- Si ella o su compañero pueden sentir el DIU.
- Si considera estar embarazada.
- Ante la presencia de dolor abdominal, fiebre o alguna descarga vaginal anormal.
- Experimenta dolor durante el coito.
- Experimenta un cambio brusco en su patrón menstrual.
- Desea retirarse el DIU o desea el embarazo.

**Los profesionales de la salud deben estar familiarizados con el uso de los dispositivos intrauterinos.** **D**

**Después de aconsejar sobre su correcto uso, los DIU son un método anticonceptivo seguro para la mayoría de las mujeres.** **C**

**Después de aconsejar sobre su correcto uso, las mujeres con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), pueden utilizar un DIU cuando con seguridad, estén libres de esa enfermedad.** **D**

- Después de aconsejar sobre su correcto uso, los DIU son un método anticonceptivo seguro para la mayoría de las mujeres. **C**
- Después de aconsejar sobre su correcto uso, los DIU pueden ser aconsejados para las mujeres HIV+, cuando con seguridad estén libres de EPI. **A**
- No se encontrado que algún medicamento afecte la efectividad de los DIU. **A**
- Realice un examen pélvico bimanual y un PAP antes de colocar un DIU. **A**
- Investigue por historia y examen físico, la posibilidad de una enfermedad de transmisión sexual antes de colocar un DIU. **A**
- Investigue la frecuencia cardiaca antes y después de colocar un DIU. **A**
- No prescriba antibióticos de manera rutinaria al colocar un DIU. **C**
- Informe a las mujeres que el mecanismo de acción primario de los DIU es la prevención de la fecundación. **B**
- Informe a la mujer que la razón de fallo de un DIU es alrededor de un 1 %. **C**
- Los DIU con  $\geq 300$  mm<sup>2</sup> deben ser preferidos ya que presentan una menor razón de fallo. **A**
- Informe a la mujer sobre el pequeño aumento del riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria durante los primeros 20 días posteriores a la colocación del DIU. **B**
- Informe a la mujer sobre los síntomas de una infección pélvica y la necesidad de buscar ayuda médica en estos casos, en particular durante las primeras 3-4 semanas posterior a la colocación del DIU. **A**
- Informe a la mujer sobre la reducción del riesgo de embarazo ectópico al utilizar un DIU en comparación con la población general. **B**
- Informe a la mujer que la previa colocación del DIU no afecta su fertilidad. **C**
- Informe a la mujer que la causa más común de fallo es la expulsión del DIU (1 en 20), es más común durante el primer año, en particular durante los primeros 3 meses después de la colocación. **B**

**Informe a la mujer que el riesgo de una perforación uterina es menor a 1 de cada 1000 colocaciones de un DIU.**

**Informe a la mujer que puede experimentar anomalías menstruales (manchado o menstruaciones prolongadas), frecuentemente durante los primeros 3 a 6 meses posteriores a la colocación del DIU, siendo esta la primera razón de retiro del DIU.**

**C**

**Informe a la mujer que debe buscar ayuda médica si las anomalías menstruales persisten por 6 meses posteriores a la colocación del DIU.**

**D**

**Informe a la mujer que dismenorrea es una razón común para solicitar retirar el DIU.**

**B**

**Informe a la mujer que no se ha encontrado evidencia de un incremento del riesgo de cáncer en el aparato reproductor por el uso del DIU.**

**Considere colocar, de manera segura, un DIU después de 4 semanas post-parto.**

**Considere la necesidad de utilizar medicamentos para el dolor antes de la colocación de un DIU.**

**Programa una visita de seguimiento después de la primera menstruación o en 3-6 semanas posteriores a la colocación del DIU.**

## **4.9. CONDÓN MASCULINO O PRESERVATIVO**

### **Introducción**

Colocado correctamente, este método actúa como una barrera mecánica que previene el contacto con el semen. La mayoría de los condones están hechos de látex, aunque los hay de poliuretano, silicón e intestino de oveja.

El condón de látex es el método de anticoncepción de barrera más popular en el mundo. Los condones de látex son de 0,3-0,8 mm de grosor. El esperma no puede penetrar los condones.

Los condones de poliuretano ofrecen algunas ventajas sobre los condones de látex al ser más resistentes, transmiten mejor el calor corporal, más resistentes al deterioro, son compatibles con los lubricantes de aceite y pueden ser utilizados por aquellos sensibles o alérgicos al látex.

**Recomiende los condones de poliuretano, ya que ofrecen ventajas sobre los condones de látex, por mayor resistencia en**

**B**

**general, transmitir mejor el calor corporal y son compatibles con los lubricantes de aceite.**

### **Eficacia**

La eficacia de los condones se refiere a la capacidad del condón de prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Los condones son muy efectivos cuando se utilizan consistentemente y correctamente. El porcentaje de mujeres que experimentan un embarazo durante el primer año de utilizar un condón de la manera correcta es de aproximadamente un 14 %. La razón más alta de fallo es durante los 20-24 años y seguida por los menores de 20 años. No utilizar el condón en todas las ocasiones, es probablemente la razón de error más frecuente y crea la diferencia entre su uso correcto y su uso típico.

Los factores que se han asociado con un retraso en el uso del condón son la menor edad, falta de apoyo del compañero y múltiples compañeros sexuales de manera reciente.

Las mujeres identifican el bajo riesgo para el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual como la razón más frecuente para no utilizar un condón, a diferencia de los hombres que identifican la inconveniencia o no disponibilidad de un condón como las razones más comunes.

Varios estudios cuidadosos han demostrado que el uso del condón de manera frecuente reduce el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo HIV/SIDA; de acuerdo a los estimados, su uso consistente puede disminuir la transmisión del HIV/SIDA en un 85 %.

### **Mecanismo de acción**

El condón actúa como una barrera mecánica que impide el contacto del semen y los fluidos corporales con el compañero sexual. Algunos condones poseen lubricantes o espermicidas.

### **Indicaciones**

Los condones están indicados en la prevención del embarazo, enfermedades de transmisión sexual y displasia cervical. La principal motivación para el uso de condones es la prevención del embarazo más que las enfermedades. Idealmente los condones deben ser utilizados también como un método anticonceptivo agregado a otras terapias (doble protección), ya que este método aumenta la eficacia anticonceptiva y preventiva de los otros métodos.

### **Contraindicaciones**

La única contraindicación para el uso de condones de látex es la



alergia al látex. El uso efectivo del condón requiere motivación y un alto sentido de responsabilidad.

### **Beneficios no anticonceptivos**

El uso del condón aumenta la protección anticonceptiva y contra las enfermedades de transmisión sexual de otros métodos.

### **Efectos adversos y problemas**

El uso del condón puede producir alergia al látex o irritación. El uso de espermicidas puede aumentar la incidencia de infección del tracto urinario por E. coli ya que alteran la flora vaginal. Algunos hombres pueden quejarse de una disminución de la sensación o pérdida de la erección.

### **Riesgos**

Algunos problemas técnicos pueden suceder durante el uso del condón (fuga o deslizamiento) en especial si el hombre no está acostumbrado a este método. Los condones no están siempre disponibles cuando se necesitan.

Preservativos masculinos sin látex versus preservativos masculinos con látex como método anticonceptivo fueron estudiados por Gallo MF, Grimes DA, López LM, Schulz KF habiendo reportado lo siguiente:

La revisión procuró evaluar los preservativos masculinos sin látex en comparación con los preservativos de látex en términos de eficacia anticonceptiva, roturas, deslizamiento, seguridad y preferencias de los usuarios.

### **Estrategia de búsqueda**

Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas para identificar ensayos controlados aleatorios de preservativos sin látex. También se estableció contacto por escrito con los fabricantes de preservativos sin látex y con investigadores conocidos, para intentar localizar otros ensayos que no se identificaron con la búsqueda.

### **Criterio de selección**

La revisión incluyó todos los ensayos controlados aleatorios identificados en la búsqueda en la literatura que evaluaron los preservativos masculinos sin látex, compuestos de una película de poliuretano o elastómeros sintéticos, con los preservativos de látex.

### **Recopilación y análisis de datos**

**1b** Se evaluaron todos los títulos y resúmenes localizados en las búsquedas bibliográficas para su inclusión. Dos autores extrajeron de forma independiente los datos de los estudios identificados.

Los datos se analizaron con RevMan. Se calculó el odds-ratio de Peto (OR de Peto) con intervalo de confianza (IC) del 95 % para cada resultado de la eficacia anticonceptiva, rotura y deslizamiento del preservativo, interrupción del uso, seguridad y preferencia de los usuarios. También se midió la eficacia anticonceptiva, la interrupción precoz y los resultados de seguridad con técnicas de análisis de supervivencia.

### **Resultados principales**

Mientras que el preservativo sin látex no ofreció protección contra el embarazo al igual que el preservativo de látex de comparación, no se observaron diferencias en cuanto a la eficacia en el uso típico en las comparaciones entre los preservativos sin látex y sus equivalentes de látex. Los preservativos sin látex tuvieron tasas significativamente mayores de rotura clínica que los preservativos de comparación de látex: el OR de Peto para la rotura clínica varió de 2,6 (IC del 95 %: 1,6 a 4,3) a 5,0 (IC del 95 %: 3,6 a 6,8).

Se informaron pocos eventos adversos. Una proporción considerable de participantes prefirió el preservativo sin látex o informó que recomendaría su uso a otras personas.

### **Conclusiones de los autores**

**Recomendamos el uso de preservativo sin látex solo en aquellos para quienes tienen alergias, sensibilidad o preferencias que les impiden utilizar sistemáticamente preservativos de látex ya que la eficacia anticonceptiva de los preservativos sin látex requiere más investigación.**

A

### **Mitos y realidades**

**Mito:** todo el mundo saber como utilizar un condón.

**Realidad:** las mujeres, en especial las adolescentes esperan que todos los hombres sepan cómo utilizar un condón, pero esto no es cierto.

**Mito:** el condón protege contra todas las enfermedades de transmisión sexual.

**Realidad:** algunas personas utilizan el condón como manera de protección incluso ante la presencia de úlceras o lesiones genitales. Cualquier contacto con una lesión genital incrementa el riesgo de contagio.

### **Uso adecuado y precauciones**

Los condones pueden ser guardados en su empaque en un lugar seco y alejados de la luz hasta por 5 años. La vida de los espermicidas es de hasta 2 años. La fecha de expiración debe

ser respetada. Los condones se deterioran más rápidamente si se exponen a temperaturas mayores de 37° C, alta humedad y contaminación del ambiente. Los condones que son expuestos sin su empaque a la luz ultravioleta se debilitan en un 80-90 % en 8-10 horas. El error más común con el uso del condón es la utilización de lubricantes oleosos, los cuales a diferencia de los lubricantes acuosos, han demostrado disminuir la integridad elástica y resistencia de los condones.

En el caso de ruptura del condón, debe proveerse anticoncepción de emergencia si es necesario. La mayoría de los condones (92-98 %) nunca se rompen o se deslizan completamente. El riesgo de embarazo se estima de 1 en 23 episodios de ruptura y el riesgo de infección por HIV con una sola exposición varía entre 0,1 % - 10 %, dependiendo del tipo de transmisión (hombre-hombre, hombre-mujer, mujer-hombre) y la presencia o ausencia de lesiones genitales. Las causas más comunes de ruptura incluyen el manejo agresivo del condón, uso de lubricantes oleosos, incorrecto almacenamiento y uso después de la fecha de expiración.

#### **4.10. CONDÓN FEMENINO**

##### **Introducción**

El condón femenino consiste de una capa suave y ancha de poliuretano que funciona como un método de barrera intravaginal. Colocado correctamente, este método actúa como una barrera mecánica que previene el contacto con el semen.

Los condones de poliuretano ofrecen algunas ventajas sobre los condones de látex al ser más resistentes, transmiten mejor el calor corporal, más resistentes al deterioro, son compatibles con los lubricantes de aceite y pueden ser utilizados por aquellos sensibles o alérgicos al látex.

##### **Eficacia**

La razón de fallo del condón femenino varía en diferentes estudios. La eficacia del condón femenino es aproximadamente la misma del condón masculino y es más efectivo que otros métodos vaginales de anticoncepción. La razón de embarazo a los 12 meses con el uso apropiado es de 5 %, comparado con el 3% del condón masculino y 6 % del diafragma. La razón de embarazo a los 12 meses con su uso típico es de 20 %.

