

Guía



Atención en planificación familiar



Gobernador de Antioquia

Anibal Gaviria Correa

Secretario Seccional de Salud de Antioquia

Carlos Mario Montoya Serna

Autor corporativo

Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Autores de la guía

Sandra Vélez Cuervo

John Jairo Zuleta Tobón

Comité técnico-científico

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Santiago Ignacio Faciolince Pérez

Diseño y diagramación

Alexander Rojas Moreno

Vigencia

Valida hasta agosto del 2010 o hasta que se indique lo contrario

Medellín septiembre de 2007

Justificación

En Colombia, según la encuesta nacional de demografía y salud 2005, solo el 46% de los nacimientos ocurridos en los últimos 5 años fueron deseados.

Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. A este hecho han contribuido entre otros: la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en esta encuesta (78% en el 2005), la demanda insatisfecha aún es muy grande, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas.

Sobre la mujer recae la mayor parte de los problemas relacionados con la reproducción: complicaciones del embarazo y parto, aborto en condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de enfermedades del tracto reproductivo – en especial infecciones de transmisión sexual ITS – incluido el VIH/SIDA. Cada embarazo implica un riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y para su hijo/a. El proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo social, cultural, político y económico, por acciones dependientes de otros sectores (educación, vivienda, alimentación) y por factores afectivos.

En este proceso, se han acogido recomendaciones internacionales y se han implementado políticas de salud sexual, las cuales han contribuido a disminuir la alta tasa de gestaciones no deseadas, la demanda insatisfecha y la mortalidad materna y perinatal, a mejorar los niveles de información o educación en planificación familiar y en otros aspectos relacionados con la sexual y reproductiva, brindando así una mejor calidad de vida.

Objetivo

Brindar al personal de la salud conceptos claros y concretos para que fortalezcan su capacidad de ofrecer a las mujeres y a las parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y para ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias.

Población objeto

Mujeres y hombres en edad fértil.

Características de la atención en planificación familiar

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las recomendaciones básicas que deben seguir las instituciones de salud que ofrecen atención en planificación familiar, las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice la información, educación, consejería y oferta anticonceptiva a libre elección informada al hombre, mujer o la pareja, así como su seguimiento.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas recomendaciones implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar los derechos reproductivos y la protección anticonceptiva de hombres y mujeres en edad reproductiva.

1. Consulta de planificación familiar

Los profesionales que atienden una demanda de anticoncepción deben:

- Facilitar que las personas tomen una decisión informada del método anticonceptivo dando una información completa y actualizada de las alternativas anticonceptivas existentes, sin exclusión alguna.
- Elaborar una historia clínica completa que incluya datos gineco-obstétricos, datos anticonceptivos, de condiciones de salud, hábitos, uso de medicamentos y datos afectivo-sexuales.
- En casos de elección de métodos quirúrgicos, obtener consentimiento individual informado escrito. La Ley 23 y el Decreto menstruaciónmentario 3380 de 1981 en el artículo 15, estipulan la obligatoriedad de informar anticipadamente al usuario, sobre los riesgos y consecuencias de los procedimientos médicos o quirúrgicos, que puedan afectarlo física o psíquicamente y la firma del consentimiento donde certifique que fue informado.

- Brindar consejería desde el control prenatal para la anticoncepción post-evento obstétrico (por ejemplo: DIU, oclusión bilateral de las trompas de falopio). Durante la hospitalización se debe reforzar la consejería y brindar el método seleccionado por la paciente, antes de su egreso de la institución donde se atiende el parto o aborto.
- Orientar, informar y educar al usuario sobre: signos de alarma por los que debe consultar, importancia de los controles y su frecuencia, prevención de ITS.

Quien esté brindando esta atención se debe formular las siguientes preguntas:

¿Qué método prefiere (n)?

¿Existen razones médicas que contraindiquen el método elegido?

¿Existen otras razones no médicas que hagan pensar que el método elegido no es el adecuado?

2. Condiciones médicas que exponen a una mujer a riesgos mayores ocasionados por un embarazo no planificado

- Anemia drepanocítica
- Antecedente de enfermedad tromboembólica
- Cardiopatía grave
- Cesárea iterativa previa
- Diabetes: insulino dependiente, con nefropatía, retinopatía, neuropatía u otra enfermedad vascular; de más de 20 años de duración
- Edad menor a 18 años
- Enfermedad cerebrovascular
- Enfermedades del colágeno
- Hepatopatías con lesión anatómica
- Hipertensión pulmonar
- ITS
- Mutaciones trombogénicas
- Neoplasia
- Nefropatía crónica con compromiso de la función renal
- Parejas en las que se haya diagnosticado un alto riesgo de enfermedad genética grave para su descendencia

- Presión arterial alta (sistólica >160 mmHg o diastólica >100 mmHg)
- Trastornos psíquicos graves
- Tuberculosis
- VIH/SIDA

3. Criterios médicos de elección para iniciar el uso de métodos anticonceptivos según la organización mundial de la salud

Se basan en la clasificación de las condiciones de salud de las usuarias según categorías. De acuerdo con ello, se distinguen cuatro categorías posibles:

Categoría 1: no tiene restricciones de método.

Categoría 2: las ventajas son mayores que los inconvenientes técnicos demostrados y se pueden utilizar dentro de determinados parámetros.

Categoría 3: condiciones en las cuales no se recomienda utilizar el método, pero pueden existir excepciones en determinados casos.

Categoría 4: uso contraindicado.

4. Métodos contraceptivos

En la prescripción del método se deberán tener en cuenta múltiples factores, como el grado de motivación de la pareja en general y de la mujer en particular, su maduración psicológica, así como nivel cultural, la ausencia de contraindicaciones orgánicas y la valoración cuidadosa de los factores biológicos, médicos y sicosociales asociados.

Los métodos contraceptivos se clasifican en:

1. Anticonceptivos hormonales (ACH)
2. Dispositivos Intrauterinos
3. Anticonceptivos de barrera
4. Anticonceptivos químicos
5. Método de la lactancia (MELA)
6. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer
7. Métodos de esterilización

4.1 Anticonceptivos hormonales

4.1.1 Anticoncepción hormonal combinada (ACHC)

Cuestionario para categorizar a la usuaria para la elección de métodos hormonales:

- ¿Fuma cigarrillos y tiene mas de 35 años?
- ¿Sufre de hipertensión arterial?
- ¿Amamanta a un bebé menor de 6 meses?
- ¿Ha tenido problemas serios con sus vasos sanguíneos o con su corazón?
- ¿Tiene o ha tenido cáncer de mama?
- ¿Tiene ictericia, cirrosis hepática, infección (hepatitis) o tumor de hígado?
- ¿Tiene jaqueca con visión borrosa?
- ¿Toma medicamentos para convulsiones?
- ¿Toma rifampicina o griseofulvina?
- ¿Cree estar embarazada? Descarte primero.
- ¿Tiene una hemorragia vaginal inusual ?
- ¿Tiene enfermedad vesicular? ¿Ictericia tomando ACH?
- ¿Tiene una cirugía planeada que la inmovilice más de una semana?
- ¿Tuvo un bebé en los últimos 21 días?

Nota: el cuestionario se debe adaptar de acuerdo al lenguaje del interlocutor.

