

RECOMENDACIONES SOBRE PRÁCTICAS SELECCIONADAS PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

actualización 2008

RESUMEN EJECUTIVO

Las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, uno de los cuatro pilares de la guía para la planificación familiar basada en la evidencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a quién puede usar métodos anticonceptivos en forma segura y eficaz una vez que se consideren médicamente adecuados para una persona. El objetivo de esta guía es que los responsables de la formulación de políticas y de la toma de decisiones, los directores de programas y la comunidad científica la utilicen en la preparación de programas nacionales de planificación familiar o salud sexual y reproductiva para el suministro de anticonceptivos. La primera edición de las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* se publicó en 2002 y la segunda edición, en 2004.

Del 1 al 4 de abril de 2008, la OMS convocó a un Grupo de Trabajo expertos en el tema en Ginebra, Suiza, para modificar la segunda edición en respuesta a la evidencia recientemente publicada y pedidos para aclarar las recomendaciones específicas a usuarios de la guía. La reunión congregó a 43 participantes de 23 países, entre ellos/as nueve representantes de agencias. El Grupo de Trabajo experto estaba formado por expertas/os internacionales en planificación familiar, entre los/las que se contaban médicas/os, epidemiólogas/os, responsables de formulación de políticas, directoras/es de programas, expertas/os en la identificación y síntesis de evidencia; expertas/os en farmacología y usuarias/os de la guía. Se pidió a todos los integrantes del Grupo de Trabajo experto que declararan conflictos de intereses, si los había. Tres de los expertos declararon tener conflictos de intereses relacionados con el tema de la reunión. No se les solicitó que se retiraran de la formulación de recomendaciones.

MÉTODO DE TRABAJO

La OMS identificó cinco recomendaciones de la segunda edición para las que se contaba con evidencia nueva a través de un sistema que la identifica en forma continua (el sistema de Identificación Continua de la Evidencia de la Investigación o CIRE [por sus siglas en inglés], www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl).¹ Posteriormente se realizaron revisiones sistemáticas para evaluar la totalidad de la evidencia para estas recomendaciones. La búsqueda exhaustiva en PubMed y en *The Cochrane Library* desde 1966 hasta enero de 2008 y el uso del sistema CIRE facilitaron la identificación de los estudios para realizar las revisiones sistemáticas. En la búsqueda también se incluyeron revisiones de las listas de referencia en los artículos identificados en la búsqueda bibliográfica y el contacto con expertos en el área. El Grupo de Trabajo experto recibió las revisiones sistemáticas antes de la reunión y fueron la base de las deliberaciones del Grupo durante la reunión. El Grupo estableció las recomendaciones mediante el consenso.

¹ Mohllajee AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML, Peterson HB. Keeping up with evidence: a new system for WHO's evidence-based family planning guidance. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005; 28:483–490.

CÓMO UTILIZAR ESTE RESUMEN

Este documento resume las modificaciones de las recomendaciones en relación con las preguntas 6, 9, 11, 18 y 22 en la segunda edición de las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Las recomendaciones actualizadas se publicarán en la 3.^{ra} edición de la guía. Además, este documento incluye una aclaración de la recomendación que se relaciona con la pregunta 17.

En este documento se incluyen sólo las recomendaciones que se modificaron. Los cambios están resaltados en **negrita**. Para obtener la totalidad del texto de cada una de las preguntas, consulte la 2.^{da} edición de la guía (en <http://www.who.int/reproductive-health/publications/spr/index.htm>).

Se espera que las recomendaciones en la 3.^{ra} edición de las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* tendrán vigencia hasta 2011. El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación en la OMS en Ginebra será responsable de comenzar la revisión de la guía en esa fecha.

El período de gracia para repetir la inyección de AMPD se prolonga a 4 semanas.

Se realizaron las siguientes modificaciones para corregir las situaciones en las que una mujer no cumpla con la fecha indicada para recibir la segunda inyección de AMPD.

Pregunta 6. ¿Cuándo puede una mujer recibir otra aplicación de inyectables de progestágeno solo (IPS), acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) o enantato de noretisterona (EN-NET)?