##### **Mecanismo de acción**

El condón femenino consiste de una hoja de poliuretano que se coloca en la vagina, cubriéndola completamente y previniendo el contacto del pene con la vagina. El condón atrapa el semen y es entonces descartado.

El condón femenino tiene 7,8 cm. de diámetro y 17 cm. de largo. Presenta 2 anillos flexibles, uno está adherido a la lámina de poliuretano y permanece afuera brindando algo de protección al perineo. El anillo no adherido se coloca en el extremo cerrado del condón y permite que el condón permanezca en su lugar. El condón puede ser colocado en la vagina hasta 8 horas antes de la cópula.

### **Indicaciones**

Los condones están indicados en la prevención del embarazo, enfermedades de transmisión sexual y displasia cervical. La principal motivación para el uso de condones es la prevención del embarazo más que las enfermedades. El condón femenino previene el contacto del semen con la vagina. Las mujeres que encuentren irritante los espermicidas u otros métodos vaginales, pueden preferir el condón femenino. Algunas ventajas del condón femenino incluyen la facilidad de la mujer de utilizar este método y tener control total sobre su efectividad y se ajusta adecuadamente a la anatomía de la vagina.

### **Contraindicaciones**

La única contraindicación para el uso de estos condones es la alergia al poliuretano, anomalías en la cavidad vaginal y la incapacidad de aprender a colocar el condón adecuadamente. El uso efectivo del condón requiere motivación y un alto sentido de responsabilidad.

### **Beneficios no anticonceptivos**

El uso del condón aumenta la protección anticonceptiva y contra las enfermedades de transmisión sexual de otros métodos. Uno de los beneficios más importantes del condón femenino es que son las mujeres quienes controlan este método de protección del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual.

### **Efectos adversos y problemas**

El uso del condón puede producir alergia al poliuretano o irritación. El uso de espermicidas puede aumentar la incidencia de infección del tracto urinario por E. coli ya que alteran la flora vaginal. Algunos hombres pueden quejarse de una disminución de la sensación o pérdida de la erección.

Algunas de las desventajas del condón femenino son:

- La necesidad de practicar la técnica de inserción.
- El anillo externo puede ser incómodo durante el coito.
- Costo.
- Ruido durante el coito.

## **Riesgos**

Algunos problemas técnicos pueden suceder durante el uso del condón (fuga o deslizamiento) en especial si el hombre no está acostumbrado a este método. Los condones no están siempre disponibles cuando se necesitan.

## **Mitos y realidades**

**Mito:** todo el mundo sabe cómo utilizar un condón.

**Realidad:** las mujeres, en especial las adolescentes esperan que todos los hombres sepan como utilizan un condón, pero esto no es cierto.

**Mito:** el condón protege contra todas las enfermedades de transmisión sexual.

**Realidad:** algunas personas utilizan el condón como manera de protección incluso ante la presencia de úlceras o lesiones genitales. Cualquier contacto con una lesión genital incrementa el riesgo de contagio.

## **Uso adecuado y precauciones**

Los condones pueden ser guardados en su empaque en un lugar seco y alejados de la luz hasta por 5 años. La vida de los espermicidas es de hasta 2 años. La fecha de expiración debe ser respetada. Los condones se deterioran más rápidamente si se exponen a temperaturas mayores de 37° C, alta humedad y contaminación del ambiente. Los condones que son expuestos sin su empaque a la luz ultravioleta se debilitan en un 80- 90 % en 8-10 horas. El error más común con el uso del condón es la utilización de lubricantes oleosos, los cuales a diferencia de los lubricantes acuosos, han demostrado disminuir la integridad elástica y resistencia de los condones. En el caso de ruptura del condón, debe proveerse anticoncepción de emergencia si es necesario. La mayoría de los condones (92-98 %) nunca se rompen o se deslizan completamente. El riesgo de embarazo se estima de 1 en 23 episodios de ruptura y el riesgo de infección por HIV con una sola exposición varía entre 0,1 % - 10 %, dependiendo del tipo de transmisión (hombre-hombre, hombre-mujer, mujer-hombre) y la presencia o ausencia de lesiones genitales. Las causas más comunes de ruptura incluyen el manejo agresivo del condón, uso de lubricantes oleosos, incorrecto almacenamiento y uso después de la fecha de expiración.

## **4.11. MÉTODOS QUIRÚRGICOS O PERMANENTES**

Previo a la realización de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) se deberá constatar que el paciente se ha informado, explicado sobre los riesgos, beneficios, complicaciones y le ha quedado claro en que consiste el procedimiento mediante la firma del consentimiento informado (ver anexo).

#### **4.12. VASECTOMÍA**

La vasectomía consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes. Como consecuencia, en 3 meses ó 20 eyaculaciones, el eyaculado no contiene espermatozoides, recomendándose verificar la azoospermia mediante espermiograma. Es un método de control natal que, aunque puede ser reversible en algunos casos, generalmente es permanente.

##### **Procedimiento**

Bajo asepsia (que debe incluir afeitado del campo operatorio) y anestesia local, un especialista en Urología o Ginecología, hace una pequeña incisión en la parte anterior del escroto o bien dos laterales. Los conductos deferentes se sacan a través de la incisión, se ligan y se seccionan extrayendo un segmento, de forma que los dos extremos de cada conducto quedan anudados y separados entre sí. Los procedimientos en desuso por mayor porcentaje de fallos. A continuación se introducen nuevamente los conductos en el escroto. El sangrado es mínimo y la herida suele requerir algún punto reabsorbible aunque a veces no lo precisa: se realiza presión para contribuir a su cierre.

Se recomienda no haber tomado anti-inflamatorios como la aspirina por lo menos una semana antes y después de la operación, porque pueden incrementar el riesgo de sangrado.

##### **Otras consideraciones**

- No existe la llamada “Vasectomía reversible”, toda vasectomía se hace con ánimo de irreversibilidad. Si en un futuro, alguien quisiera tener descendencia, tendría que someterse a una nueva operación: vaso-vasostomía, o bien biopsia testicular para obtener espermatozoides y fecundación artificial.
- Es conveniente ir rasurado al quirófano
- Es conveniente llevar calzoncillos ajustados y pantalones anchos: evitarán el movimiento de los testículos al andar y el roce del pantalón.
- Es conveniente no realizar ejercicios físicos intensos durante un par de semanas tras la operación.
- La vasectomía No produce ningún cambio hormonal ni sexual, sólo impide el paso de espermatozoides al líquido seminal.

La vasectomía es un procedimiento muy efectivo para evitar la concepción. La tasa de fallos no supera el 0.5 %. Después de la operación todavía hay espermatozoides almacenados, de modo que se debe usar otro método de anticoncepción hasta que el espermiograma revele que el conteo espermático es cero.

Recomiende la vasectomía como un método muy efectivo para evitar la concepción por parte del varón.

Recomiende usar otro método anticonceptivo post vasectomía hasta que el espermograma revele que el conteo espermático es cero.

Este procedimiento no tiene efectos sobre la provisión de sangre y hormonas a los genitales, de modo que no afecta la masculinidad ni la libido.

### ¿Cómo se realiza la vasectomía?

La vasectomía se realiza con anestesia local.

La técnica tradicional consiste en realizar dos incisiones en el escroto por encima de los testículos y localizar los conductos deferentes. Posteriormente se procede a ligar (ocluir) y seccionar los conductos deferentes. De esta manera al taponar y separar los conductos deferentes, los espermatozoides producidos en el testículo no salen con el semen.

La vasectomía sin bisturí (VSB) ideal y actualmente utilizada se realiza con una sola incisión. Fue introducida en China en 1974 por el Dr. Shlianqiang Li. En USA fue desarrollada por el Dr. Goldstein y en España por el Dr. Viladoms.

Con una pinza especial diseñada por el Dr. Li se localiza y se fija el conducto deferente por fuera del escroto. Tiene un diseño especial para no ejercer presión y no lesionar la piel. (Figura 1).

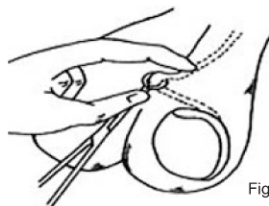


Figura 1.

Posteriormente con una pinza tipo mosquito muy afilado, diseño de Dr. Li, se practica un mínimo orificio en la piel, se saca el conducto deferente y se procede a ligar, seccionar y cauterizar (si se cuenta con electro-cauterio) los dos cabos, los cuales deben ser enviados a estudio patológico para su verificación. (Figura 2).



Figura 2.

### ¿Qué ventajas tiene la vasectomía sin bisturí?

- Ofrece la misma efectividad que la técnica clásica.
- Es más sencilla.
- La recuperación es más rápida.
- Ocasiona menos molestias.
- Existe menor posibilidad de sangrado.

## **Complicaciones que pueden suceder tras la vasectomía**

La vasectomía realizada por un médico con experiencia en esta técnica ofrece muy pocas complicaciones.

- Puede aparecer una hinchazón o inflamación leve que requieren un tratamiento con antiinflamatorios y suele ceder en 10-14 días.
- Dependiendo de la experiencia del urólogo o ginecólogo, puede aparecer un hematoma entre un 1 % y un 5 % de los casos.
- La infección es muy poco frecuente (1-3 %) y si aparece necesita un tratamiento antibiótico
- Puede producirse una recanalización (unión espontánea de los conductos deferentes) en menos del 0.4 % de los casos. Esta complicación aparece casi siempre en los primeros seis meses.
- Granuloma espermático: Si aparece puede ocasionar dolor en el lugar de la vasectomía o en el epidídimo. El dolor suele desaparecer con antiinflamatorios. Rara vez es necesario realizar una pequeña cirugía con anestesia local para resolverlo.
- La aparición de un dolor testicular crónico puede producirse en uno de cada mil pacientes.

## **¿Hay esterilidad inmediata después de la vasectomía?**

NO, tras la vasectomía persisten espermatozoides en la vía seminal. Se requieren de 20 eyaculaciones, aproximadamente tres meses, para expulsar todos los espermatozoides.

Durante este tiempo deberá utilizar otro método anticonceptivo. Antes de la realización de una vasectomía le entregaremos un documento dónde le explicamos todos los aspectos referentes a la misma.

## **¿Cambia la sexualidad tras la vasectomía?**

La sexualidad no cambia nada tras la vasectomía correctamente realizada. La vasectomía no produce cambios en:

- deseo sexual
- las hormonas masculinas
- comportamiento sexual
- erección (rigidez del pene)
- el placer u orgasmo
- los testículos

Cuando el médico lo indique, el paciente podrá tener relaciones sexuales idénticas a las previas pero sin necesidad de utilizar ningún otro método anticonceptivo.



#### **4.13. ESTERILIZACIÓN FEMENINA (OTB)**

Son frecuentes 4 procedimientos:

- Esterilización tubárica en el momento de laparotomía por operación cesárea u otra operación abdominal.
- Mini laparotomía post parto poco después del parto vaginal
- Mini laparotomía de intervalo
- Laparoscopia ó Videolaparascopia
- Post aborto

Técnicas quirúrgicas utilizadas en mini laparotomía o durante la cesárea:

Pomeroy: Se reseca un asa de la trompa después de ligar su base con material de sutura absorbible sencillo.

Pomeroy Modificado: Resección de la porción media de la trompa después de ligar el segmento con 2 puntos separados de material absorbible.

Madlener: Se tritura un asa de la trompa mediante pinzado cruzado en la base del asa, ligadura con material de sutura permanente y a continuación resección.

Irving: Se reseca la parte media de la trompa, y el muñón proximal de cada una de ellas se vuelve en sentido retrógrado y se sepulta en una pequeña herida por transfixión de la pared uterina, sitio en el que se sutura (asa ciega).

Uchida: Se inyecta una solución salina de adrenalina (1:1000) por debajo de la mucosa de la porción media de la trompa, lo que separa a la mucosa de la trompa subyacente. La mucosa se abre a lo largo del borde anti-mesentérico de la trompa, y se reseca el segmento tubárico bajo tracción de modo que el muñón proximal ligado se retraiga por debajo de la mucosa al soltarlo. A continuación la mucosa se cierra con puntos, y se sepulta el muñón proximal separándola del distal

Laparoscopia: La esterilización se logra con cualquiera de 3 técnicas:

- Coagulación eléctrica bipolar
- Banda de caucho de Silastic (Anillo de Falope)
- Grapa plástica y metálica (Grapa de Hulka).