Categoría 4. Contraindicaciones absolutas de la ACHC

- Mayor de 35 años y fumadora de más de 15 cigarrillos/día
- Hipertensión moderada o severa (mayor de 160/100 mm Hg.)
- Lactancia < 6 semanas post-parto
- Hipertensión con enfermedad vascular
- Enfermedad cerebrovascular actual o pasada
- Enfermedad isquémica coronaria actual o pasada
- Enfermedad cardiaca valvular complicada
- Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar pasados o actuales
- Diabetes con complicaciones vasculares incluida HTA
- Mutaciones trombotogénicas conocidas
- Diabetes de más de 20 años de duración

- Tumor maligno de mama
- Tumor hepático (benigno o maligno)
- Cirrosis severa
- Enfermedad hepática aguda
- Migraña focal
- Migraña sin síntomas focales en mujer mayor de 35 años
- Cirugía mayor que precise inmovilización prolongada
- Obesidad con IMC mayor de 40 k/mt²

Categoría 3: Contraindicaciones relativas de la ACHC

- Mayor de 35 años y fumadora de menos de 15 cigarrillos/día
- Hipertensión moderada (140-159/90-99 mm Hg.)
- Historia de hipertensión sin posibilidades de control
- Historia de hipertensión controlada correctamente
- Postparto menor de 21 días
- Lactancia desde las 6 semanas hasta los 6 meses post-parto
- Sospecha de mutaciones trombotogénicas
- Hiperlipidemia conocida asociada a factores de riesgo vascular
- Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad, cigarrillo, diabetes e hipertensión)
- Cáncer de mama pasado sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años.
- Historia de colestasis relacionada con el uso de anticonceptivos orales combinados
- Enfermedad sintomática del tracto biliar
- Enfermedad hepática crónica
- Migraña sin síntomas focales en mujer menor de 35 años
- Inmovilidad no relacionada con la cirugía
- Obesidad con IMC entre 35 y 39 k/mt²

4.1.1.2 Características comunes de los anticonceptivos hormonales combinados:

4.1.1.2.1 Normas de uso:

	Anticonceptivos orales (ACO)	Parche	Injectable
Inicio	1º día de la menstruación (Hasta el 5º en caso de ACO de 30 o más microgramos (mcg) de etinil estradiol (EE))		7º-8º día de la menstruación
Momento del día que se administra	Indiferente, pero idealmente todos los días siempre en el mismo momento		Indiferente
Regularidad	Diario	Semanal	Mensual
Descanso	6 ó 7 días (algunos sobres de uso continuo traen placebos, por lo tanto en ningún momento se interrumpe la toma de píldoras)	7 días	No
Inicio envases sucesivos	- Al 8º día si hay descanso - Ininterrumpido si hay placebo	Después de 7 días sin parche (comenzar siempre el mismo día de la semana)	Mensual independiente del sangrado
Presentación por ciclo	21, 22 ó 28 comprimidos/mes	3 parches/mes	1 ampolla/mes

4.1.1.2.2 Ciclo menstrual

Se produce una hemorragia por privación durante la semana de descanso tanto de los orales combinados o del parche o durante la toma de las píldoras placebo. Comienza a los 2-3 días del último comprimido activo o del retiro del parche. Habitualmente es escasa y no asociada a dolor. Existe protección anticonceptiva durante la semana de descanso o coincidiendo con la toma de las píldoras placebo. En el caso de los inyectables mensuales, el patrón de sangrado no es tan predecible, con algunos hay tendencia a las oligomenorreas y con otros a las polimenorreas o a las metrorragias, bastante frecuentes en los primeros meses pero que en algunas mujeres tienden a mejorar con el tiempo.

4.1.1.2.3 Efectos secundarios

Aparecen principalmente durante los tres primeros meses y tienden a disminuir y a desaparecer con su uso continuo. Independiente del preparado seleccionado,

se presentan en menos del 20% de las usuarias, excepto el sangrado irregular con los parenterales que sí es superior:

- Náuseas, vómitos.
- Mareos.
- Cefalea.
- Mastalgia.
- Sangrados y/o hemorragia por disrupción.
- Ausencia de hemorragia por privación.
- Inapetencia sexual.
- Alteración del carácter.

Si aparece alguno de estos síntomas en este periodo de tiempo, se debe tranquilizar a la usuaria. La mejor estrategia para prevenir que estos efectos sean los causantes de un abandono del método es la información que se le debe dar previamente a la mujer, no conviene minimizar la frecuencia o la importancia de ellos para intentar convencerla, se le debe anticipar la probabilidad de su aparición e invitarla a que los tolere mientras espera su posible resolución espontánea.

Con los preparados de 15µg y 20µg de EE las náuseas, vómitos, cefalea y mastalgia son menos frecuentes pero los sangrados intermenstruales y la ausencia de hemorragia por privación son más habituales. Con los parches son más frecuentes las mastalgias.

4.1.1.2.4 Control de los efectos secundarios:

Cefalea: durante los tres primeros meses es normal su aparición. Es importante identificar el patrón de presentación, muchas mujeres presentan la cefalea en la semana de descanso del comprimido hormonal y en estos casos, antes que suspender el método la solución es incrementar la dosis de estrógeno del preparado o mejor aún, recomendar periodos continuos de 3 ciclos de anovulatorios, con lo cual la mujer menstruará aproximadamente cada 64 días.

Es necesario observar la evolución, si el cuadro de migraña se incrementa o se asocia a aura, se debe contraindicar el método.

Alteración del carácter: investigar un origen anterior al uso de la anticoncepción hormonal combinada y descartar otras causas (depresión, exceso de trabajo, estrés, malas relaciones de pareja). Igualmente se debe valorar un posible rechazo del método. Si este efecto secundario repercute en sus relaciones personales, se debe suspender el anticonceptivo. Si la mujer desea anticoncepción hormonal puede probar con otros preparados y observar la evolución de los síntomas. Si persiste después de suspender la anticoncepción hormonal, se debe recomendar una consulta psicológica.

4.1.1.3 Anticoncepción oral combinada

4.1.1.3.1 Criterios de elección:

Dosis de EE que contiene el preparado

La evidencia científica disponible actualmente no muestra diferencias significativas entre los preparados de 30µg, 20µg y 15µg de EE. Con los preparados de 15µg, el control del ciclo es inferior al que se tiene con los de dosis mayores. Por lo tanto se puede elegir indistintamente entre preparados de 30µg y 20µg

teniendo en cuenta el progestágeno y el precio. Las macrodosis con 50 µg se reservan para los casos en que las mujeres están recibiendo concomitantemente algún medicamento que induzca metabolismo hepático.

Tipo de gestágeno

Los gestágenos, levonorgestrel (segunda generación), gestodeno, desogestrel (tercera generación) y norgestimato, derivan de la 19-nortestosterona. De todos ellos el levonorgestrel es el que cuenta con más información de seguridad.

Aunque bioquímicamente los gestágenos de tercera generación son menos androgénicos que los de segunda, esta diferencia tiene mínimas repercusiones clínicas. Los anticonceptivos con progestágeno de tercera generación se han asociado a un mayor riesgo de fenómenos tromboticos que los de segunda, por lo tanto se debe preferir empleo de los de segunda generación.

El gestágeno drospirenona, deriva de la 17alfa espirolactona, tiene una acción antiminerlocorticoide que se manifiesta en un leve efecto diurético. El gestágeno clormalidona se diferencia de los otros gestágenos en que deriva de la 17-hidroxiprogesterona e igualmente tiene un menor efecto mineralocorticoide. El efecto trombogénico de estos preparados es similar al de los de segunda generación.

Precio

Este aspecto es importante para lograr adherencia al método. Es necesario evaluar la posibilidad que tiene la mujer para adquirir el método y ante todo tener en cuenta que no necesariamente el mayor costo se asocia objetivamente a mayor efectividad o menos efectos secundarios y que en ocasiones incluso esta asociación puede ser al contrario.

4.1.1.3.2 Normas de uso:

Se comienza con la píldora el primer día de la menstruación. Se debe elegir el mismo momento del día para tomarla (mañana, mediodía o noche). Se toma diariamente y se descansa 7 días. El siguiente envase se comienza a los 7 u 8 días de haber terminado el anterior, si no tiene comprimidos placebo o después de haberlos terminado si los tiene.