No cumple con la fecha de una inyección

- La segunda inyección de **AMPD se puede aplicar hasta 4 semanas más tarde** sin que sea necesario brindar protección anticonceptiva adicional. En cuanto a EN-NET, la segunda inyección se puede aplicar hasta dos semanas más tarde sin que sea necesario brindar protección anticonceptiva adicional.
- Si se demora más de **4 semanas para recibir una segunda inyección de AMPD** o dos semanas para una segunda inyección de EN-NET, puede aplicarse la inyección si hay certezas razonables de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los 7 días siguientes. Si es una opción apropiada, quizás la mujer desee usar anticoncepción de urgencia.

Observaciones

El Grupo de Trabajo experto consideró que el riesgo de ovulación era mínimo dentro de las **4 semanas** después del período de una segunda inyección de AMPD (3 meses) y de 2 semanas después del período de una segunda inyección de EN-NET (dos meses).

Las inyecciones de AMPD deben administrarse cada 3 meses. Mientras que la segunda inyección de AMPD se puede aplicar hasta 4 semanas diferidas sin que sea necesario recurrir a una protección anticonceptiva adicional, no significa que el intervalo regular entre las inyecciones de AMPD se pueda prolongar a 4 semanas.

Aclaración sobre el momento adecuado para la inserción postparto del DIU después de un parto

En *Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos* (4.^{ta} edición, en publicación) se modificó la Guía sobre la inserción postparto del DIU. Las recomendaciones a continuación reflejan estos cambios.

Pregunta 9: ¿Cuándo se puede insertar el DIU de cobre a una mujer?

Período postparto y con lactancia o sin lactancia (incluso después de un parto por cesárea)

- **Se le puede insertar el DIU de cobre hasta 48 horas después del parto, inclusive inmediatamente después del alumbramiento de la placenta.**
- **Si el parto es por cesárea, el DIU de cobre se puede insertar después del alumbramiento de la placenta, antes de cerrar el útero.**

Pregunta 11: ¿Cuándo se puede insertar el DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) a una mujer?

Período postparto y sin lactancia (incluso después de un parto por cesárea)

- **Se le puede insertar un DIU-LNG hasta 48 horas después del parto, inclusive inmediatamente después del alumbramiento de la placenta.**
- **Si el parto es por cesárea, el DIU-LNG puede insertar después del alumbramiento de la placenta, antes de cerrar el útero.**

Aclaración de las recomendaciones relacionadas con la pregunta 17 sobre el olvido de tomar las píldoras anticonceptivas orales combinadas

Pregunta 17: ¿Qué puede hacer una mujer si se olvida de tomar los anticonceptivos orales combinados (AOC)?

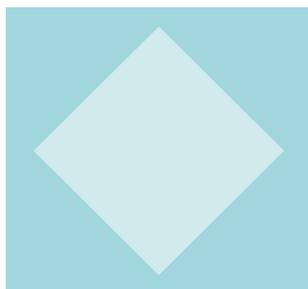
El Grupo de Trabajo experto trató este tema en respuesta a las solicitudes que recibió de esta área para aclarar la comunicación de las recomendaciones relacionadas con el olvido de tomar las píldoras. La aclaración no se basa en información nueva sino que se relaciona con la redacción de las recomendaciones. En las recomendaciones para la Pregunta 17, cada vez que el texto se refiere al olvido de tomar las píldoras activas, el texto ahora indica que las píldoras se dejan de tomar en **días consecutivos, por ej., 1 o 2 días seguidos, o 3 o más días seguidos.**

Comentarios sobre las píldoras que contienen 75 µg de desogestrel agregadas a la recomendación respecto del olvido de tomar píldoras de progestágeno solo

Pregunta 18: ¿Qué puede hacer una mujer si se olvida de tomar las píldoras de progestágeno solo (PPS)?

Observaciones

La guía actual se aplica para situaciones en las que la usuaria se olvida de tomar una o más píldoras por más de tres horas. En cuanto a las mujeres que toman píldoras que contienen 75 µg de desogestrel, se aplica la pauta existente tanto para las que tienen su ciclo menstrual como para aquellas que están en la lactancia y son amenorréicas, cuando se hayan olvidado de tomar una o más píldoras por más de 12 horas.