Riesgos de la Esterilización Tubaria: Es notablemente segura, en un estudio realizado 1983 se demostró una tasa global de complicaciones de 1,7 %. Influyen en estas la anestesia general, cirugía pélvica o abdominal previa, antecedentes de EIP, obesidad

y Diabetes. La complicación importante más frecuente fue la laparotomía no intencionada para la esterilización después de haber encontrado adherencias intra-abdominales.

Beneficios de la Esterilización: Además de la Anticoncepción, la ligadura tubaria se acompaña de reducción del riesgo de Cáncer ovárico que persiste hasta durante 20 años después de la operación.

| Laparoscopia             | Embarazos /1.000 |
|--------------------------|------------------|
| Coagulación bipolar      | 2,1 - 4,0        |
| Endocoagulación          | 1,1              |
| Anillo de Falope         | 0,8 - 4,0        |
| Grapa de Hulka           | 1,8 - 5,9        |
| Grapa de Filshie         | 0 - 2,           |
| Minilaparotomía          |                  |
| Pomeroy modificada       | 1,46             |
| Pomeroy                  | 2,0              |
| Operación Cesárea        |                  |
| Pomeroy                  | 3,0              |
| Laparotomía de intervalo | 6,0              |

**Recomiende la laparoscopia como uno de los mejores métodos de esterilización femenina.**

**B**

Secuelas tardías de la Esterilización tubaria: Se ha culpado a la E.T. previa de la irregularidad y dolor menstrual incrementados. Pero en diversos estudios, esta afirmación no ha podido ser demostrada.

## 5. MÉTODOS NATURALES

La Planificación Familiar Natural (PFN) se refiere a una variedad de métodos usados para planificar o evitar embarazos, que se basan en la identificación de los días fértiles de la mujer. En el caso de los métodos naturales se utiliza la abstinencia periódica, es decir, evitando las relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles, se evita el embarazo.

La Planificación Familiar Natural proporciona una alternativa a las mujeres que desean usar métodos naturales por razones médicas o personales. También responden a las necesidades de diversas poblaciones con distintas creencias religiosas y éticas.

**No recomiende este método si el embarazo puede poner en peligro la vida de la paciente.**

**C**

**Recomiende los siguientes parámetros para el éxito de los métodos naturales para evitar los embarazos:**

- La mujer debe identificar los días realmente fértiles.
- La pareja debe ser hábil en identificar correctamente la fase fértil y seguir las normas del método que están usando.
- La Motivación de la pareja para seguir usando el método indefinidamente y
- Una Instrucción y seguimientos correctos y completos.

Las parejas que usan los métodos naturales correctamente, como una forma para evitar los embarazos, tienen solamente un 1 a 9 % de probabilidades de quedar embarazadas durante el primer año de uso, dependiendo del método que usen.

Las parejas que no usan su método correctamente -es decir, tienen relaciones sexuales durante los días en que las instrucciones del método indican que la mujer está fértil - tienen probabilidades más altas de un embarazo no intencionado.

La oferta de la Planificación Familiar Natural (PFN) amplía las opciones y mejora la calidad de los servicios de planificación familiar. Los resultados de diferentes estudios indican que en muchos países alrededor del mundo la abstinencia periódica y los métodos naturales desempeñan un papel clave en los esfuerzos de las personas por manejar su fertilidad.

Con el desarrollo de nuevos métodos naturales sencillos y fáciles de usar, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social contribuye a que las instituciones alcancen a un segmento de la población, frecuentemente desatendida, que tiene una verdadera necesidad de un método natural.

## 5.1. EL MÉTODO DE DÍAS FIJOS

**No recomiende el uso de este método en aquellos usuarios en el que no se puedan tomar decisiones como pareja sobre los días de abstinencia.**

B

**Este método es recomendable en las mujeres que tienen conocimiento del ciclo menstrual y presentan ciclos regulares de 26 y 32 días.**

El Método de Días Fijos es un método nuevo y sencillo basado en el conocimiento de la fertilidad. Se basa en una “formula fija” o una fase fija de fertilidad que les facilita a las mujeres saber cuándo tienen probabilidades de quedar embarazadas.

El hecho que no involucra cálculo ni observación alguna de señales de fertilidad hace que el Método de Días Fijos sea fácil de enseñar para los proveedores de servicios y de usar para las parejas.

Un estudio internacional realizado en Bolivia, Perú y las Filipinas

determinó la efectividad del Método de Días Fijos, concluyendo que su tasa de eficacia es de más del 95 % cuando se usa correctamente.

Para las mujeres cuyos ciclos menstruales duran de 26 a 32 días, los días 8 al 19 de sus ciclos es cuando existe la posibilidad de un embarazo. Durante todos los demás días hay muy pocas probabilidades de embarazo.



La mayoría de las mujeres que usan el Método de Días Fijos, usan el Collar del Ciclo, un hilo de cuentas codificadas por colores que representan cada día del ciclo menstrual de la mujer. El Collar del Ciclo ayuda a que la mujer sepa cuándo tiene mayores probabilidades de embarazarse si tiene relaciones sexuales sin protección. Colocando un aro de hule sobre la cuenta roja cuando inicia su menstruación, y moviéndolo diariamente, la mujer puede ver en qué día de su ciclo se encuentra. El color de la cuenta le indica si ese día puede quedar embarazada o no. Las cuentas blancas marcan los días en que es posible que quede embarazada y las cuentas marrones marcan los días en que las probabilidades de embarazo son mínimas.

## 5.2. EL MÉTODO DE OVULACIÓN

**No se recomienda este método a pacientes que presentan leucorrea**

C

El Método de Ovulación, también llamado Método Billings, se basa en la comprensión e interpretación de las cambiantes secreciones cervicales que se producen en el cuello uterino (cérvix). Durante el período de mayor fertilidad, estas secreciones se hacen claras, resbalosas y lubricantes mojadas, y se pueden estirar. La mujer que usa el Método de Ovulación observa sus secreciones diariamente, anota sus observaciones en una gráfica y las interpreta según las instrucciones de uso del método.

Las parejas que desean evitar un embarazo se abstienen de las relaciones sexuales desde el inicio de las secreciones cervicales

mucosas, hasta tres días después del último día de secreción de tipo fértil.

### **5.3. TEMPERATURA BASAL CORPORAL (TBC)**

Las mujeres que usan el Método de Temperatura Basal del Cuerpo (TBC) identifican su fertilidad observando la temperatura de su cuerpo cada mañana al levantarse antes de iniciar cualquier actividad y la anotan en una gráfica.

La temperatura del cuerpo es más baja antes de la ovulación, y sube ligeramente, unos 0.2 grados Celsius o 0.4 grados Fahrenheit, después de la ovulación.

Las parejas que desean evitar un embarazo se abstienen de las relaciones sexuales desde el inicio de la menstruación hasta tres días después que la temperatura basal del cuerpo haya subido unos 0.2 grados Celsius o 0.4 grados Fahrenheit, señalando el final de la fase fértil.

### **5.4. MÉTODO SINTOTÉRMICO**

El Método Sintotérmico implica observar cambios en las secreciones cervicales, además de cambios en la temperatura basal del cuerpo, y la posición y sensación de la apertura del útero. Otras señales de fertilidad tales como leves dolores o manchado a mitad de ciclo pueden acompañar a la ovulación. La mujer que está usando el Método Sintotérmico anota sus observaciones diariamente en una triple gráfica y las interpreta según las instrucciones de uso del método.

Las parejas que desean evitar un embarazo se abstienen de las relaciones sexuales durante el tiempo fértil identificado por los diferentes indicadores de fertilidad.

### **¿Quiénes usan los Métodos de Planificación Familiar Natural?**

Millones de personas alrededor del mundo usan métodos naturales, y millones más lo harían si los métodos naturales estuvieran a su disposición.

Mundialmente, de las mujeres casadas que están usando alguna forma de planificación familiar, aproximadamente el 15 % declara estar usando una forma de abstinencia periódica. Sin embargo sólo un porcentaje muy bajo de estas parejas está en realidad usando su método natural correctamente.

Las mujeres y parejas que usan métodos naturales citan varias ventajas:

- Son realmente “naturales” – no involucran hormonas, procedimientos médicos ni efectos secundarios;
- Mayor conocimiento de su fertilidad;
- Les ayudan a depender de sus propios recursos en vez de los recursos anticonceptivos de un programa de planificación;
- Son baratos, no requieren de re-abastecimientos costosos;
- Pueden fortalecer la comunicación e intimidad de la pareja;
- Algunas personas los prefieren por razones religiosas o culturales;
- Independientemente de sus razones para escoger un método natural, las personas aprecian el poder contar con una opción natural.

## 5.5. COITO INTERRUPTO (INTERRUMPIDO) O DEL RETIRO

### Descripción:

Durante el coito, el hombre retira el pene de la vagina antes de eyacular.

### Efectividad:

**No recomiende este método en aquellas pacientes que el embarazo no deseado pueda asociarse a un aumento de morbi-mortalidad materna.**

**Recomiende este método en aquellos usuarios que no tengan más de una pareja sexual, con el fin de prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH.**

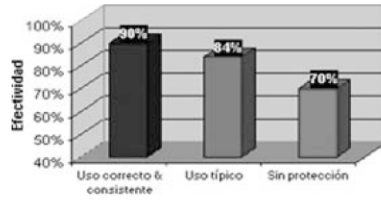
**No recomiende este método en parejas que tengan problemas de la sexualidad en la pareja, ya que puede causar frustración.**

**No recomiende este método en aquellas parejas cuyo varón padezca de eyaculación precoz.**

16 de 100 mujeres que utilicen el coito interrumpido de forma típica (uso no siempre consistente o en forma correcta) resultaran embarazadas después de 1 año de uso.

10 de 100 mujeres que usen el coito interrumpido de forma correcta y consistente resultaran embarazadas después de un año de uso. Antes de la eyaculación se da una secreción de líquido prostático,

el cual puede contener espermatozoides capaces de fecundar el óvulo y causar un embarazo. Un embarazo también puede ocurrir si el líquido prostático o el semen tienen contacto con la vulva.



### **Ventajas**

No requiere de medicamentos ni aparatos. No tiene costo

### **Desventajas**

No protege contra enfermedades de transmisión sexual. Secreciones emitidas antes de la eyaculación pueden contener espermatozoides capaces de fecundar el óvulo y causar un embarazo. Muchos hombres no saben cuando van a eyacular, no pueden contener la eyaculación, eyaculan demasiado rápido o no cumplen con su palabra de no hacerlo.

## **5.6. MÉTODO DE LA LACTANCIA (MELA)**

Recomiende este método en aquellas pacientes que deseen reafirmar el vínculo madre-hijo y favorecer la disponibilidad de la leche materna.

Recomiende este método en las usuarias que deseen planificar después del parto, el cuál no interfiera con las relaciones sexuales, no tenga costos directos, efectos secundarios y se quiera tener el beneficio extra de reducir la hemorragia post parto.

### **Eficacia**

En los primeros 6 meses después del parto, su eficacia es del 98 % (2 en cada 100). Tal eficacia aumenta cuando se usa en forma correcta y consistente, hasta 0,5 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 6 meses después del parto (1 en cada 200).

La relación entre la duración de la lactancia y la duración de la amenorrea posparto ha sido suficientemente demostrada: a mayor duración de la lactancia, mayor duración del período de amenorrea. La duración promedio del período de amenorrea en las madres que no amamantan es de 55 a 60 días, con un rango de variación entre 20 y 120 días. La lactancia exclusiva se asocia con períodos más largos de amenorrea e infertilidad que la lactancia parcial.

El método de la Lactancia Materna o MELA consiste en utilizar la lactancia como método temporal de planificación familiar.

Como método anticonceptivo, el MELA sólo es válido si:

- La lactancia es exclusiva y la madre amamanta frecuentemente, tanto de día como de noche.
- No se han reiniciado sus períodos menstruales
- El bebé es menor de 6 meses de edad.

Si estas condiciones no se cumplen, o si se cumple sólo alguna de ellas, la mujer debería hacer planes para comenzar a usar otro método de planificación familiar.

### **Mecanismo de acción**

Detiene la ovulación, ya que la lactancia materna produce cambios en la velocidad a la que se liberan las hormonas naturales.