4.1.1.3.3 Excepciones al uso habitual

Se puede comenzar a tomar la píldora por primera vez en los primeros 5 días del ciclo con preparados con 30 µg o más de EE.

Se puede retrasar el comienzo del siguiente envase un día (9º día), si el retraso es de 2 o más días se debe reforzar la protección con otro método (preservativo) durante 7 días.

Se puede comenzar a tomar la píldora por primera vez en cualquier momento del ciclo, si hay seguridad de que no ha habido riesgo de embarazo. Deberá utilizar otro método (preservativo) durante 7 días.

Si se cambia a un preparado de menos dosis de EE se debe informar a la paciente la posibilidad de aparición de sangrados intermenstruales o ausencia de hemorragia por privación sobre todo durante los tres primeros ciclos.

4.1.1.3.4 Efectos secundarios: su control

Alteraciones del ciclo: el control del ciclo se puede alterar en forma de sangrados irregulares, hemorragia por disrupción y ausencia de hemorragia por privación.

Para resolver estos problemas debemos saber si ha habido un cumplimiento adecuado del método preguntando:

- ¿Ha realizado la toma diariamente?
- ¿Ha habido olvidos durante el ciclo?
- ¿Ha habido vómitos y/o diarrea durante el ciclo?
- ¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?

Si ha habido un cumplimiento inadecuado y no se produce hemorragia por privación en ese ciclo es necesario realizar una prueba de embarazo y suspender la AOC.

Si los sangrados irregulares, la hemorragia por disrupción y la ausencia de hemorragia por privación son frecuentes, cambiar a preparados que contengan una dosis mayor de etilnilestradiol. Si ocurre con preparados de 30µg de etilnilestradiol, cambiar a un preparado de gestágeno diferente. Si a pesar del cambio de preparado, persisten los sangrados irregulares y la hemorragia por disrupción, es necesario descartar problemas ginecológicos y valorar la indicación de la anticoncepción hormonal.

¿Qué hacer en caso de...?

Situación	Acción
Olvido de 1 píldora activa	Tomarla en el momento y continuar tomando las siguientes como siempre.
Olvido < de 2 o más píldoras activas	Continuar tomando las píldoras que quedan en el envase y utilizar otro método (preservativo) durante siete días, existe riesgo de embarazo.
Vómito 2 horas	Tomar otra píldora de un envase nuevo (existe el riesgo de haber expulsado la píldora con el vómito).
Toma de medicamentos	Informar al médico para que descarte interacciones.

4.1.1.4 Parche transdérmico

Contiene 0,6 mgr. de EE y 6 mgr. de norelgestromina (NGMN) gestágeno de tercera generación. Libera diariamente 20 µg de EE y 150 µg de NGMN.

4.1.1.4 .1 Normas de uso:

El primer día de la menstruación se coloca el parche presionando sobre la piel sana, limpia, intacta, seca y sin vello de nalgas, brazo, hombro o abdomen. La piel debe estar libre de cremas.

El parche se cambia cada 7 días coincidiendo siempre en el mismo día de la semana, hasta un total de 3 parches por ciclo. Se quita el último parche y se deja una semana de descanso. Pasados 7 días se coloca uno nuevo para iniciar otro ciclo. Los siguientes parches se colocarán en diferente sitio sin que sea necesario cambiar la zona anatómica. La aplicación y la retirada del parche siempre coincidirán el mismo día de la semana.

4.1.1.4 .2 Excepciones al uso habitual:

Se puede prolongar el uso de los parches hasta 6 semanas enlazando un ciclo con otro sin realizar descanso.

No deben pasar más de 7 días sin parche.

4.1.1.4.3 Efectos secundarios: su control.

Alteraciones del ciclo: La experiencia actual permite afirmar que hay un buen control del ciclo con este método. Si presenta sangrados intermenstruales, hemorragia por interrupción o ausencia de hemorragia por privación hay que conocer si ha habido un cumplimiento adecuado del método preguntando:

- ¿Ha comenzado el ciclo en el día correcto?
- ¿Ha estado sin parche más de 1 día durante el ciclo?
- ¿Ha retrasado el cambio de un parche por otro más de 2 días?
- ¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?

Si ha habido un cumplimiento inadecuado y no se produce hemorragia por privación en ese ciclo hay que hacer una prueba de embarazo y suspender la anticoncepción hormonal.

¿Qué hacer en caso de...?	
Situación	Acción
Se despega el parche durante menos de 24 horas	Se pega el actual o se cambia por otro.
Se despega el parche durante más de 24 horas	Se pega uno nuevo y se comienza un nuevo ciclo utilizando otro método (barrera por 7 días)
Se retrasa el cambio del parche menos de 48 horas	Aplicar uno nuevo.
Se retrasa el cambio del parche más de 48 horas	Se pega uno nuevo y se comienza un nuevo ciclo utilizando otro método 7 días.
Retraso en el inicio del ciclo	Poner el parche en ese momento y utilizar otro método 7 días.
Retraso en quitar el último parche	Quitarlo y respetar el día de inicio del ciclo.
Toma de medicamentos	Informar al médico para que descarte interacciones.

4.1.1.5 Anticoncepción inyectable combinada

Vía de administración especialmente útil en caso de dificultades para el cumplimiento de los otros anticonceptivos hormonales combinados.

4.1.1.5.1 Normas de uso

Inyección IM el 7º u 8º día de la menstruación.
Administración mensual.

No existe suficiente información para recomendar uno u otro de los preparados existentes en el medio. Su perfil de efectividad y de efectos secundarios es similar, aunque difieren un poco en el patrón más frecuente de irregularidad menstrual que inducen. Los estudios de sus efectos a largo plazo son escasos. El preparado con 50 mcg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerianato de estradiol induce menos irregularidades que el preparado con 25 mg de acetato de medroxiprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol, con 27% y 34% de mujeres irregulares al cuarto mes respectivamente.

4.1.1.5.2 Excepciones al uso habitual

Se puede poner la inyección 3 días antes o 3 días después del día que le corresponde.

4.1.1.5.3 Efectos secundarios: su control.

Alteraciones del ciclo: si presenta sangrados intermenstruales o hemorragia por interrupción hay que conocer si ha habido un cumplimiento adecuado del método preguntando:

- ¿Le han puesto la inyección el día correcto del ciclo?
- ¿Ha tomado alguna medicación durante el ciclo?

Si ha habido un cumplimiento inadecuado y no se produce hemorragia por privación en ese ciclo hay que hacer una prueba de embarazo y suspender la anticoncepción hormonal.

Si las alteraciones del ciclo son frecuentes y resultan molestas cambiar de método hormonal.

¿Qué hacer en caso de...?	
Situación	Acción
Retraso de la reinyección mayor de 3 días	Aplicar la inyección y utilizar otro método (barrera) durante 7 días.
Toma de medicamentos	Informar al médico para que descarte interacciones.

4.1.2 Anticoncepción hormonal de progestágeno solo

4.1.2.1 Presentaciones

Vía de administración	Nombre comercial	Pauta administración
Oral (píldora)	Cerazette, microlutt, microval	Diaria
IM (inyectable)	Depo-provera 150	Trimestral
Subdérmica (implante)	Jadelle	5 años
Intrauterina (DIU)	Mirena	5 años

4.1.2.2 Criterios de elegibilidad

Categoría 4: Contraindicación absoluta
Tumor maligno de mama

Categoría 3. Contraindicaciones relativas

- Tumor hepático (benigno o maligno).
- Enfermedad hepática aguda.
- Cirrosis severa.

- Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar actual.
- Enfermedad isquémica coronaria pasada o actual
- Historia de accidente cerebrovascular.
- Migraña focal.
- Cáncer de mama pasado sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años.