Opciones de tratamiento ampliadas para mujeres con metrorragia u oligometrorragia mientras usan inyectables de progestágeno solo

A las recomendaciones actualmente disponibles para mujeres con oligometrorragia o metrorragia escasa, o metrorragia profusa o prolongada relacionada con el uso de inyectables de progestágeno solo, se agregaron dos antiinflamatorios no esteroides, el ácido mefenámico y el valdecoxib.

Pregunta 22: ¿Qué se puede hacer si una mujer tiene alteraciones menstruales cuando usa inyectables de progestágeno solo (IPS), de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) o de enantato de noretisterona (EN-NET)?

Oligometrorragia o metrorragia escasa

- **Si no se detectan problemas ginecológicos y la mujer no tolera la metrorragia, quizás sea útil la administración de un tratamiento a corto plazo con antiinflamatorios no esteroides.** Si la mujer decide dejar de usar el inyectable, ayúdela a encontrar otro método.

La metrorragia profusa o prolongada (más de ocho días o el doble de lo que menstrúa habitualmente)

- Si la metrorragia se convierte en una amenaza para la salud de la mujer o si no la tolera, deje de usar el inyectable. Ayúdela a usar otro método. **En el ínterin, el tratamiento a corto plazo con etinilestradiol o antiinflamatorios no esteroides puede ser de utilidad.**

Observaciones

El Grupo de Trabajo experto evaluó la limitada información disponible sobre las opciones de tratamiento para la metrorragia escasa o profusa y determinó que los fármacos siguientes pueden ser útiles para el tratamiento a corto plazo (por ej., de 5 a 7 días):

Oligometrorragia o metrorragia escasa

- **Antiinflamatorios no esteroides**
Ácido mefenámico
Valdecoxib

Metrorragia profusa y prolongada

- **Antiinflamatorios no esteroides**
Ácido mefenámico
Valdecoxib
- **Fármacos hormonales**
Etinilestradiol

Pregunta 6:

1. Steiner MJ, Kwok C, Stanback J, Byamugisha JK, Chipato T, Magwali T et al. Injectable contraception: what should the longest interval be for re-injections? *Contraception*, 2008; 77:410–414.
2. Jain J, Dutton C, Nicosia A, Wajszczuk C, Bode FR, Mishell DR, Jr. Pharmacokinetics, ovulation suppression and return to ovulation following a lower dose subcutaneous formulation of Depo-Provera. *Contraception*, 2004; 70:11–18.
3. Toh YC, Jain J, Rahny MH, Bode FR, Ross D. Suppression of ovulation by a new subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate (104 mg/0.65 mL) contraceptive formulation in Asian women. *Clinical Therapeutics*, 2004; 26:1845–1854.
4. Fotherby K, Koetsawang S, Mathrubutham M. Pharmacokinetic study of different doses of Depo Provera. *Contraception*, 1980; 22:527–536.
5. Banerjee SK, Baweja R, Bhatt RV, Chatterjee A, Choudhury SD, Coyaji B, et al. Comparative evaluation of contraceptive efficacy of norethisterone oenanthate (200 mg) injectable contraceptive given every two or three monthly. Indian Council of Medical Research Task Force on Hormonal Contraception. *Contraception*, 1984; 30:561–574.
6. Fotherby K, Yong-En S, Howard G, Elder MG, Muggerridge J. Return of ovulation and fertility in women using norethisterone oenanthate. *Contraception*, 1984; 29:447–455.
7. Zalanyi S, Landgren BM, Johannisson E. Pharmacokinetics, pharmacodynamic and endometrial effects of a single dose of 200 mg norethisterone enanthate. *Contraception*, 1984; 30:225–237.
8. Fotherby K, Hamawi A, Howard G, Bye PG, Elder M. Pharmacokinetics of different doses of norethisterone oenanthate. *Contraception*, 1984; 29:325–333.
9. Werawatgoompa S, Vaivanijkul B, Leepipatpaiboon S, Channiyom K, Virutamasen P, Dusitsin N. The effect of injectable norethisterone oenanthate on ovarian hormones in Thai women. *Contraception*, 1980; 21:299–309.
10. Goebelsmann U, Stanczyk FZ, Brenner PF, Goebelsmann AE, Gentschein EKE, Mishell DR, Jr. Serum norethindrone (NET) concentrations following intramuscular NET enanthate injection. Effect upon serum LH, FSH, estradiol and progesterone. *Contraception*, 1979; 19:283–313.
11. Fotherby K, Howard G, Shrimanker K, Elder M, Bye PGT. Occurrence of ovulation in women receiving the injectable contraceptive norethisterone oenanthate. *Contraception*, 1978; 18:535–542.
12. Schwallie PC, Assenzo JR. The effect of depo-medroxyprogesterone acetate on pituitary and ovarian function, and the return of fertility following its discontinuation: a review. *Contraception*, 1974; 10:181–202.
17. Morrison C, Waszak C, Katz K, Diabate F, Mate EM. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996; 53:17–21.
18. El-Shafei MM, Mashali A, Hassan EO, El-Boghadi, El-Lakkany N. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: Three years experience of a Mansoura University Hospital. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology*, 2000; 26:253–262.
19. Muller ALL, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Dias RSP, Valerio EG, Hammes LS et al. Transvaginal ultrasonographic assessment of the expulsion rate of intrauterine devices inserted in the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*, 2005; 72:192–195.
20. Zhou SW, Chi IC. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital – a two year follow-up. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1991; 35:157–164.
21. Bonilla Rosales F, Aguilar Zamudio ME, Cazares Montero M de L, Hernandez Ortiz ME, Luna Ruiz MA. Factors for expulsion of intrauterine device TCu380A applied immediately postpartum and after a delayed period. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2005; 43:5–10.
22. Lara R, Sanchez RA, Aznar R. [Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section]. *Ginecología y Obstetricia de México*, 1989; 57:23–27.
23. Welkovic S, Costa LO, Faundes A, de Alentar Ximenes R, Costa CF. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception*, 2001; 63:155–158.
24. Celen S, Moroy P, Sucak A, Aktulay A, Danisman N. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception*, 2004; 69:279–282.
25. Eroglu K, Akkuzu G, Vural G, Dilbaz B, Akin A, Taskin L et al. Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/early postpartum period with interval period: 1 year follow-up. *Contraception*, 2006; 74:376–381.
26. Mishell DR, Jr., Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1982; 143:29–35.

Pregunta 18:

27. Korver T, Klipping C, Heger-Mahn D, Duijkers I, van Osta G, Dieben T. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-µg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette®) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception*, 2005; 71:8–13.

Pregunta 22:

28. Tantiwattanakul P, Taneepanichskul S. Effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception*, 2004; 70:277–279.
29. Nathirojanakun P, Taneepanichskul S, Sappakitumjorn N. Efficacy of a selective COX-2 inhibitor for controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception*, 2006; 73:584–587.

Preguntas 9 y 11:

13. Van Der Pas MT, Delbeke L, Van Dets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200): immediate postpartum and interval insertion. *Contraceptive Delivery Systems*, 1980; Jan:27–35.
14. Thiery M, van Kets H, van der Pas H, van Os W, Dombrowicz N. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1982; 89(Suppl 4):51–53.
15. Brenner PF. A clinical-trial of the Delta-T intrauterine-device: immediate postpartum insertion. *Contraception*, 1983; 28:135–147.
16. Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices – an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985; 32:119–134.

© Organización Mundial de la Salud 2009

Para más información se pueden poner en contacto con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
 Organización Mundial de la Salud
 Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza
 E-mail: reproductivehealth@who.int
 Sitio web:www.who.int/reproductive-health

Conflictos de interés : Dr. A. Glasier: Trabaja en una clínica que recibe fondos de investigación de cuatro empresas que elaboran diversos productos anticonceptivos. Dr J. Shelton: Es accionista de una empresa farmacéutica que fabrica tratamientos antirretrovirales. Dra E. Weisberg: Recibe financiamiento para realizar investigaciones sobre anticonceptivos de cuatro fabricantes de anticonceptivos. Es miembro de la junta asesora de un fabricante de la vacuna antipapiloma virus humano y de la junta asesora para la educación sobre anticonceptivos fundada por un fabricante de anticonceptivos.