### **Ventajas**

- Previene el embarazo en forma efectiva por lo menos durante 6 meses.
- Promueve los mejores hábitos de lactancia materna.
- Puede usarse inmediatamente después del parto.
- No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito.
- No hay costos directos relacionados a la planificación familiar o a la alimentación del bebé.
- No se requiere ningún suministro ni procedimiento para prevenir el embarazo.
- Ningún efecto secundario.

### **Desventajas**

- No hay certeza de efectividad después de los 6 meses.
- La lactancia frecuente puede crear inconvenientes o dificultades para algunas madres, en particular las que trabajan.
- No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyendo el SIDA.
- Si la madre es VIH positiva existe la posibilidad de que el VIH pase al bebé a través de la leche materna

Amenorrea de la lactancia para la planificación familiar fue estudiada por Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T en el cual se plantearon lo siguiente:

Evaluar la eficacia del Método de Amenorrea de la Lactancia como método anticonceptivo en mujeres amenorreicas con lactancia materna completa. Se comparó la eficacia del MELA, definido en 1988 en Bellagio, con definiciones alternativas de MELA; los resultados se midieron mediante tablas de vida de embarazo y menstruación.



## **Estrategia de búsqueda**

Fuentes de datos: Búsquedas en MEDLINE desde 1966 hasta 2002 y en EMBASE desde 1988 hasta 2002; listas de referencias de estudios y artículos de revisión; libros relacionados con el MELA; resúmenes publicados de congresos sobre lactancia materna, salud reproductiva, anticoncepción; y comunicaciones por correo electrónico con los coordinadores de esos estudios.

## **Criterios de selección**

1b

De 454 estudios potencialmente relevantes, 154 investigaron el riesgo de embarazo durante el MELA o la amenorrea de la lactancia. Dos revisores aplicaron los siguientes criterios de inclusión: estudio prospectivo, casos y, si estaban disponibles, los controles debían estar sexualmente activos, el embarazo debía confirmarse mediante un examen físico o una prueba de embarazo. Los puntos finales fueron las tasas de menstruación y las tasas de embarazo de las tablas de vida. Trece publicaciones, que informaban sobre nueve grupos intervención y dos grupos control, cumplieron con los criterios de inclusión y se incluyeron en esta revisión sistemática. Se evaluó su calidad.

## **Recopilación y análisis de datos**

Dos revisores extrajeron los datos independientemente; los desacuerdos se resolvieron por discusión. Debido a la heterogeneidad de los estudios incluidos, los estudios se analizaron con métodos narrativos.

## **Resultados principales**

Para el resultado, dos estudios controlados de usuarias del MELA informaron tasas de embarazo a los seis meses del 0,45 y 2,45 % y cinco estudios no controlados de usuarias del MELA informaron del 0 al 7,5 %. Las tasas de embarazo de las mujeres amenorreicas con lactancia materna completa pero que no utilizaban un método anticonceptivo eran de 0,88 en un estudio y del 0,9 al 1,2 por ciento (IC del 95 %: 0,0; 2,4) en un segundo estudio, y dependían de la definición de menstruación utilizada. La tasa de menstruación a los seis meses en todos los estudios osciló entre el 11,1 y el 39,4 por ciento.

**Recomendamos el uso del método MELA en aquellas pacientes que deseen un método natural pos parto, ya que la evidencia actual sugiere:**



- No se encontró una diferencia clara en las tasas de embarazo entre las mujeres que utilizaban el MELA con apoyo y mujeres amenorreicas con lactancia materna completa que no utilizaban un método. Debido a que la duración de

la amenorrea de la lactancia en las mujeres que utilizaban el MELA es muy distinta en las poblaciones estudiadas y específicas de la población, no está claro si el MELA prolonga la amenorrea de la lactancia.

## **5.7. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA**

### **Introducción**

La anticoncepción de emergencia es un método anticonceptivo como cualquier otro, el cual es prescrito después del coito y potencialmente antes de la fecundación. Como este método funciona antes de la fecundación, no es un método abortivo. La anticoncepción de emergencia ha sido definida como un método anticonceptivo de respaldo para su uso ocasional y no debe ser utilizado como un método de planificación familiar de rutina.

### **Mecanismo de acción**

Congruentemente con la veracidad científica necesaria del documento, es necesario anotar que el mecanismo exacto por el cual funciona la anticoncepción de emergencia no está totalmente claro; teóricamente la anticoncepción de emergencia interfiere con la maduración del folículo, el proceso ovulatorio, el moco cervical, la migración de los espermatozoides, suficiencia del cuerpo lúteo, fertilización o transporte, adhesión, desarrollo del cigoto o la receptividad endometrial. El mecanismo de acción específico difiere según el método utilizado e incluso con el mismo método dependiendo del tiempo transcurrido entre el coito y la ovulación. Sin embargo, la evidencia estadística sobre la efectividad de los métodos hormonales concuerda en que los datos clínicos sugieren que el principal mecanismo de acción es la interferencia con la ovulación. Algunos mecanismos en diferentes momentos son:

**A.** Cuando se prescribe antes de la ovulación, la terapia hormonal parece suprimir o retrasar la ovulación. Si la ovulación ocurre de todas formas, esta parece ser disfuncional.

**B.** Cuando se prescribe durante la ovulación o incluso después de esta, no se observa ningún efecto en esta. El efecto que produce en la fase lútea no es claro.

Los estudios sobre los efectos de la anticoncepción de emergencia hormonal en el endometrio no son consistentes, sin embargo, los estudios más recientes han fallado en demostrar alteraciones mayores en los mecanismos relacionados con la receptividad endometrial.

## Opciones

Existen dos tipos de anticoncepción de emergencia: los métodos hormonales que comprenden el uso de tabletas anticonceptivas y la inserción post-coital de un dispositivo intrauterino (DIU) durante los siguientes 5 días.

El método hormonal con tabletas anticonceptivas puede contener progestin levonorgestrel únicamente o una combinación de etinil estradiol y levonorgestrel. Este primero consiste en 2 dosis de 750 mcg de levonorgestrel con 12 horas de separación por vía oral.

El método Yuzpe, utilizado desde 1970, consiste en la administración oral de 2 dosis de 100 mcg de etinil estradiol y 500 mcg de levonorgestrel con 12 horas de separación. Comúnmente se utilizan tabletas de 50 mcg de etinil estradiol y 250 mcg de levonorgestrel; sin embargo, existen diferentes tipos de tabletas y aunque no representan la dosis exacta, se considera que ofrecen una eficacia equivalente.

Cuadro: Contenido hormonal de diferentes tabletas anticonceptivas adecuadas para el método Yuzpe

| Nombre      | Tabletas por dosis | Etinil estradiol mcg/dosis | Levonorgestrel    |
|-------------|--------------------|----------------------------|-------------------|
| Ovral®      | 2                  | 100                        | 500               |
| Norgyl®     | 2                  | 100                        | 1000 (norgestrel) |
| Triphasil®  | 4 amarillas        | 120                        | 500               |
| Triquilar®  | 4 amarillas        | 120                        | 500               |
| Min-ovral®  | 4                  | 120                        | 600               |
| Lo-femenal® | 4                  | 120                        | 1200 (norgestrel) |
| Microgynon® | 4                  | 120                        | 600               |
| Nordette®   | 4                  | 120                        | 400               |
| Norgylen®   | 4                  | 120                        | 600               |
| Marvelon®   | 4                  | 120                        | 600 (desogestrel) |
| Alesse®     | 5                  | 100                        | 500               |

Tomado y adaptado de: SOGC Clinical Practice Guidelines. Canadian Contraception Consensus. JOGC, No. 143- part 1 of 3 February 2004

## Efectividad

El método Yuzpe y el método de únicamente levonorgestrel, han demostrado en estudios aleatorizados, reducir el riesgo de embarazo en aproximadamente un 75-89 % respectivamente. Esto no significa que un 25 % de las mujeres que utilicen el método Yuzpe, por ejemplo, tendrán un embarazo. La realidad es que de cada 100 mujeres que han tenido lo que se considera 1 coito sin protección durante la segunda o tercera semana de su ciclo menstrual, 8 podrían quedar embarazadas, pero solo 2 quedarán embarazadas (una reducción del 75 %) después de utilizar el método Yuzpe.

Estudios recientes utilizando estimaciones estadísticas de la efectividad del método sugieren que pueden no ser tan efectivos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta una razón de

1,1 % embarazos con el método de únicamente levonorgestrel, comparado con una razón de 3,2 % de embarazos con el método Yuzpe.

### **Efectividad de acuerdo al método**

En detalle, conocemos que ambos métodos hormonales son efectivos si se utilizan entre 72 y 120 horas después de 1 coito sin protección. La efectividad del método disminuye progresivamente y de manera significativa conforme más tiempo de retraso existe entre el coito y el inicio de la terapia. Sin embargo, antes de presentar los resultados de estos estudios, es importante comentar que aunque los resultados fueron significativos, esta relación entre el tiempo de inicio y la eficacia no se ha observado en otros estudios.

El uso de levonorgestrel en 24 horas post-coito previene un 95 % de los embarazos, entre 25-48 horas (85 %) y entre 49-72 horas (58 %).

El método Yuzpe proporciona en 24 horas post-coito una prevención de un 77% de los embarazos, entre 25-48 horas (36 %) y entre 49-72 horas (31 %).

### **Efectividad de acuerdo a la dosis**

En el 2002, dos estudios controlados aleatorizados (ECA) mostraron que una sola dosis de 1,5 mg de Levonorgestrel parece ser tan efectiva como la prescripción estándar de 2 dosis. Sin embargo algunos estudios han encontrado diferencias no significativas a favor de la prescripción estándar de 2 dosis (54 % vs. 67 % para su uso típico y 62 % vs. 73 % para su uso perfecto).

### **Efectividad de acuerdo a “otros factores”**

La terapia hormonal es menos efectiva en mujeres que no la toman de manera adecuada de acuerdo a las instrucciones y en aquellas que presentan subsiguientes coitos sin protección después de tomar el tratamiento.

El uso repetido de la anticoncepción de emergencia como una terapia anticonceptiva regular no ha demostrado proveer adecuada eficacia anticonceptiva. En un estudio se analizó la utilización del método 1 hora post-coito durante 6 meses; encontrándose una razón general de embarazo de 6 por 100 años-mujer, lo que es el doble de fallo que para la terapia con anticonceptivos orales combinados. Se presentó sangrado irregular en un 70% de los participantes.

## **Indicaciones**

Médicamente, los profesionales de la salud deben considerar la anticoncepción de emergencia en cualquier mujer que desee evitar un embarazo y se presenta hasta 5 días posterior al coito sin protección o inadecuadamente protegido. Un DIU puede ser considerado hasta 7 días post-coito siempre y cuando estos estén comprendidos dentro de los 5 días posteriores a la ovulación como máximo. Esto incluye las siguientes situaciones:

- No se utilizó un método anticonceptivo.
- Ruptura o fuga del condón.
- Desplazamiento del diafragma o la copa cervical.
- Omisión de 2 tabletas anticonceptivas.
- Retraso de 1 semana en la inyección de medoxiprogesterona de depósito.
- Eyaculación en los genitales externos.
- Error en el cálculo de los tiempos de fertilidad.
- Violación sexual.

Debido a que es difícil determinar con certeza el tiempo infértil del ciclo menstrual, cualquier mujer con la condición anterior y preocupada sobre su riesgo de embarazo debe ser provista con el tratamiento sin importar el día de su ciclo en que se encuentre.

Aunque la anticoncepción de emergencia no es recomendada como una forma regular de anticoncepción, su uso repetido no ha mostrado algún riesgo a la salud y esta no debe ser razón para negarle el acceso al tratamiento a ninguna mujer.

## **Contraindicaciones**

La única contraindicación absoluta para el uso de la anticoncepción de emergencia es la presencia de embarazo confirmado, debido a que no funciona. El efecto que produce el tratamiento en el embarazo es desconocido pero no se ha observado ningún efecto teratogénico en aquellos fetos expuestos a los anticonceptivos orales.