4.1.2.3 Normas de uso:

Clasificación:	Oral	Inyectable	Subdérmica
Inicio	1º día de la menstruación		
Momento del día que se administra	Mañana, mediodía o noche		
Pauta	Diaria	Trimestral	
Descanso	No	No	No
Patrón de sangrado	Sangrado irregular e impredecible. Sangrado prolongado. Tendencia a la amenorrea.		
Envases sucesivos	Toma continua	Cada 3 meses	Cada 5 años
Presentación por ciclo	28 comp./ mes	1 amp./ 3 meses	1 implante/5 años

4.1.2.3 Ciclo menstrual:

Con estos preparados se produce un cambio en el patrón de sangrado. Los diferentes patrones de sangrado se pueden dar cada uno de ellos de forma aislada o coincidir varios patrones de sangrado a la vez:

- Sangrado irregular, impredecible y habitualmente escaso.
- Sangrado prolongado y habitualmente escaso. Amenorrea, tendencia habitual con este método.
- Sangrado menstrual regular de cantidad escasa.

Es muy importante que la mujer esté informada previamente y acepte esta posibilidad desde antes de iniciar el método.

4.1.2.4 Efectos secundarios:

Suelen ser más frecuentes en los primeros meses:

- Cefalea.
- Tensión mamaria.
- Náuseas.
- Acné.
- Hirsutismo.
- Nerviosismo e irritabilidad.

4.1.2.5 Control de los efectos secundarios:

Si no se aceptan los cambios en el patrón de sangrado, obligan a cambiar de método anticonceptivo.

Con el implante subdérmico existe la posibilidad de controlar el sangrado con bajas dosis de estrógenos.

Si se diagnostica migraña sin síntomas focales es necesario vigilar.

4.2 Dispositivo intrauterino (DIU)

Existen dos alternativas en el medio, la T de cobre 380A con una duración aprobada actualmente de 10 años y el liberador de levonorgestrel, Mirena®, con una duración de 5 años. Mirena®, el DIU liberador de hormona contiene 52 mg de levonorgestrel y libera 20 mcg/día. Está indicado en caso de menorragia idiopática y hemorragia uterina disfuncional. Mejora la dismenorrea.

En mujeres mayores de 45 años se puede prolongar el tiempo de uso del DIU hasta la menopausia.

4.2.1 Contraindicaciones de los dispositivos

DIU Liberador de cobre y liberador de hormona

Categoría 4: Contraindicación absoluta

- Embarazo.
- Sepsis puerperal.
- Inserción inmediata después de un aborto séptico.
- Sangrado vaginal inexplicado.
- Cáncer cervical, de endometrio y de ovario pendiente de tratamiento.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) actual o en los últimos tres meses.
- Infección de Transmisión Sexual (ITS) actual o en los últimos tres meses.
- Enfermedad trofoblástica maligna.
- Cavidad uterina distorsionada.
- Tuberculosis pélvica.

Categoría 3. Contraindicaciones relativas

- Post-parto entre las 48 horas y las 4 semanas.
- Riesgo alto de ITS y/o VIH/SIDA.
- Enfermedad trofoblástica benigna.

4.2.2 Normas de uso:

Inserción del DIU:

Si la paciente no está planificando o está usando un método anticonceptivo poco seguro: durante la menstruación.

Si la paciente está planificando con AH o DIU: con o sin menstruación.

Liberador de hormona

Categoría 4: Contraindicación absoluta

- Cáncer de mama actual.

Categoría 3: Contraindicación relativa

- Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar actual.
- Enfermedad arterial coronaria pasada o actual.
- Migraña focal.
- Cirrosis severa.
- Tumores hepáticos benignos y malignos.
- Hepatitis viral activa.

4.2.3 Extracción del DIU:

Si desea embarazo: en cualquier momento del ciclo.
Si no desea embarazo: durante la menstruación, si no coincide con la menstruación, al menos 4 días después del último coito.

Si desea cambiar a un método hormonal: si la consulta coincide con la menstruación se extrae y empieza con el método hormonal. Si no coincide con la menstruación, el DIU se extrae cuando lleve 7 días con el método hormonal.

4.2.4 Efectos secundarios

4.2.4.1 DIU liberadores de cobre

Aumento de la cantidad y duración de la menstruación.
Sangrados premenstruales y postmenstruales.
Sangrados irregulares, rincipalmente intermenstruales.
Aparición o aumento del dolor menstrual.
Aumento de la secreción vaginal de características normales.

4.2.4.2 DIU liberador de levonorgestrel:

Sangrado irregular, impredecible y habitualmente escaso.
Sangrado prolongado y habitualmente escaso.
Amenorrea (habitual con este método).
Sangrado menstrual regular de cantidad escasa.
Cefalea, mastodinia, distensión abdominal, quiste funcional de ovario.

4.2.4.3 Control de los efectos secundarios:

Metrorragia:

- Si son sangrados escasos, tranquilizar.
- Si son abundantes y persistentes con DIU hormonal valorar la extracción.

Hipermenorrea:

- Analgésicos del tipo antiinflamatorio no esteroideo durante la menstruación. Si persiste, realizar control analítico para descartar anemia ferropénica.
- Valorar la inserción de un DIU hormonal.

Dismenorrea:

- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Si persiste, descartar enfermedad ginecológica.

4.2.5 Control de complicaciones:

Se sospecha expulsión si no se ven los hilos guía a través del cervix uterino o se ven más largos de la longitud de referencia. Se debe hacer una ecografía transvaginal si no se ve el DIU en cavidad uterina. se debe hacer una radiografía simple de abdomen para descartar una migración del DIU a cavidad abdominal (excepcional).

Si se sospecha o se confirma una expulsión es importante valorar si está indicada la anticoncepción postcoital.

Colonización por actinomyces, es decir, presencia de actinomyces, generalmente en el reporte de la citología, en una mujer asintomática: NO es necesario extraer el DIU, se extraerá si se sospecha infección pélvica.

Embarazo: extracción del DIU o IIU en el primer trimestre si los hilos guía son visibles y establecer si el embarazo es intrauterino o extrauterino.

- Embarazo intrauterino: tranquilizar. El DIU nunca entra en contacto con el embrión o con el feto.
- Embarazo extrauterino: remitir a especialista.

4.2.6 Información y asesoramiento al momento de la inserción

Explicar los efectos secundarios y complicaciones más comunes.

Abstenerse de tener coitos vaginales durante 3 días.

No usar tampones durante 3 días.

Observar compresas para detectar una posible expulsión.

Autocontrol de los hilos después de la menstruación.

Recomendar otro método hasta la siguiente revisión.

4.2.7 Motivos de consulta

Retraso menstrual superior a 15 días en una mujer con ciclos regulares y usuaria de DIU liberador de cobre.

Menstruaciones muy abundantes y duraderas.

Dolor en hipogastrio intenso y/o dispareunia.

Temperatura superior a 37,5°C sin causa que justifique la hipertermia.

No se encuentran los hilos al hacer el tacto.

Anticoncepción post-aborto y post-parto.

4.3 Anticonceptivos de barrera

Son aquéllos que actúan como un obstáculo físico al paso del espermatozoide a la cavidad uterina.

4.3.1 Preservativo masculino o condón

Es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración y se utiliza durante toda la relación sexual. Además de evitar el embarazo, es el único método anticonceptivo, junto con el preservativo femenino, que ayuda a prevenir el SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Por eso se debe usar durante la penetración vaginal o anal y el sexo oral. Idealmente se deben complementar con métodos químicos para aumentar su efectividad.

4.3.1.1 Normas de uso

1. Usar un condón en cada relación.
2. Sacar el preservativo de su envoltorio con cuidado de no romperlo.
3. Colocarlo cuando ocurre la erección, antes de la primera penetración, dejando un espacio en su extremo superior para contener el semen eyaculado (al hacerlo, no estirar con fuerza el extremo del condón sobre la punta del pene sino comprimirlo contra el glande para evitar que quede aire contenido allí).
4. Después de la eyaculación, retirar el pene de la vagina, sosteniendo el preservativo por su base para que éste no se salga, tratando de no derramar esperma al hacer esta maniobra.
5. No reutilizar nunca. Tirarlo envuelto en un trozo de papel.
6. Si necesita lubricante, usar uno a base de agua (la misma jalea espermicida sirve) ya que los de base oleosa deterioran el látex.

4.3.1.2 Desventajas:

Se requiere motivación para su uso constante y correcto, por lo que es importante en consejería interactuar con técnicas lúdicas para motivar su uso.

4.3.2 Preservativo femenino

Se trata de una vaina flexible de poliuretano autolubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno, usado para su inserción y retención, semejando un diafragma que mantiene el preservativo femenino en posición adecuada y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito.

4.4 Contraceptivos químicos

Espermicidas

Son sustancias que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Se presentan en varias formas farmacéuticas: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos. Los espermicidas más utilizados en nuestro país son el Nonoxynol-9 y el Cloruro de Benzalconio y con menor frecuencia el Octoxynol o el Mefengol.

Se deben introducir en la vagina, cerca del cérvix, con una anticipación no mayor de 1 hora respecto del coito –ya que pierden su actividad espermicida con el transcurso del tiempo– y no menor de 10 a 15 minutos antes –para dar tiempo a su disolución, si son óvulos o tabletas–. Se debe recomendar no realizar ninguna higiene vaginal por un mínimo de 7 horas luego del coito.

Debido a su alta tasa de fallas, se recomienda su uso asociado a un método de barrera, como el preservativo.

Puede tener efectos colaterales relacionados con reacciones alérgicas a alguno de sus componentes.

4.5. Método de la lactancia (MELA)

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 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, a libre demanda del bebé.
 - No se han reiniciado sus períodos menstruales.
 - El bebé es menor de 6 meses de edad.
- Si alguna de estas condiciones no se cumple, la mujer debería comenzar a usar otro método de planificación familiar.

Si la madre es VIH positiva existe la posibilidad de que el VIH pase al bebé a través de la leche materna.

4.6. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer.

Son menos eficaces que otros métodos anticonceptivos, pero a veces son la única opción para personas que no pueden o no desean utilizar otros métodos. Incluyen diferentes métodos que dependen de la identificación de los días del ciclo menstrual durante los cuales una mujer puede quedar embarazada, por lo que comprenden el conocimiento de las características fisiológicas del ciclo reproductivo como medio para regular la fecundidad.

Metodos de indice simple

Son aquellos que utilizan un solo indicador.

- a) Método del cálculo calendario.
- b) Método de la temperatura basal.
- c) Cambios cíclicos del cérvix.
- d) Valoración de los cambios en el moco cervical.
 - 1) Humedad (Billings)
 - 2) Filancia (Spinnbarkeit)
 - 3) Cristalización (Rydberg)
- e) Indicadores sintomáticos menores.

4.6.1 El cálculo calendario

Históricamente, este fue el primero de los métodos naturales a partir de los trabajos de Ogino-Knaus. Constituyó la base para el método del ritmo, actualmente superado por métodos naturales más avanzados. Si se deja un margen de seguridad de 72 horas para prever la supervivencia del esperma, y de 12 a 24 horas para prever la supervivencia del óvulo, se puede determinar un método para detectar el comienzo y el final de la fase fértil. Como la duración del ciclo no es siempre la

misma, se puede calcular con razonable exactitud un tiempo fértil de 7 días. La fase se calcula:

- 1) Definiendo el ciclo menstrual más corto y el más largo de 12 ciclos previos;
- 2) Restando 18 al ciclo más corto para obtener el primer día fértil;
- 3) Restando 11 al ciclo más largo para obtener el último día fértil.

Actualmente no se recomienda que este método sea utilizado como único índice de fertilidad, sin embargo puede proporcionar una información útil cuando se usa como uno de los indicadores entre los índices múltiples.

4.6.2 Cambios en la temperatura basal del cuerpo

La temperatura basal es la temperatura del cuerpo en descanso completo o después de un período de sueño y antes que comience la actividad normal, incluyendo comida y bebida. De ser posible, se cree conveniente usar un termómetro de mercurio de escala expandida (termómetro de fertilidad), para detectar el pequeño ascenso de la temperatura que está normalmente entre 0,2 °C y 0,6 °C. La temperatura se puede tomar en la boca (5 minutos), en el recto (3 minutos) o en la vagina (3 minutos) y se escribe diariamente en un gráfico especial, que está diseñado para relacionar ese pequeño cambio desde el nivel menor al mayor y facilitar su interpretación con posterioridad.

La temperatura basal se debe tomar en el mismo momento todos los días ya que, incluso en condiciones ideales y constantes, existe una variación diurna que oscila desde un mínimo entre las 03:00 y las 06:00 horas, a un máximo entre las 15:00 y las 19:00 horas. Si se produjera la concepción durante el ciclo de medición de la temperatura, ésta permanecerá en su nivel mayor. De lo contrario, comienza a caer justo antes de la menstruación. Como indicador de fertilidad, la temperatura basal sólo puede detectar el final de la fase fértil, que ocurre luego del tercer día de elevación sostenida de la temperatura basal.

La pareja evita el coito desde el primer día del sangrado menstrual hasta que la temperatura de la mujer sube

por encima de su temperatura normal y se mantiene elevada por tres días enteros. Esto significa que la ovulación ha ocurrido y la fertilidad ha terminado.

Si la mujer presenta un cuadro febril de cualquier etiología, este método deja de ser útil hasta la menstruación siguiente, por lo que en ese mes se debe cambiar de método o mantener abstinencia todo el ciclo. Si la mujer se traslada a otra localidad a mayor altura sobre el nivel del mar, la temperatura basal no es evaluable en ese ciclo, por lo que se deberá esperar la menstruación para reiniciar el método. En ese caso se debe cambiar de método o mantener abstinencia todo el ciclo.

Puesto que se debe restringir tanto el coito, el método no es muy aceptado como indicador objetivo del final del período fértil. Por lo tanto, en la práctica, la temperatura basal se combina normalmente con otro indicador como el cálculo del calendario o los síntomas del moco, en una combinación de índice múltiple.

4.6.3 Cambios cíclicos del cérvix

Independientemente de los cambios que ocurren en el moco cervical, está bien establecido que el cérvix también sufre cambios a lo largo del ciclo, que son hormono-dependientes.

Estos cambios se pueden observar por medio de la autopalpación del cérvix, que se realiza introduciendo dos dedos en el interior de la vagina hasta alcanzarlo.

Menstruaciones para el uso de los cambios del cérvix en la procreación responsable.

Antes de la ovulación, cualquier cambio del cervix (apertura, reblandecimiento o cambio en la posición) indica el comienzo de la fase fértil. Dejando como margen 3 días después de que los hallazgos cervicales hayan retornado a su estado prefértil, se puede detectar el final de la fase fértil.

4.6.4 Indicadores sintomatológicos menores de fertilidad

Existen otros indicadores sintomatológicos que son específicos solamente para algunas mujeres en particular. Entre los mismos se encuentran: el dolor de la ovulación,

el sangrado en la mitad del ciclo, los síntomas en las mamas, el aumento del apetito, la ganancia transitoria de peso, la distensión abdominal, la retención de líquidos, el acné, el hormigueo en la piel, la migraña y las náuseas, los cambios de humor, el aumento de la excitabilidad, el sueño y el rechazo de ciertos olores. Cuando algunos de estos indicadores están presentes, resultan de mucha ayuda para la confirmación, contribuyendo a la interpretación de las señales mayores. Además, son muy apreciados por el sentimiento personal de femineidad que sugieren a la mujer. Facilitan además una explicación razonable para las molestias que suelen aparecer como resultado de las concentraciones hormonales. Sin embargo su variabilidad y su falta de efectividad no los hacen recomendables como métodos efectivos para anticoncepción.