De acuerdo con la OMS, no se conocen contraindicaciones médicas para la anticoncepción de emergencia, excepto por alergia reconocida a alguno de sus componentes. Los datos del Reino Unido, donde reportan 4 millones de prescripciones al año, muestran 6 eventos adversos graves (3 trombosis venosas y 3 eventos cerebrovasculares); en ninguno de estos eventos se pudo demostrar una relación clara entre el evento y el uso de la terapia. Las mujeres que tienen contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales, como por ejemplo las fumadoras mayores

de 35 años, pueden utilizar la terapia de anticoncepción de emergencia sin ningún problema debido a lo breve de la terapia. No se ha encontrado ningún aumento significativo en el desarrollo de tromboembolismo venoso con la utilización de anticonceptivos orales combinados, pero los estudios con frecuencia excluyen a las mujeres con contraindicaciones para el uso de anticonceptivos orales. Siendo que el método de únicamente levonorgestrel no posee ningún riesgo teórico, este puede ser una opción de preferencia en aquellas mujeres con contraindicaciones absolutas para utilizar estrógenos, por ejemplo: aquellas mujeres portadoras de trombofilias, historia de accidente vascular cerebral o infarto agudo del miocardio o aquellas con migraña activa con síntomas neurológicos.

Si se considera el uso de un DIU, debe asegurarse que es un método apropiado para la paciente

Debe excluirse la presencia de embarazo, lo cual puede requerir pruebas de embarazo, especialmente en aquellas que copularon en período fértil del ciclo menstrual.

No debe existir historia reciente de enfermedad pélvica inflamatoria. Bajo riesgo de infecciones de transmisión sexual.

Ausencia de infección vaginal o cervical al examen físico.

A la hora de la inserción, deben tomarse muestras endocervicales para exámenes por *N. gonorrhoeae* y *Chlamydia*, además de considerarse el uso de antibióticos como doxiciclina, azitromicina y metronidazol para reducir el riesgo de infección pélvica.

### **Evaluación y Seguimiento**

Cuando se prescribe una terapia de anticoncepción de emergencia, los profesionales de la salud deben utilizar la oportunidad para discutir otros aspectos como por ejemplo si existió coerción durante el acto sexual, riesgo de infección de transmisión sexual y la necesidad de una terapia anticonceptiva continuada.

Las mujeres deberían ser informadas sobre los efectos adversos potenciales de la terapia y que esta no brinda protección contra el embarazo en subsecuentes copulas sin protección después del tratamiento. Si una mujer sin contraindicaciones para los anticonceptivos orales, desea iniciar la terapia, lo puede hacer en su próximo periodo menstrual o el día siguiente de utilizar la terapia de anticoncepción de emergencia. Un método de barrera debe ser utilizado hasta que tenga al menos 7 días de utilizar los anticonceptivos orales.

Las mujeres deben ser aconsejadas sobre realizarse una prueba de embarazo si no presentan su sangrado menstrual normal en 21

días posteriores a la anticoncepción de emergencia o 28 días si inició los anticonceptivos orales después de la terapia.

### **Efectos Adversos**

La terapia de 2 dosis de levonorgestrel presenta significativamente menos efectos que el método Yuzpe; náusea (23,1 % vs. 50,5 %), vómito (5,6 % vs. 18,8 %), mareo (11,2 % vs. 16,7 %) y fatiga (16,9 % vs. 28,5 %). Al analizar los métodos de 1 dosis en comparación con 2 dosis, ambos presentan similares incidencias de efectos adversos. Algunas posibles complicaciones asociadas con el DIU como anticoncepción de emergencia incluyen el dolor pélvico, sangrado anormal, infección pélvica, perforación uterina y expulsión.

### **Próxima Menstruación**

La mayoría de las mujeres presentarán su próximo período menstrual en un máximo de 3 semanas posterior al tratamiento. En 1998 la OMS estudió este tema y encontró que es muy similar para ambos métodos hormonales y un 57% reportó presentar la menstruación en los próximos 3 días y un 28 % reportó un tiempo mayor de 3 días. En general cerca de un 15 % presentan una menstruación temprana.

Intervenciones para la anticoncepción de emergencia según Cheng L, Gülmezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PFA en sus análisis podemos decir que se plantearon lo siguiente:

#### **Objetivos**

Determinar el método de anticoncepción de emergencia más efectivo, seguro y conveniente para la prevención del embarazo después de tener relaciones sexuales sin protección.

#### **Criterio de selección**

Se consideró elegible a aquellos estudios aleatorizados o casi aleatorizados que incluyeran mujeres que acudían a los servicios de salud para recibir anticoncepción de emergencia después de una sola relación sexual sin protección.

### **Recopilación y análisis de datos**

1a

Dos revisores extrajeron por duplicado información sobre los resultados y las características de los estudios clínicos. Los resultados se expresaron en términos de riesgo relativo mediante un modelo de efectos fijos, con un intervalo de confianza del 95 %. Resultados principales

Se incluyeron 15 estudios clínicos en la revisión, la mayoría de los cuales (8/15) se llevaron a cabo en China. En general, las

comparaciones entre intervenciones incluyeron uno o dos estudios clínicos, aunque algunos se midieron adecuadamente mediante cálculos de potencia estadística. Aparentemente, la efectividad de levonorgestrel resultó ser superior a la del tratamiento Yuzpe (dos estudios clínicos, riesgo relativo [RR]: 0,51; IC 95 %: 0,31 a 0,84) y con una menor incidencia de efectos secundarios (RR: 0,80; IC 95 %: 0,76 a 0,84). En un estudio de gran magnitud realizado en China, el levonorgestrel demostró ser menos efectivo que la mifepristona fabricada en ese país (RR: 2,17; IC 95 %: 1,00 a 4,77). Se observó que, aparentemente, la efectividad de diferentes dosis de mifepristona era similar, pero la frecuencia del retraso en el inicio del período menstrual subsiguiente aumentaba con una dosis mayor.

### **Conclusiones de los autores**

Recomendamos el uso de levonorgestrel y la mifepristona en el método de anticoncepción de emergencia ya que parecen ofrecer la más alta eficacia con un perfil de efectos secundarios aceptable. Una de las desventajas del uso de mifepristona es que origina un retraso en el inicio de la siguiente menstruación, lo que puede provocar ansiedad en la mujer.

### **Se recomienda utilizar levonorgestrel y mifepristona en el método de anticoncepción por emergencia.**

A

Ahora bien, este efecto parece estar relacionado con la dosis utilizada; el empleo de dosis bajas minimizaría el retraso y no comprometería la efectividad. Sería recomendable realizar en estudios futuros una comparación de efectividad entre la mifepristona y el levonorgestrel.

### **Mitos y realidades**

**Mito:** las tabletas de anticoncepción de emergencia son abortivas.

**Realidad:** las tabletas no poseen efecto alguno en un embarazo establecido; actúan antes de la implantación y por tanto no son abortivas.

**Mito:** la anticoncepción de emergencia protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH / SIDA.

**Realidad:** la anticoncepción de emergencia no protege a la mujer de las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo el VIH / SIDA.

**Mito:** la anticoncepción de emergencia siempre provoca la menstruación inmediatamente después de ser tomadas.



**Realidad:** la menstruación se presenta por lo general en los siguientes 3 días (58 %).

**Mito:** las mujeres que no pueden tomar tabletas anticonceptivas regulares tampoco pueden usar la anticoncepción de emergencia.

**Realidad:** la anticoncepción de emergencia se utiliza durante un corto lapso de tiempo, por lo tanto las contraindicaciones con el uso continuado de anticonceptivos hormonales no se aplican al método de emergencia.

**Mito:** si las tabletas son muy fáciles de obtener, las mujeres abusarán de este tratamiento.

**Realidad:** cuando se han prescrito las tabletas de forma previa a las mujeres en riesgo, las han utilizado de manera apropiada y no han abandonado su terapia anticonceptiva regular.

**Mito:** las tabletas tienen altas dosis de hormonas y son peligrosas para la salud.

**Realidad:** la duración breve de la terapia es extremadamente segura y puede ser utilizada por casi cualquier mujer que la necesite.

**Mito:** la anticoncepción de emergencia puede dañar al embrión si la mujer ya está embarazada.

**Realidad:** no hay evidencia científica de contraindicación médica absoluta o relativa para la mujer si ya estaba embarazada o para el producto de la concepción.

**Mito:** brindar información sobre anticoncepción de emergencia promueve o incentiva las relaciones sexuales entre adolescentes.

**Realidad:** diversos estudios han demostrado que los adolescentes no son más propensos a tener relaciones sexuales luego que conocen sobre la anticoncepción de emergencia.

**Mito:** las mujeres quedan embarazadas debido a conductas sexuales irresponsables, por lo que deben asumir las consecuencias.

**Realidad:** en general, la procreación no puede ser realizada por un ser humano en solitario. Muchas veces las mujeres no tienen información acerca de cómo prevenir los embarazos no deseados, no tienen acceso a métodos anticonceptivos, no tienen la posibilidad de negociar el uso de un método por situaciones de violencia o simplemente el método falló.

**Mito:** Las mujeres no piden información sobre anticoncepción de emergencia porque no la necesitan.

**Realidad:** Las pacientes consultan para resolver situaciones de emergencia en la cual pueden tener riesgo no deseado de embarazo.

**Recomendaciones:**

**Recomiende, en casos específicos, la terapia de anticoncepción de emergencia como un método anticonceptivo no abortivo.**

**D**

**Recomiende y prescriba terapia de anticoncepción de emergencia a las mujeres que deseen prevenir un posible embarazo y han tenido un coito sin protección en los anteriores 5 días inclusive.**

**B**

**Inicie la terapia de anticoncepción de emergencia tan pronto sea posible después del coito sin protección.**

**C**

**Evalué la posibilidad de embarazo en aquellas mujeres que no presentan su menstruación en los 21 días siguientes a la terapia de anticoncepción de emergencia.**

**A**

## **6. INFORMACIÓN PARA EL USO RACIONAL DE SISTEMAS ANTICONCEPTIVOS**

Información para el uso racional de Sistemas Anti conceptivos

| Sistema                  | Efectos Adversos         | Contraindicaciones |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| Anticonceptivo           |                          |                    |
| Dispositivo intrauterino | Sangrado vaginal         | * Artralgias       |
| DIU                      | Dismenorrea              | * Úlcera gástrica  |
|                          | Infección                | * Enfermedad renal |
|                          | Perforación uterina      | * Severa           |
|                          | Expulsión                | * Fluorosis dental |
|                          | Falla                    |                    |
|                          | Embarazo con DIU in situ |                    |
|                          | Amenorrea                |                    |
|                          | Oligomenorrea            |                    |
|                          | Dolor menstrual          |                    |

**Precauciones y puntos clave:**

Es muy importante descartar la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria (últimos 3 meses) y enfermedades de transmisión sexual.

| <b>Información para el uso racional de Sistemas Anti conceptivos</b> |                           |   |
|--|---------------------------|---|
| <b>Sistema</b>   | <b>Efectos Adversos</b>   | <b>Contraindicaciones</b>                           |
| Anticonceptivo   |                           |   |
|  | Disminución placer sexual | Alergia al látex y / o espermaticida                |
| Preservativo   |                           | Disfunciones sexuales asociadas a capacidad eréctil |
|  |                           | Mujeres con riesgo reproductivo alto                |
| Moco cervical o de collar Billins                                    |                           | Mujeres con riesgo reproductivo alto                |
|  |                           | Presencia de flujos Vaginales o infecciones         |

| <b>Información para el uso racional de Sistemas Anti conceptivos</b> |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
| <b>Sistema</b>   | <b>Efectos Adversos</b>         | <b>Contraindicaciones</b>                           |
| Anticonceptivo   |                                 |   |
| Método del collar  |                                 | Mujeres con riesgo reproductivo alto                |
|  |                                 | Dificultades para identificar los días fértiles     |
|  |                                 | Dificultades en la abstinencia sexual               |
|  |                                 | Irregularidad menstrual                             |
|  |                                 | Múltiples parejas sexuales                          |
| Coito Interrumpido   |                                 | Mujeres con riesgo reproductivo alto                |
|  |                                 | No protege contra infecciones de transmisión sexual |
|  |                                 | Múltiples parejas sexuales                          |
| Esterilización femenina  | Riesgo quirúrgico y anestésico  | Embarazo  |
|  |                                 | Trastorno tromboembólico                            |
|  |                                 | Cardiopatía isquémica                               |
|  |                                 | Cáncer cervical esperando tratamiento               |
|  |                                 | Infección de transmisión sexual activa              |
|  |                                 | Hepatitis viral activa                              |
| Vasectomía   | Riesgo quirúrgico y anestésico  | Infecciones locales o de transmisión sexual         |
|  |                                 | Trastornos coagulación                              |
|  |                                 | Hernia inguinal                                     |
|  |                                 | Criptorquidia                                       |
|  |                                 | Varicocele  |
|  |                                 | Cáncer de testículo                                 |
| Espermicidas   | Irritación vaginal y en el pene | Riesgo reproductivo alto                            |
|  |                                 | Parejas alérgicas al espermicida                    |
|  |                                 | Poca motivación para aplicarse espermicida          |

| Información para el uso racional de Sistemas Anti conceptivos |                       |   |
|---|-----------------------|---|
| Sistema   | Efectos Adversos      | Contraindicaciones                      |
| Anticonceptivo  |                       |   |
| Orales combinados   | Cefalea               | Cáncer de mama actual                   |
|   | Visión borrosa        | Hemorragia vaginal de causa desconocida |
| Medroxiprogesterona   | Hipertensión arterial | Hipertensión arterial                   |
| Acetato   | Dolor en muslo o      | Coagulopatías                           |
| Código 687  | pantorrillas          | Valvulopatía cardíaca                   |
| Nivel III   | Edema                 | Embarazo                                |
| Grupo terapéutico XI  | Hemorragia vaginal    | Enferm. Cerebro-vascular                |
| Concentración/<br>presentación 150 mg / ml                    |                       | Cirugía reposo extenso                  |
| Solución inyectable   |                       |   |
|   | Raros                 |   |
|   | Acné vulgaris         |   |
|   | Alopecia              |   |
|   | Cloasma               |   |
|   | Depresión             |   |
|   | Fiebre                |   |
|   | Galactorrea           |   |
|   | Colelitiasis          |   |
|   | Hirsutismo            |   |
| Implantes subdérmicos   |                       |   |
| Parches transdérmicos   |                       |   |

### Precauciones y Puntos Clave:

Considere métodos alternativos en los casos de sangrado u trastornos del estado de ánimo.