4.6.5 Métodos de índice múltiple

Existen diversos métodos de índice múltiple, según la combinación de los indicadores usados. El método combinado más usado es el sintotérmico que agrega a la detección del ascenso de la temperatura basal, la percepción de aspectos sintomatológicos como humedad vulvar, tensión mamaria, sangrado periovulatorio, dolor abdominal, etc.

- Para detectar el comienzo de la fase fértil: método calendario más método de la temperatura basal más método del moco cervical.
- Para detectar el final de la fase fértil y comienzo de la fase infértil post-ovulatoria: método de la temperatura basal más método del moco cervical.

4.6.6 Requisitos de prescripción de métodos de abstinencia periódica

- Pareja muy motivada a realizarlos.
- Paciente eumenorreica con bajo riesgo de ITS-HIV/SIDA.
- Posibilidad de aprendizaje e implementación correcta del método.
- Aceptación de posibles fallas de eficacia.

Las parejas tributarias a esta alternativa son aquellas que por sus valores o por alguna enfermedad de base no pueden emplear los otros métodos más efectivos.

4.7 Métodos de esterilización

Por considerarlos métodos definitivos, no son de elección en planificación familiar salvo en situaciones especiales. Dichos métodos de contracepción permanente, requieren intervención quirúrgica en hombres o en mujeres y por lo tanto requieren consentimiento informado escrito por parte del usuario con justificación diagnóstica del proveedor.

4.7.1 Vasectomía

Ventajas:

- No tiene efectos sobre el placer sexual ni sobre el desempeño del acto sexual.
- Ningún efecto secundario conocido a largo plazo.
- Es un procedimiento simple y seguro.
- Totalmente efectivo después de al menos 20 eyaculaciones o de tres meses.
- Requiere consejería y consentimiento informado que sea apropiado.

Desventajas:

- Complicaciones infrecuentes en la cirugía: sangrado o infección en el lugar de la incisión, coágulos en el escroto.
- No es efectivo en forma inmediata.
- No protege contra ITS-VIH/SIDA.

4.7.2 Interrupción quirúrgica de las trompas de falopio

Ventajas:

- No necesita suministros ni controles periódicos.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No tiene efectos sobre la salud conocidos a largo plazo.

Desventajas

- Complicaciones infrecuentes en la cirugía: infección o sangrado en el lugar de la incisión, sangrado o infección interna, riesgos de la anestesia.

- En casos raros, cuando ocurre un embarazo, es mayor la posibilidad de embarazos ectópicos.
- Requiere examen físico y cirugía realizada por médico capacitado.
- No provee protección contra ITS-VIH/SIDA.

5. Anticoncepción post-aborto y post-parto

	Situación	Métodos		
		Hormonal combinada	Hormonal progestágeno solo	DIU
Post-aborto:	Aborto 1º trimestre	Inmediatamente		Inmediatamente o 1ª menstruación post-aborto.
	Aborto 2º trimestre			1ª menstruación post-aborto.
Post-parto:	Lactancia artificial	21 días post-parto	En cualquier momento	1ª menstruación post-parto
	Lactancia materna	Contraindicada si 6 meses del parto	6 semanas post-parto	Nunca antes de 4 semanas post-parto (descartar embarazo)

6. Anticoncepción de emergencia o postcoital

6.1 Anamnesis

Es necesario conocer la fecha y las características de la última menstruación, el tipo de ciclo menstrual, el número de horas transcurridas desde el coito de riesgo hasta el momento de la consulta, la existencia de coitos anteriores al de la consulta sin protección, la toma de medicamentos que puedan disminuir la eficacia de la anticoncepción de emergencia hormonal y la existencia de contraindicaciones. Con estos datos se calcula el momento del ciclo (periodo fértil) en el que se ha dado el coito y se decide el método o el esquema.

Si la mujer está muy angustiada se debe prescribir la anticoncepción postcoital aunque el coito no haya coincidido con el periodo fértil.

6.2 Tratamiento:

Situaciones	Tratamiento
Coito de riesgo < 72 horas:	Levonorgestrel 750 mcg: 2 comprimidos en dosis única o uno cada 12 horas
Coito de riesgo < 72 horas (Pauta de Yuzpe):	ACO de 50 mcg de EE: 2 comp./12 horas/por 2 dosis. ACO de 30 mcg: 4 comp./12 horas por 2 dosis (indicado si existen problemas económicos o de disponibilidad que impidan realizar la pauta anterior)
Coito de riesgo < 72 horas + interacción con medicamentos:	Levonorgestrel 750 mcg: 2 comp. la primera dosis y 1 comprimido a las 12 horas; ó ACO de 50 mcg 3 comp./ 12 horas/ por dos dosis; ó inserción de DIU.
Coito de riesgo > 72 horas	Hormonal hasta 120 horas, aunque con menos efectividad ó inserción de DIU.

6.3 Información y asesoramiento:

Con el método hormonal se pueden presentar náuseas, vómitos, mastodinia y tendrá una hemorragia por privación en la fecha prevista para la menstruación o antes. La pauta de "progestágeno solo" es mejor tolerada.

Si no menstrúa pasados 21 días desde la toma de la píldora postcoital, se debe hacer una prueba de embarazo.

Si han existido coitos sin protección anteriores al de la consulta, existe la posibilidad de que la anticoncepción de emergencia no sea efectiva porque puede haber ya un embarazo previo.

6.4 Efectividad

La eficacia de ambas pautas es máxima cuando el tratamiento se inicia en las primeras 12 horas después del coito de riesgo. La tasa de embarazo se va incrementando un 50% por cada 12 horas de retraso en el inicio de la toma. Se puede prescribir la anticoncepción de emergencia entre las 72 y 120 horas del coito de riesgo, informando a la mujer de la pérdida de eficacia del método según se aleja del día del coito.

6.5 Anticoncepción postcoital en usuarias de anticoncepción hormonal:

Está indicada en aquellos casos que ha habido un mal cumplimiento del método y además ha habido un coito de riesgo de embarazo. Para indicar la anticoncepción de emergencia es necesario tener en cuenta las situaciones de mal cumplimiento y la semana en la que ocurre dicho incumplimiento.

Situaciones de mal cumplimiento e indicación de anticoncepción en usuarias de ACO:

- Si hay retraso al comenzar por primera vez: postcoital y continuar el ciclo.
- Si hay retraso al comenzar el envase siguiente: postcoital y continuar el ciclo.

Situaciones de mal cumplimiento e indicación de anticoncepción en usuarias de parche.

- Si el tiempo sin método es mayor de 10 días y existe retraso en el cambio del parche.

- Si ocurre en la primera semana: postcoital y continuar el ciclo.
- Si ocurre en la segunda semana: no está indicada la anticoncepción postcoital.
- Si ocurre en la tercera semana: existen dos posibilidades, suspender el envase e iniciar un nuevo ciclo el primer día de la menstruación o no hacer descanso y enlazar con otro envase.

Situaciones de mal cumplimiento e indicación de anticoncepción en usuarias de minipíldora:

- Si olvidó minipíldora >12 horas: postcoital y continuar el ciclo.
- Si olvidó minipíldora + lactancia materna y menos de 6 meses del parto: NO amerita anticoncepción postcoital.

7. Controles periódicos de las usuarias de anticoncepción

La experiencia confirma que cuando hay una decisión informada y una correcta asesoría del método elegido se reducen las consultas injustificadas.

Una mujer sana en edad fértil debe recibir:

- Atención inmediata del efecto secundario o complicación que presente con el método.
- Control específico del método anticonceptivo que utiliza.
- Examen de salud general y ginecológico.

La mujer que presenta una condición médica especial realizará controles relacionados con esa enfermedad.

Si al realizar los controles se debe contraindicar o suspender el método que está utilizando, es necesario explicar el método alternativo y si es posible instaurarlo inmediatamente.

Controles en usuarias de anticoncepción hormonal		
Edad	Periodicidad	Contenido de las revisiones
< 35 años	12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Actualización de factores de riesgo. - Valoración de efectos secundarios. - Valorar hábitos sexuales. - Comprobación del uso correcto y aclarar dudas. - Control de TA. - Control de peso si ha habido cambios durante el uso de la anticoncepción hormonal. - Control analítico.
> 35 años	12 meses	
Si TA > 130/85 mmHg	12 meses	
La evidencia científica disponible no justifica la realización de descansos durante el uso de anticonceptivos hormonales.		

Controles en usuarias de DIU	
Periodicidad	Contenido de las revisiones
A los 2 meses de la inserción	<ul style="list-style-type: none"> - Actualización de factores de riesgo. - Valoración de efectos secundarios y complicaciones. - Valorar hábitos sexuales. - Control de los hilos guía.
Al año de la inserción	
Al cumplir el tiempo de uso reconocido del DIU	
Resto: adaptado al examen de salud ginecológico	

8. Examen ginecológico

El examen de genitales internos es necesario para la aplicación del DIU. El examen de mamas o de genitales internos no es un requisito indispensable para el inicio o la continuidad de los métodos anticonceptivos, como tampoco lo es la realización de la citología, especialmente en mujeres menores de 35 años. Estos exámenes se deben concertar con la mujer y explicarle que la consulta de inicio o de vigilancia del método anticonceptivo es una excelente oportunidad para tamizar algunos tumores como los de mama, ovario, cérvix o útero y pueden traerle los beneficios de una detección temprana, pero no se puede supeditar la selección o la continuidad del método a la realización de estas actividades complementarias.

Examen de salud ginecológico		
Edad	Tipo de exploración	Periodicidad
< 45 años:	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración ginecológica. - Exploración mamaria. - Citología vaginal 	Cada 3 años
< 45 años con factores de riesgo:	- Mamografía	Cada año
> 45 años	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración ginecológica. - Exploración mamaria. - Mamografía. 	Cada año
	- Citología vaginal.	Cada 2-4 años
En mujeres en edad fértil asintomáticas la periodicidad de las revisiones ginecológicas se puede adaptar a los controles de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix y de cáncer de mama.		

9. Eficacia*, efectividad* y continuidad del método

Método	% mujeres con embarazo en el primer año		Continuidad al año* (%)
	Uso típico*	Uso perfecto*	
Ningún método	85	85	
Espermicidas	29	18	42
Coito interrumpido	27	4	43
Abstinencia periódica	25		51
<i>Calendario</i>		9	
<i>Método de la ovulación</i>		3	
<i>Método sintotérmico</i>		2	
<i>Método post-ovulación</i>		1	
Lactancia materna exclusiva (6 meses)	2	0.5	
Condón femenino	21	5	49
Condón masculino	15	2	53
Anticonceptivos orales combinados y de progestina sola	8	0.3	68
Parche anticonceptivo combinado	8	0.3	68
Acetato de Medroxiprogesterona de depósito	3	0.3	56
Anticonceptivo inyectable combinado	3	0.05.	56
T de cobre 380A**	0.8	0.6	78
DIU-Levonorgestrel**	0.1	0.1	81
Implantes de levonorgestrel	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100

NOTA: Esta tabla se tomó del texto “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la OMS

*Efectividad se refiere a la proporción de fallas cuando el método se usa en condiciones normales de la vida real, con olvidos, fallas o condiciones que afectan la eficacia, que se refiere a la proporción de fallas del método cuando se emplea en condiciones ideales. Se presenta la continuidad del método como la proporción de mujeres que continúan usando el método al cabo de un año de iniciado.

** La última actualización del metanálisis de Cochrane reporta que los DIU con 250 mm² o más de área son tan efectivos como los endoceptivos.

10. Costo efectividad de los métodos

Un estudio de costo efectividad publicado en la revista "Contraception" en el año 2003 concluye que aparte de la vasectomía, que no fue objeto de estudio, los métodos de mejor rendimiento costo-efectividad fueron los dispositivos intrauterinos, tanto la T de cobre como el endoceptivo, y el progestágeno de depósito trimestral. En el análisis no se incluyeron los implantes subdérmicos, los parenterales mensuales ni los parches, pero sí los anticonceptivos orales combinados, los espermicidas, los condones femeninos, el diafragma y el capuchón cervical.

11. Anexo: Criterios de elegibilidad de la OMS

Esta información la puede encontrar de una manera sistematizada en el CD en la carpeta "anexos"

GUÍA PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Criterios de elección para anticonceptivos orales de la Organización Mundial de la Salud Anticonceptivos hormonales combinados microdosificados

Categoría I	Categoría II	Categoría III	Contraindicaciones
<p>"No tiene restricciones de uso."</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: menor de 40 años • Obesidad • Antecedentes de preeclampsia • Antecedentes de embarazo ectópico • Aborto reciente (desde el 7º día postaborto) • Desde los 21 días de puerperio, si no va a amamantar • Ciclos irregulares, dismenorrea • Enfermedad pélvica inflamatoria actual o pasada • Patología mamaria benigna • Ectropion cervical • Miomatosis uterina • Cáncer de ovario o endometrio • Enfermedad trofoblástica gestacional • Antecedentes de diabetes gestacional • Epilepsia • Patología tiroidea • Hepatitis no activa (portador sano o antecedentes de hepatitis) • Esquistosomiasis • Malaria • Anemia ferropénica • Tuberculosis • HIV • Riesgo de HIV y ETS (junto con el uso sistemático del preservativo) 	<p>"Las ventajas son mayores que los inconvenientes técnicos demostrados y pueden utilizarse dentro de determinados parámetros."</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: mayor de 40 años • Fumadoras si son menores de 35 años • Lactancia materna luego del sexto mes de puerperio • Antecedentes de colestasis del embarazo • Cáncer del cérvix o neoplasia intraepitelial cervical • Tromboflebitis superficial • Cardiopatía valvular no complicada, no embolizante • Talasemia • Diabetes sin complicaciones • Litiasis vesicular asintomática o resuelta quirúrgicamente 	<p>"Condiciones en las cuales no se recomienda el uso del método, pero se pueden contemplar excepciones en determinados casos."</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fumadoras (de menos de 20 cigarrillos) mayores de 35 años • Lactancia materna antes del 6º mes • Antes de los 21 días de puerperio (si no está dando de mamar) • Cáncer mamario tratado • Sangrado vaginal sin explicación (la relatividad de la contraindicación se debe a que la patología puede resultar más grave que el uso de anticonceptivos, por ejemplo en el cáncer cervical) • Antecedentes de hipertensión arterial sin posibilidad de medir la TA ahora (También por un criterio de menor daño) • Hipertensión arterial leve (TA menor a 160/100) • Hiperlipidemias conocidas (también por un criterio de daño menor) • Litiasis vesicular actual sintomática • Antecedentes de ictericia por uso de ACO • Uso de antibióticos o antiepilépticos que disminuyen la eficacia anticonceptiva de los AH 	<p>"Uso contraindicado."</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Lactancia • Cáncer gínito-mamario • Insuficiencia hepática • Hepatitis activa • Tumores hepáticos (benignos o malignos) • Migraña con síntomas neurológicos • Fumadoras (de más de veinte cigarrillos) de 35 o más años • Diabetes con complicaciones vasculares o con 20 o más años de enfermedad • Historia o evidencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Trombosis de venas profundas. • Embolia pulmonar. • Accidente cerebrovascular. • Cardiopatía reumática • Cardiopatía isquémica • Várices severas. • Enfermedad cardiovascular diabética. • Hipertensión moderada o severa • Insuficiencia cardíaca <p>Más adelante se halla un listado similar por patología-categoría.</p>