## **6.1. REFERENCIA AL SIGUIENTE NIVEL DE ATENCIÓN**

Las complicaciones deben ser atendidas en sus respectivas unidades según lugar de residencia. En caso de ser complicaciones que no puedan ser resueltas, deberán ser referidas a la unidad superior de referencia de dicha unidad asistencial, manteniendo la jerarquización administrativa de la institución.

Entre los casos a ser considerados en el párrafo anterior están, entre otros:

- 1- DIU extraviado (hilos no visibles).
- 2- DIU in situ y embarazo diagnosticado.
- 3- Enfermedad Pélvica Inflamatoria o Infección de Transmisión Sexual asociado a DIU.
- 4- Hemorragias uterinas profusas o mayores de 15 días con uso de anticonceptivos hormonales de depósito o DIU.
- 5- Epididimitis o masas testiculares post vasectomía.
- 6- Fístulas vesicales post OTB.

## **7. PUNTOS CLAVE DE ANÁLISIS DE DESEMPEÑO**

- Porcentaje de embarazos no deseados.
- Porcentaje de mujeres sexualmente activas que utilizan algún método anticonceptivo.
- Porcentaje de efectos adversos documentados por el uso de algún método anticonceptivo.
- Porcentaje de perforaciones uterinas por la colocación de un DIU.
- Porcentaje de enfermedades de transmisión sexual.

## 8. ANEXOS

### I ABREVIATURAS

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>ACV:</b>            | Accidente Vascular Cerebral                         |
| <b>AINES:</b>          | Anti Inflamatorios no Esteroides.                   |
| <b>AMDPD:</b>          | Acetato de Medroxi-progesterona de Depósito.        |
| <b>AOC:</b>            | Anticonceptivos Orales Combinados.                  |
| <b>APROFAM:</b>        | Asociación Pro Bienestar de la Familia.             |
| <b>AQV:</b>            | Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.               |
| <b>cm:</b>             | Centímetros   |
| <b>DIU:</b>            | Dispositivo Intra Uterino                           |
| <b>EPI:</b>            | Enfermedad Pélvica Inflamatoria.                    |
| <b>ETS:</b>            | Enfermedad de Transmisión Sexual.                   |
| <b>FDA:</b>            | FOOD DRUG ADMINISTRATION (por sus siglas en inglés) |
| <b>IMC:</b>            | Índice de Masa Corporal                             |
| <b>IC:</b>             | Intervalo de Confianza.                             |
| <b>IM:</b>             | Intra muscular                                      |
| <b>Kg:</b>             | Kilogramo   |
| <b>mcg:</b>            | microgramo  |
| <b>mg:</b>             | miligramo   |
| <b>mm:</b>             | milímetro   |
| <b>mm<sup>2</sup>:</b> | milímetros cuadrados                                |
| <b>mm Hg:</b>          | milímetros de mercurio                              |
| <b>MDF:</b>            | Método de Días Fijos.                               |
| <b>MELA:</b>           | Método de Lactancia Amenorrea.                      |
| <b>OMS:</b>            | Organización Mundial de la Salud.                   |
| <b>OTB:</b>            | Oclusión Tubárica Bilateral.                        |
| <b>PFN:</b>            | Planificación Familiar Natural.                     |
| <b>SIDA:</b>           | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.            |
| <b>TBC:</b>            | Temperatura Basal Corporal.                         |
| <b>Tcu:</b>            | DIU T de cobre                                      |
| <b>TEV:</b>            | Trombo-embolismo venoso                             |
| <b>TPS:</b>            | Tabletas de Progestágenos Solos.                    |
| <b>VIH +:</b>          | Virus Inmunodeficiencia Humana positivo             |
| <b>VPH:</b>            | Papiloma virus Humano.                              |
| <b>VSB:</b>            | Vasectomía sin Bisturí.                             |

## II TARJETAS DE CONSEJERÍA

**A**

### EL CONDÓN



- Es una bolsa de látex (un material elástico) que se coloca en el pene duro o parado antes de cada relación sexual.
- Es el único método que le ayuda a usted y a su pareja a evitar el embarazo y algunas infecciones de Transmisión Sexual y VIH.
- Se coloca en el pene cuando ya está parado, antes de meterlo en la vagina de la mujer o en relaciones anales.
- Se usa uno nuevo para cada vez que termina una relación sexual.

El Condón se usa con los métodos naturales para tener relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer.

El Condón debe usarse en combinación con cualquier otro método para evitar algunas infecciones de Transmisión Sexual y VIH.

28 de 200

**B**

**PREGUNTE:**

- ¿Un embarazo puede ser peligroso para su vida o la de su pareja?
- ¿Usted o su pareja son alérgicos al material con que se fabrica el Condón (látex)?

USE LA TARJETA DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA EVALUAR EL RIESGO QUE TIENE LA PERSONA DE CONTRAER ITS/VIH. SI TIENE RIESGO, NO DEBE DESCARTAR EL CONDÓN.

RESPONDE SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS. ES UN MÉTODO NO APROPIADO PARA EL HOMBRE O LA MUJER.

**A**

### LA PASTILLA



- Es una pastilla que la mujer toma todos los días, a la misma hora.
- Si está dando de mamar, puede empezar a tomarla 6 meses después del parto.
- Cuando la mujer desea quedar embarazada, sólo deja de tomarlas.
- Es normal que en los primeros meses de uso, algunas mujeres sientan náuseas, mareos y/o vómitos. Generalmente desaparecen en los primeros 3 meses.

Este método no evita las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH (el virus que causa el SIDA). Sólo el uso correcto y constante del Condón en las relaciones sexuales protege contra algunas ITS y VIH.

12 de 200

**B**

**PREGUNTE:**

- ¿Tiene sangrado vaginal que no sea menstruación o regla?
- ¿Tiene actualmente alguna enfermedad del hígado (hepatitis)?
- ¿Tiene más de 35 años y fuma más de 15 cigarrillos al día?
- ¿Ha tenido alguna enfermedad del corazón, infarto, presión alta, difícil coagulación de la sangre o diabetes por 20 años o más?
- ¿Ha tenido o tiene cáncer de mama?
- ¿Cree que se le podría olvidar tomar la Pastilla todos los días?
- ¿Tiene un niño o niña menor de seis meses y todavía le está dando de mamar?

ASEGÚRESE CON LA PRUEBA VERBAL DE EMBARAZO QUE LA MUJER NO ESTÁ EMBARAZADA.

Algunas medicinas usadas para tratar el VIH e infecciones oportunistas relacionadas al VIH pueden reducir la efectividad de la Pastilla.

RESPONDE SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS. ES UN MÉTODO NO APROPIADO PARA LA MUJER.

**A**

### Espaciamiento ideal entre Embarazos

HAGA LAS PREGUNTAS SIGUIENTES:

| FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO  | MÁS RIESGO | MEJOR RIESGO |
|--|------------|--------------|
| 1. ¿El espaciamiento entre sus dos últimos embarazos fue menor de 3 años?                                    | SI         | NO           |
| 2. Si se embarazara ahora ¿el espaciamiento entre su embarazo anterior y éste sería menor de 3 años?         | SI         | NO           |
| 3. Si se embarazara ahora ¿el espaciamiento entre su embarazo y una pérdida anterior sería menor de 6 meses? | SI         | NO           |

SI RESPONDE SI A UNA O MÁS PREGUNTAS, RECOMIENDE ESPACIAMIENTO IDEAL ENTRE EMBARAZOS.

| OTROS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO   | MÁS RIESGO | MEJOR RIESGO |
|---|------------|--------------|
| 4. ¿Ha tenido más de 3 embarazos?   | SI         | NO           |
| 5. ¿Tiene menos de 20 años o más de 35 años?  | SI         | NO           |
| 6. ¿Tiene historia de pérdidas, mortinatos, muerte de recién nacidos o complicaciones en el embarazo, parto o posparto? | SI         | NO           |

Use lado B y regrese al algoritmo para ofrecerle Métodos de Planificación Familiar.

**B**

### Espaciamiento ideal entre embarazos

La salud del niño(a) y de la madre se beneficia al dejar pasar al menos 2 años entre el nacimiento de un hijo y el siguiente embarazo.

Espaciar los embarazos ayuda a que hayan:

- Menos muertes de madres
- Menos complicaciones en el embarazo y parto
- Menos muertes de recién nacidos y recién nacidas
- Menos recién nacidos con bajo peso al nacer o pequeños al nacer
- Menos muertes de niñas y niños
- Menos niños y niñas desnutridos
- Más tiempo para que la madre, se dedique a ella misma, trabaje y participe en el desarrollo de su comunidad
- Más recursos para dar alimentos, vivienda, educación y salud a cada niño o niña

También es aconsejable retrasar el primer embarazo si tiene menos de 20 años y no tener más embarazos si pasa de los 35 años.

**A**

### Prueba Verbal para descartar Embarazo

HAGA TODAS LAS PREGUNTAS SIGUIENTES:

|  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Está usando correctamente un método para planificar su familia?  | SI | NO |
| 2. ¿Le ha venido su regla en los últimos 7 días?   | SI | NO |
| 3. ¿Ha tenido un aborto o pérdida en los últimos 7 días?   | SI | NO |
| 4. ¿Ha tenido un parto en el último mes?   | SI | NO |
| 5. ¿Tiene un hijo o hija menor de 6 meses, le está dando sólo pecho y todavía no ha visto su regla (MELA)? | SI | NO |
| 6. ¿Ha evitado tener relaciones sexuales desde que le empezó su última regla?                              | SI | NO |

**B**

### Prueba Verbal para descartar Embarazo

RESPONDE NO A TODAS ESTAS PREGUNTAS, PODRÍA ESTAR EMBARAZADA

ENTREGUE CONDONES Y/O SUGERALE QUE NO TENGA RELACIONES SEXUALES MIENTRAS ESPERA SU REGLA Y FIDALE QUE VUELVA

RESPONDE SI A UNA O MÁS DE ESTAS PREGUNTAS, ES SEGURO QUE NO ESTÁ EMBARAZADA

VAYA AL PASO 2 DEL ALGORITMO

**A**

**Comportamientos de Riesgo de ITS/VIH**  
HAGA LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

| COMPORTAMIENTOS DE RIESGO   | MÁS RIESGO | MEJOR RIESGO |
|---|------------|--------------|
| 1. ¿Tiene relaciones sexuales sin usar (o sin que su pareja use) un condón? | SI         | NO           |
| 2. ¿Tiene varias parejas sexuales?  | SI         | NO           |
| 3. ¿Su(s) pareja(s) tiene(n) otras parejas sexuales?                        | SI         | NO           |
| 4. ¿Ha tenido o tiene infecciones de Transmisión Sexual?                    | SI         | NO           |
| 5. ¿Su pareja ha tenido o tiene infecciones de Transmisión Sexual?          | SI         | NO           |
| 6. ¿Consumo alcohol en actividades relacionadas con el sexo?                | SI         | NO           |