Criterios de elección para anticonceptivos orales de la Organización Mundial de la Salud
 Anticonceptivos sólo de progesterona (Depoprovera, minipíldoras e implantes)

<p>Categoría I</p> <p>“No tiene restricciones de uso.”</p>	<p>Categoría II</p> <p>“Las ventajas son mayores que los inconvenientes técnicos demostrados y pueden utilizarse dentro de determinados parámetros.”</p>	<p>Categoría III</p> <p>“Condiciones en las cuales no se recomienda el uso del método, pero se pueden contemplar excepciones en determinados casos.”</p>	<p>Contraindicaciones</p> <p>“Uso contraindicado.”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Edad: 16 años o mayor • Fumadoras • Obesidad • Antecedentes de preeclampsia • Antecedentes de embarazo ectópico (categoría II si se trata de píldoras sólo de progesterona: minipíldora) • Post parto (si no dará de mamar) y post aborto inmediatos • Lactancia desde la 6ª semana postparto • Patología mamaria benigna • Diabetes gestacional • Colestasis del embarazo • Ectopía cervical • Miomas uterinos • Cáncer de endometrio o cervical • Enfermedad pélvica inflamatoria • Enfermedad trofoblástica gestacional • Trastornos tromboembólicos • Valvulopatías cardíacas • Hipertensión leve (TA menor a 160/100) y moderada (TA menor a 180/110) • Colecistopatías • Hepatitis (no activa, portador) • Tiroideopatías • Talasemia y anemia de células falciformes • Epilepsia • Esquistosomiasis • Tuberculosis • Malaria • Anemia ferropénica • ETS actual o pasada • HIV positivo • Riesgo aumentado de HIV 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad: menores de 16 años • Cefalea severa y migraña (las minipíldoras son categoría I ya que pueden ser interrumpidas rápidamente) • Ciclos menstruales irregulares, incluso con hipermenorrea • Nódulo mamario sin diagnóstico (hasta que se aclare el mismo, considerando que el embarazo es un riesgo mayor) • Antecedentes de hipertensión • Hipertensión severa (TA mayor a 180/110) y/o con daño vascular • Cardiopatía isquémica y ACV (depoprovera clase III) • Hiperlipidemias conocidas (depoprovera clase III) • Diabetes (depoprovera clase III en DBT de más de 20 años o con patología vascular) • Antecedentes de ictericia por anticonceptivos orales • Cirrosis con daño hepático moderado 	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna antes de la 6ª semana postparto • Antecedentes de cáncer de mama • Hepatitis activa • Cirrosis severa • Ictericia actual • Tumores hepáticos benignos o malignos • Uso de ciertos antibióticos y antiepilépticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Sangrado vaginal inexplicable (minipíldora categoría III porque la dosis total es menor y pueden interrumpirse rápidamente) • Cáncer actual de mama (minipíldora categoría III porque la dosis total es menor y pueden interrumpirse rápidamente)

Criterios de elección para el uso de DIU según la Organización Mundial de la Salud

CATEGORIA I	CATEGORIA II	CATEGORIA III	CATEGORIA IV.
<p>Sin restricciones en su uso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 20 o más años. • Fumadoras. • Obesidad. • Cefaleas o migraña • Lactancia materna. • Antecedentes de pre-eclampsia. • Antecedentes de embarazo ectópico. • Postparto luego de la 4ª semana. • Post aborto sin sospecha de infección (del primer trimestre). • Ciclos irregulares sin hipermenorrea. • Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria con un embarazo subsecuente. • Enfermedades de la mama. • Neoplasia intra-epitelial cervical. • Ectopía cervical. • Trastornos tromboembólicos. • Valvulopatía cardíaca sin complicar. • Hipertensión arterial. • Cardiopatía isquémica y ACV. • Tiroideopatías. • Epilepsia. • Diabetes. • Tumores hepáticos. • Esquistosomiasis. • Uso de antibióticos y antiépilépticos • Colecistopatías. • Ictericia (incluida la colestasis del embarazo). • Hepatitis (activa o portador). • Cirrosis (leve o moderada). • Malaria. • Tuberculosis extrapélvica 	<p>Las ventajas son mayores que los inconvenientes técnicos demostrados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valvulopatía cardíaca complicada (se recomienda cobertura antibiótica previa a la inserción). • Talasemia (Vigilar el aumento del sangrado menstrual en los primeros meses de uso). • Anemia de células falciformes (Vigilar el aumento del sangrado menstrual en los primeros meses de uso). • Anemia ferropénica (Vigilar el aumento del sangrado menstrual en los primeros meses de uso). • Vaginitis sin presencia de pus en el cérvix. • Edad: menores de 20 años. • Nuliparidad. • Hipermenorrea o sangrado prolongado/dismenorrea severa. • Antecedentes de Enfermedad Pélvica. Inflamatoria sin embarazo subsecuente. • Anomalías uterinas cervicales o corporales (incluyendo fibromas) que no distorsionen la cavidad o interfieran con la inserción. • Postparto, menos de 48 horas. • Postaborto del segundo trimestre. 	<p>No se recomienda su uso pero pueden contemplarse excepciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postparto luego de las 48 horas y antes de las 4 semanas. • Enfermedad trofoblástica gestacional sin malignidad. • Riesgo aumentado de enfermedades de transmisión sexual. • HIV positivo o SIDA. 	<p>Uso contraindicado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo. • Sepsis puerperal o post aborto séptico. • Hasta tres meses luego de una enfermedad pélvica inflamatoria. • Anormalidades uterinas cervicales o corporales incompatibles con la inserción. • Sangrado vaginal inexplicable. • Enfermedad trofoblástica gestacional maligna. • Cáncer cervical, endometrial u ovárico. • Tuberculosis pélvica diagnosticada. • Alto riesgo de ETS y/o HIV. • ETS hasta hace tres meses.

Bibliografía

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. Farley TMM. Evolución del desempeño del DIU. *Bol Med IPPF* 1997; 31(4): 4.

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Anticoncepción en situaciones especiales mejor evidencia. Bogotá D.C.: Distribuna Médica; 2006.

French R, Van Vliet H, Cowan F, Mansour D, Morris S, Hughes D, Robinson A, Proctor T, Summerbell C, Logan S, Helmerhorst F, Guillebaud J. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3.

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.

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* 2000; 37(2): 1-4.

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.

Gupta S. Anticonceptivos orales combinados con dosis muy baja de estrógeno. *Bol Med IPPF* 2003; 37(4): 2-4.

López-Arregui E., Perpiñá Cano J., Álvarez Gonzalez D., Dueñas Díez J. Anticoncepción hormonal oral y alteraciones neurológicas. En *Manual de Anticoncepción Hormonal Oral*. Zaragoza: INO Reproducciones; 1997: p.381-419.

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>.

Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3ra ed. Ginebra: OMS; 2005.

Organización Mundial de la Salud, Unidad de Planificación Familiar y Población. Anticoncepción de emergencia: guía para la prestación de servicios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999. Documento N° WHO/FRH/FPP/98.19.

Piaggio G, Von Hertzen H, Grimes AD et al. Timing of emergency contraception with Levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 1999; 353: 721.

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.

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>.

Zieman 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.