PASE AL LADO B

**Sólo el uso correcto y constante del Condón en las relaciones sexuales protege contra algunas ITS y VIH.**

**B**

**Comportamientos de Riesgo de ITS/VIH**


| OTROS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO   | MÁS RIESGO | MEJOR RIESGO |
|---|------------|--------------|
| 7. ¿Es hombre y tiene sexo sin condón con hombres?  | SI         | NO           |
| 8. ¿Es mujer y tiene sexo anal sin condón?  | SI         | NO           |
| 9. ¿Su papel en la relación sexual es pasivo (receptivo)?                                       | SI         | NO           |
| 10. ¿Ha tenido o tiene sexo sin condón por dinero?  | SI         | NO           |
| 11. ¿Ha tenido o tiene relaciones sexuales sin condón con una persona VIH positiva?             | SI         | NO           |
| 12. ¿Usa drogas inyectadas y comparte agujas?   | SI         | NO           |
| 13. ¿Ha tenido o tiene relaciones sexuales sin condón con alguna persona que se inyecta drogas? | SI         | NO           |

RESPONDE SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS TIENE RIESGO DE CONTRAER ITS/VIH/SIDA

**Sólo el uso correcto y constante del Condón en las relaciones sexuales protege contra algunas ITS y VIH.**

**A**

**LA T DE COBRE**  
(DIU)



- El personal de salud la coloca dentro de la matriz de la mujer. Está hecha de plástico y cobre.
- Puede durar hasta 10 años y solo tiene que ir al servicio de salud una vez al año para controlarse. Cuando la mujer desea quedar embarazada, va al servicio de salud para que se la quiten.
- Es normal que en los primeros meses de uso, algunas mujeres tengan aumento del sangrado durante la regla y/o cólico menstrual.
- Se la pueden colocar después del parto, de un aborto, durante una cesárea o en cualquier momento.

Este método no evita las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH (el virus que causa el SIDA). Sólo el uso correcto y constante del Condón en las relaciones sexuales protege contra algunas ITS y VIH.

1 de 200

**B**

**PREGUNTE:**

- ¿Tiene sangrado vaginal que no sea menstruación o regla?
- ¿Tiene o ha tenido infecciones o flujo en la vagina con mal olor, de color verde o amarillo?
- ¿Tiene usted o su pareja varias parejas sexuales?


USE TARJETA DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO DE ITS/VIH. ASEGÚRESE CON LA PRUEBA VERBAL DE EMBARAZO QUE LA MUJER NO ESTÁ EMBARAZADA.

**ASEGÚRESE CON UN EXAMEN FÍSICO QUE:**  
NO TIENE UNA INFECCIÓN O FLUJO VAGINAL ANORMAL  
NO TIENE EL CUELLO DE LA MATRIZ CERRADO O RÍGIDO  
NO TIENE ANORMALIDADES O TUMORES UTERINOS

RESPONDE SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS Y/O COMPRUEBE CON EL EXAMEN FÍSICO QUE TIENE ANORMALIDADES ES UN MÉTODO NO APROPIADO PARA LA MUJER

**A**

**MELA**  
(Método de sólo dar de mamar)



Es un método que funciona así:

- La madre NO ha visto su menstruación o regla después del parto.
- La madre da sólo pecho cada vez que el niño o la niña quiera mamar, de día y de noche.
- El niño o niña tiene menos de 6 meses de edad.

Este método no evita las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH (el virus que causa el SIDA). Sólo el uso correcto y constante del Condón en las relaciones sexuales protege contra algunas ITS y VIH.

4 de 200

**B**

**PREGUNTE:**

- ¿Ya vio su regla o menstruación después del parto?
- ¿Está dando otros líquidos o comidas además de leche materna a su hijo o hija?
- ¿Tiene un hijo o hija de 6 meses de edad o más?
- ¿Un embarazo podría ser peligroso para su vida?

Las madres VIH positivas que dan pecho, deben dar sólo pecho por 4 meses

RESPONDE SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, ES UN MÉTODO NO APROPIADO PARA LA MUJER

**A**

**LA INYECCIÓN**  
(de 3 meses)



- Es una inyección que se pone en la cadera o el brazo cada 3 meses.
- Cuando la mujer desea quedar embarazada, deja de ponérsela y puede pasar hasta un año y medio antes de quedar embarazada.
- Es normal que en las primeras dos inyecciones vea manchado entre una y otra menstruación y a partir de la tercera inyección podría dejar de ver su menstruación.
- Después de seis semanas del parto la pueden usar las mujeres que están dando pecho.

Este método no evita las infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH (el virus que causa el SIDA). Sólo el uso correcto y constante del Condón en las relaciones sexuales protege contra algunas ITS y VIH.

1 de 200

**B**

**PREGUNTE:**

- ¿Tiene sangrado vaginal que no sea menstruación o regla?
- ¿Ha tenido o tiene cáncer de mama?
- ¿Le molestaría mucho tener cambios en su menstruación o regla, especialmente no ver su menstruación?

ASEGÚRESE CON LA PRUEBA VERBAL DE EMBARAZO QUE LA MUJER NO ESTÁ EMBARAZADA. PREFERIBLEMENTE LA MUJER NO DEBE UTILIZAR LA INYECCIÓN POR MÁS DE 2 AÑOS


Algunas medicinas usadas para tratar el VIH e infecciones oportunistas relacionadas al VIH pueden reducir la efectividad de la inyección.

RESPONDE SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ES UN MÉTODO NO APROPIADO PARA LA MUJER



**A**

## LA OPERACIÓN DE LA MUJER



1. Es una operación para la mujer que ya no desea tener más hijos o hijas. Es para siempre.
2. Es una operación sencilla y muy segura que dura menos de 20 minutos. La mujer puede regresar a su casa el mismo día.
3. Las relaciones sexuales de la pareja siguen igual y la mujer sigue viendo su regla.
4. Se la pueden hacer después del parto, de un aborto, durante una cesárea o en cualquier momento.

Este método no evita las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH (el virus que causa el SIDA). Sólo el uso correcto y constante del Condón en las relaciones sexuales protege contra algunas ITS y VIH.

1 de 200

**B**

**PREGUNTE:**

- ¿Está segura que desea operarse para no tener más hijos o hijas?

INFORME SOBRE LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ¿Estaría dispuesta a firmar una Hoja de Consentimiento Informado para realizarse la Operación?


ASEGÚRESE CON LA PRUEBA VERBAL DE EMBARAZO QUE LA MUJER NO ESTÁ EMBARAZADA.

RESPONDE SÍ A TODAS LAS PREGUNTAS.  
ES UN MÉTODO APROPIADO PARA LA MUJER

**A**

## LA OPERACIÓN DEL HOMBRE

(Vasectomía)



1. Es una operación para el hombre que ya no desea tener más hijos o hijas. Es para siempre.
2. Es una operación sencilla y muy segura que dura menos de 15 minutos.
3. Las relaciones sexuales de la pareja siguen igual y el hombre sigue sacando semen pero sin espermatozoides (semillas).
4. El hombre puede regresar a su casa el mismo día, entre 2 y 4 horas después de la Operación.

Este método no evita las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH (el virus que causa el SIDA). Sólo el uso correcto y constante del Condón en las relaciones sexuales protege contra algunas ITS y VIH.

2 de 1000

**B**

**PREGUNTE:**

- ¿Está seguro que desea operarse para no tener más hijos o hijas?

INFORME SOBRE LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ¿Estaría dispuesto a firmar una Hoja de Consentimiento Informado para realizarse la Operación?

RESPONDE SÍ A TODAS LAS PREGUNTAS.  
ES UN MÉTODO APROPIADO PARA EL HOMBRE

**A**

## EL COLLAR

(Método de los días fijos)



1. Sirve de guía a las parejas para saber qué días no deben tener relaciones sexuales para evitar un embarazo.
2. Requiere de la colaboración de la pareja.
3. El ciclo menstrual de la mujer debe ser de 26 a 32 días.

Este método no evita las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH (el virus que causa el SIDA). Sólo el uso correcto y constante del Condón en las relaciones sexuales protege contra algunas ITS y VIH.

10 de 200

**B**

Un ciclo menstrual comienza el primer día de la regla y termina el día antes de la siguiente regla.

**PREGUNTE:**

- ¿Sus ciclos menstruales son de menos de 26 días?
- ¿Sus ciclos menstruales son de más de 32 días?
- ¿Para su pareja sería difícil no tener relaciones sexuales los días que usted puede quedar embarazada?
- ¿Se le olvidaría marcar la cuenta en el Collar todos los días?
- ¿Un embarazo puede ser peligroso para su vida?

RESPONDE SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS.  
ES UN MÉTODO NO APROPIADO PARA LA MUJER

### III BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Pharmacokinetic overview of Ortho Evra™/Evra™. *Fertil Steril* 2002; 77 (Supl 2): S3-12. [Medline]
2. Actualización del manejo clínico de la Anticoncepción Intrauterina. Conferencia de Consenso. Altea (Alicante) octubre 2001. [Texto completo]
3. American Academy of family physicians (AAFP) Recommendations for Clinical Preventive Services. Fecha de consulta 18/11/2007. Disponible en: <http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam/f-j.html>
4. Cheng L, Gülmezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PFA. Intervenciones para la anticoncepción de emergencia (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3, 2007. Oxford: Update Software
5. Chi I. The TCu380A, MLCu375, and NovaT IUDs and IUD daily releasing 20mg Levonorgestrel-four pillars of IUD contraception for the nineties and beyond? *Contraception*, 1993; 47(4): 325-347. [Medline]
6. Dieben TOM, Roumen FJME, Apter D. Efficacy, Cycle Control, and User Acceptability of a Novel Combined Contraceptive Vaginal Ring. *Obstet Gynecol.* 2002 Sep; 100(3): 585-93. [Medline]
7. Farley TMM. Evolución del desempeño del DIU. *Bol Med IPPF* 1997; 31(4): 4.
8. Gallo MF, Grimes DA, López LM, Schulz KF. Preservativos masculinos sin látex versus preservativos masculinos con látex como método anticonceptivo (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3, 2007. Oxford: Update Software.
9. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre los Métodos Anticonceptivos Hormonales. *Bol Med IPPF* 2002; 36(5): 1-8. [Texto completo]
10. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre dosis única de Levonorgestrel para la anticoncepción de emergencia. *Bol Med IPPF* 2003; 37(3): 3-4. [Texto completo]
11. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre los dispositivos intrauterinos. *Bol Med IPPF* 200; 37(2): 1-4. [Texto completo]

12. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción inyectable. *Bol Med IPPF* 1999; 33(2): 1-4. [Texto completo]
13. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción de emergencia. *Bol Med IPPF* 2000; 34(3): 1-2. [Texto completo]
14. Gupta S. Anticonceptivos orales combinados con dosis muy baja de estrógeno. *Bol Med IPPF* 2003; 37(4): 2-4. [Texto completo]
15. Instituto uroandrológico.com/servicios/vasectomia. php
16. International Study Group on Intrauterine Drug Delivery. The Gynefix implant systems for interval, postabortal and postpartum contraception: a significant advance in long-term reversible contraception. *Eur JContracept Reprod Health Care* 1997; 2(1): 1-15. [Medline]
17. López-Arregui E., Perpiñá Cano J., Álvarez González D., Dueñas Díez J. Anticoncepción hormonal oral y alteraciones neurológicas. En *Manual de Anticoncepción Hormonal Oral*. Zaragoza: INO Reproducciones; 1997: p.381-419.
18. Mecanismo de acción, seguridad y eficacia de los dispositivos intrauterinos. Organización Mundial de la Salud. Series de Informes Técnicas 753. Ginebra 1987.
19. O'Brien PA, Marfleet C. Dispositivo intrauterino sin marco versus clásico para la anticoncepción (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2007*. Oxford: Update Software.
20. Office of Population Research, Universidad de Princeton y Association of Reproductive Health Professionals. NOT-2LATE.com [Internet]. Princeton University. [Fecha de acceso 4-12-2003]. Disponible en: <http://ec.princeton.edu/preguntas/secdilantin.html>
21. Population Report IUD serie B nº6. Intrauterine devices. IUDs- An update 1995.
22. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Conferencia de Consenso. Toledo octubre 1997. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2000. [Texto completo]
23. Population Reports serie B, nº7 Intrauterine devices. New attention the IUD 2006.
24. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (PAPPS). Maiques Galán A et al.

- Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria*. 2007; 39(supl3):15-263.
25. Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes AD et al. Timing of emergency contraception with Levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999; 353: 721. [Medline]
  26. Ruano Raviña A. Frecuencia de la exploración pélvica bimanual en mujeres asintomáticas en edad reproductiva. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2003. Serie Avaliación de tecnoloxías. Consultas técnicas: CT 2003/9.
  27. Sociedad Española de Contracepción. Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Aranjuez (Madrid); noviembre 2005. [Internet]. SEC [acceso 6 de mayo de 2006]. Disponible en: [http://www.inese.es/bss/Documento\\_Final.pdf](http://www.inese.es/bss/Documento_Final.pdf)
  28. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. 2004. Canadian Contraception Consensus
  29. Trieman K, Liskin L, Kols A, Rinehart W. IUDs an update. Baltimore: Johns Hopkins University; 1995. (Population Reports, serie B, number 6).
  30. Scout A, Glasier A. Exámenes rutinarios de mama y pélvico antes de prescribir anticoncepción hormonal. *Bol Med IPPF* 2003; 37(1): 1-2. [Texto completo]
  31. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of Levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-33. [Medline]
  32. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Summary of Recommendations. Fecha de consulta 18/11/2007. Screening for Lipid Disorders: Recommendations and Rationale. Article originally in *Am J Prev Med* 2001; 20(3S):73-76. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/ajpmsuppl/lipidrr.htm>.
  33. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Amenorrea de la lactancia para la planificación familiar (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3, 2007. Oxford: Update Software.
  34. Van Vliet HAAM, Grimes DA, Helmerhorst FM, Schulz KF. Anticonceptivos orales bifásicos versus monofásicos para el control de la natalidad (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3, 2007. Oxford: Update

Software.

35. Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of Levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 1803-10. [Medline]
36. World Health Organization. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. [Internet]. Geneva: WHO. [Fecha de acceso 6 de mayo de 2006]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health>
37. Ziemann M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra™/Evra™ transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril* 2002; 77 (2 Suppl 2): S13-18. [Medline]

#### IV MARCO TEÓRICO PARA REALIZAR LA GUÍA

Se tomo como base la guía de anticoncepción 2005 de la Caja Costarricense del Seguro Social, la cual al realizar el AGREE presento una puntuación de 70, en la cual no se tomaba en cuenta la planificación familiar natural, y métodos permanentes de planificación familiar. Por lo que se busco el literatura universal dicha información para integrar estos métodos a nuestra guía y poderla aplicar al contexto Guatemalteco.

#### V REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Se espera revisar el contenido de ésta Guía periódicamente y en su totalidad en un plazo no mayor de 4 años desde la fecha de publicación de la misma. La revisión y actualización de la Guía puede sobrevenir antes de ese plazo, si aparece evidencia importante que afecte al contenido y sus recomendaciones.

Las Guías en su contexto tienen dos ciclos de procesos: El clínico que parte de su desarrollo hasta la revisión para actualización y el técnico-administrativo que inicia con educación, hasta llegar a la evaluación de tecnologías en salud.



Tomado y adaptado de SIGN 50: A guideline developer's handbook. February 2001

## VI DECLARACIÓN DE INTERESES

Todos los integrantes de este grupo de elaboración de guía basadas en la evidencia clínica, declaramos que no tenemos ningún conflicto de interés, para la elaboración de la presente guía.

## CONTEXTO DE REALIZACIÓN Y UTILIZACIÓN

Con base en la evidencia científica existente, este documento busca estar en Concordancia con la Política Institucional de Medicamentos. Se espera que los profesionales de la salud del Instituto lo evalúen en el contexto cuando hagan ejercicio de su juicio Clínico y emitan sus criterios. Sin embargo, no se pretende disminuir las responsabilidades de los profesionales de la salud al tomar decisiones apropiadas bajo las circunstancias individuales de los pacientes, en conjunto con el paciente y/o su representante legal.

## VII OTROS ANEXOS

### C. Criterios médicos de elegibilidad según la OMS



| CATEGORIA | CRITERIO   |
|-----------|--|
| 1         | EL METODO PUEDE USARSE SIN RESTRICCIÓN                                   |
| 2         | EL METODO PUEDE USARSE GENERALMENTE                                      |
| 3         | LOS RIESGOS SOBREPASAN A LOS BENEFICIOS, USAR SOLO SI NO HAY OTRA OPCION |
| 4         | NO USAR EL METODO. RIESGOS A LA SALUD INACEPTABLES                       |

#### CRITERIOS GRADO CUATRO (4)



- Método de lactancia amenorrea (MELA)
- Métodos de abstinencia periódica
- Coito interrumpido
- Condón o Preservativo
- Espermicidas

No existen criterios tipo cuatro para estos métodos



## C. Criterios médicos de elegibilidad según la OMS

## CRITERIOS GRADO CUATRO (4)

## T de cobre 380A

- Embarazo
- Hemorragia vaginal de causa desconocida
- Cáncer del cuello de la matriz
- Cáncer del endometrio
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Cervicitis purulenta
- Menos de tres meses después de haber recibido tratamiento contra una ETS
- Enfermedad maligna del trofoblasto
- Tuberculosis pélvica
- Anomalías que distorsionen la cavidad pélvica
- Post aborto séptico



## CRITERIOS GRADO TRES (3)

## T de cobre 380A

- Aumento en el riesgo de contraer ITS
- Infectado por HIV, alto riesgo de contraer HIV, SIDA
- Enfermedad del trofoblasto benigna

2

## C. Criterios médicos de elegibilidad según la OMS

## CRITERIOS GRADO CUATRO (4)

## Anticonceptivos orales e inyectables combinados

- Embarazo
- Edad mayor de 35 años y fumadora de más de 20 cigarrillos de tabaco al día
- Presión arterial mayor de 160/100
- Diabetes con daño neurovascular o más de 20 años de padecerla
- Problema tromboembólico profundo presente o antecedentes de éste
- Infarto del miocardio presente o antecedentes
- Valvulopatía cardíaca con complicaciones
- Cirugía que requiera inmovilización prolongada o de miembros inferiores
- Accidente cerebrovascular o antecedentes
- Migraña focal con síntomas neurológicos
- Cáncer de mama presente
- Hepatitis viral activa
- Cirrosis hepática severa descompensada
- Tumores del hígado
- Lactancia menos de 6 semanas postparto



## CRITERIOS GRADO TRES (3)

## Anticonceptivos orales e inyectables combinados

- 35 años y fuma 20 o menos cigarrillos al día
- Sangrado vaginal inexplicable
- Enfermedad vesicular
- Cirrosis hepática leve o compensada
- Tomando rifampicina, griseofulvina o anticonvulsivos (excepto al ácido valproico)
- De 6 semanas a 6 meses post parto, y lactancia
- Menos de 21 días después del parto y no lactancia



3

## C. Criterios médicos de elegibilidad según la OMS

### CRITERIOS GRADO CUATRO (4)

#### Inyectables de progestina e implantes subdérmicos

- Embarazo
- Sangrado vaginal de causa desconocida
- Cáncer de mama



### CRITERIOS GRADO TRES (3)

#### Inyectables de progestina e implantes subdérmicos

- Hepatitis viral activa
- Cirrosis hepática grave
- Cáncer de mama sin evidencia de enfermedad los últimos 5 años
- Tumores hepáticos
- Menos de 6 semanas del parto y lactancia
- Hipertensión grave (sólo para los inyectables)
- Diabetes con enfermedad vascular o por 20 años (sólo para los inyectables)
- Cardiopatía isquémica cerebral o antecedentes (sólo para los inyectables)
- Antecedentes de accidente cerebrovascular (solo para los inyectables)

4

## C. Criterios médicos de elegibilidad según la OMS

### Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina

#### La condición debe tratarse antes de efectuar el procedimiento

- Embarazo
- Trastorno tromboembólico actual
- Cardiopatía isquémica actual
- Cirugía principal con inmovilización prolongada o cirugía de las piernas
- Sangrado vaginal inexplicable
- Cáncer cervical esperando tratamiento
- Cáncer endometrial u ovárico
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual o en los últimos 3 meses
- Infección de transmisión sexual actual
- Enfermedad vesicular actual
- Hepatitis viral activa
- Enfermedad del trofoblasto maligna
- Hemoglobina menor de 7 gramos
- Entre los 7 a 42 días después del parto



#### El procedimiento puede efectuarse pero se deben tomar medidas adicionales de preparación y precaución

- Hipertensión moderada o grave (160/100)
- Diabetes con enfermedad vascular o por más de 20 años
- Cardiopatía vascular con complicaciones
- SIDA
- Cirrosis hepática descompensada
- Hipertiroidismo
- Trastornos de coagulación sanguínea
- Fibrosis hepática grave
- Tuberculosis pélvica
- Endometriosis

5



## C. Criterios médicos de elegibilidad según la OMS

### Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina (Vasectomía)

La condición debe tratarse antes de efectuar el procedimiento

- Infección de transmisión sexual
- Infección de la piel escrotal
- Balanitis, epididimitis u orquitis



El procedimiento puede efectuarse pero se deben tomar medidas adicionales de preparación y precaución

- SIDA
- Transtornos de la coagulación sanguínea
- Hernia inguinal
- Criptorquidea
- Varicocele
- Cirugía o lesión previa del escroto
- Diabétes
- Hipertensión

6

## D. Consentimiento Informado

Formato IGSS

Form. Prov. \_\_\_\_\_

### SOLICITUD VOLUNTARIA DE ESTERILIZACION QUIRURGICA FEMENINA

Yo \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ años, con \_\_\_\_\_ hijos vivos y embarazo actual de \_\_\_\_\_ meses; que me identifico con No. de Cédula \_\_\_\_\_ No. de Afiliación o de Beneficiaria \_\_\_\_\_ de Estado civil Unida o Casada ( ) Soltera ( ) Viuda ( ), solicito los servicios del Hospital \_\_\_\_\_ a efecto se me practique una Operación Esterilizante por el método de Minilap y/o durante una operación escútra, según la necesidad de la misma. La presente solicitud la hago por mi propia voluntad sin haber sido obligada, ni haber recibido ningún incentivo especial; además estoy enterada e informada de lo siguiente:

1. Que existen diferentes métodos anticonceptivos temporales y definitivos que ofrece la Clínica de Salud Reproductiva de este Hospital accesibles para mí y mi pareja.
2. El procedimiento que se me realizará es una operación quirúrgica, cuyos detalles de la misma me han explicado, existiendo una remota posibilidad de fallo.
3. El efecto de dicha operación será permanente, y podrá tener algunos riesgos y/o beneficios, de los cuales me han explicado.
4. Después de efectuado el procedimiento, no podré tener más hijos.
5. Puedo desistir o arrepentirme del procedimiento siempre y cuando sea antes del momento de la operación; como resultado de ello no me podrán negar los servicios y beneficios a que tengo derecho como afiliada o beneficiaria de la institución.
6. Por lo anteriormente expuesto, AUTORIZO a que me realicen la operación correspondiente.

7

## D. Consentimiento Informado

Continuación **Formato**

\_\_\_\_\_  
*Lugar y fecha*

(F) \_\_\_\_\_  
*Firma o huella digital de la usuaria solicitante*

*Si es Unida o Casada (no indispensable)*

**APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DEL CONVIVIENTE O ESPOSO:**

\_\_\_\_\_  
*Cédula de Vecindad No. de Orden \_\_\_\_\_ Registro No. \_\_\_\_\_*

(F) \_\_\_\_\_  
*Firma o huella digital del Esposo o Conviviente*

*Si la paciente no sabe leer, un testigo elegido por ella, del mismo sexo y que hable el mismo idioma, debe firmar la siguiente aclaración:*

Yo \_\_\_\_\_, que me identifico con No. de Cédula \_\_\_\_\_, soy testigo de que la paciente y/o su esposo o conviviente han impreso su huella digital en mi presencia.

(F) \_\_\_\_\_  
*Firma o huella digital del Testigo*

*Autorización: Firma y Sello \_\_\_\_\_*

*Director, Jefe de Depto. y/o de Consulta Externa o médico tratante*

**Original Expediente, primera copia interesada, segunda copia a Trabajo Social**