

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos

Tercera edición, 2018



Organización
Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos

Tercera edición, 2018



**Organización
Mundial de la Salud**

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition]

ISBN 978-92-4-356540-8

© Organización Mundial de la Salud 2018

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>.

Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Maquetación: Ocean Translations, Argentina.
Impreso en Suiza.

Índice

Agradecimientos	3
Siglas y abreviaturas	5
Resumen ejecutivo	6
Introducción	6
Público destinatario	8
Métodos para la elaboración de la guía	8
Resumen de las recomendaciones revisadas	10
1. Antecedentes	12
1.1 Atención de la salud sexual y reproductiva como derecho humano	12
1.2 Elección de anticonceptivos	13
1.2.1 Temas relacionados con el acceso y la calidad de los servicios que afectan el uso y la elección de los métodos	13
1.3 Eficacia de los métodos	14
1.4 Retorno a la fertilidad	14
1.5 Infecciones de transmisión sexual y anticoncepción: doble protección	16
2. Métodos	17
3. Cómo utilizar este documento	19
3.1 Clasificación de exámenes y análisis antes de iniciar los métodos anticonceptivos	19
3.2 Elegibilidad para el uso de anticonceptivos	20
4. Implicaciones programáticas	21
4.1 Introducción de guías en programas nacionales	21
5. Usuarías con necesidades especiales	23
5.1 Personas con discapacidades	23
5.2 Adolescentes	23
6. Resumen de cambios en las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición	26
7. Recomendaciones	27
7.1 ¿Cómo una persona prestadora de servicios de salud puede estar razonablemente segura de que una mujer no está embarazada?	27
7.2 Dispositivos intrauterinos	27
7.2.1 DIUs con cobre (DIU-Cu) y DIUs liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG)	27
7.3 Anticonceptivos con progestágeno solo	33
7.3.1 Implantes con progestágeno solo	33
7.3.2 Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo (AIPS)	38
7.3.3 Anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS)	42

7.4	Anticonceptivos hormonales combinados	48
7.4.1	Anticonceptivos orales combinados (AOCs), el parche anticonceptivo combinado y el anillo vaginal anticonceptivo combinado (AVC)	48
7.4.2	Anticonceptivos inyectables combinados (AICs)	55
7.5	Anticoncepción de emergencia (AE)	58
7.5.1	DIUs con cobre (DIU-Cu) para AE y píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	59
7.5.2	Reanudación o inicio de la anticoncepción regular después de usar la AE	61
7.6	Standard Days Method® (método de días fijos)	64
7.7	Esterilización masculina	65
7.7.1	Vasectomía	66

Anexo en Internet: Elaboración de una guía actualizada para la tercera edición
[\(www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/\)](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/)

Agradecimientos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) agradece a las y los miembros del Grupo de elaboración de la guía (GEG) y de la Secretaría de la Evidencia por sus aportes durante el proceso de desarrollo de estas recomendaciones. La OMS convocó tres consultas (del 13 al 16 de mayo de 2013, del 9 al 12 de marzo de 2014 y del 24 al 25 de septiembre de 2014) con el fin de completar la tercera edición de las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Quienes formaron parte del GEG y de la Secretaría de la Evidencia participaron en, por lo menos, una de las tres consultas. La OMS agradece profundamente las sugerencias de las y los colegas que revisaron los primeros borradores de la guía en su calidad de miembros del Grupo de Revisión Externo. A continuación se indican los nombres de quienes participaron en cada grupo.

Grupo de elaboración de la guía

Richard Adanu (Universidad de Ghana, Ghana), Eliana Amaral (Universidad Estatal de Campinas, Brasil), Jean-Jacques Amy (Sociedad Europea de Anticoncepción y Salud Reproductiva, Bélgica), Sharon Cameron (Universidad de Edimburgo, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte [Reino Unido]), Tsungai Chipato (Universidad de Zimbabue, Zimbabue), Roger Chou (Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón, Estados Unidos de América [EE. UU.]), Jacqueline Conard (Hospital Universitario de París – Hôtel Dieu, Francia), Maria del Carmen Cravioto (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México), Marc Dhont (Hospital Universitario de Gante, Bélgica), Alison Edelman (Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón, EE. UU.), Faysel El-Kak (Universidad Americana de Beirut, Líbano), Mohammed Eslami (Ministerio de Salud y Educación, República Islámica de Irán), Karima Gholbzouri (Ministerio de Salud, Marruecos), Gathari Gichuhi (Jhpiego, Kenia), Anna Glasier (Universidad de Edimburgo, Reino Unido), Andy Gray (Universidad de KwaZulu-Natal, Sudáfrica), Philip Hannaford (Universidad de Aberdeen, Reino Unido), Caitlin Kennedy (Universidad Johns Hopkins, EE. UU.), Pisake Lumbiganon (Universidad de Khon Kaen, Tailandia), Francesca Martínez (Instituto Universitario Dexeus, España), Olav Meirik (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Chile), Suneeta Mittal (Instituto de Investigación Fortis Memorial, India), Herbert Peterson (Universidad de Carolina del Norte, EE. UU.), Maria Asuncion Silvestre (Universidad de Filipinas, Filipinas), Regine Sitruk-Ware (Consejo de Población, EE. UU.), Marja-Riitta Taskinen (Universidad de Helsinki, Finlandia), Tran Son Thach (Universidad de Adelaida, Australia), Carolyn Westhoff (Universidad de Columbia, EE. UU.), Wu Shangchun (Instituto Nacional de Investigación para la Planificación Familiar, China).

Secretaría de la Evidencia

Universidad Duke, EE. UU.: Remy Coeytaux

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), EE. UU.: Tara Jatlaoui, Kathryn Curtis, Halley Riley, Naomi Tepper

Universidad de Carolina del Norte, EE. UU.: Rachel Peragallo Urrutia

Socios

Agencia Europea de Medicamentos (EMA): Peter Arlett, Corinne de Vries, Julie Williams

Confederación Internacional de Matronas (ICM): Maria Papadopoulou

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO): Hamid Rushwan

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): Sennen Hounton

Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA): Lisa Soule

Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos (NIH): Alicia Armstrong, Trent MacKay

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID): Patricia MacDonald, James Shelton

Grupo de Revisión Externo

Abu Faisel (EngenderHealth, Bangladesh), Pio Ivan Gomez (Federación Internacional de Planificación Familiar/Hemisferio Occidental y profesor titular de la Universidad de Colombia, Colombia), Mihai Horga (East European Institute for Reproductive Health, Rumania), Rafat Jan (Universidad Agha Khan, Pakistán), Isaac Malonza (Jhpiego, Kenia), John Pile (UNFPA, Timor Oriental).

Secretaría de la OMS

Oficina central de la OMS, Ginebra, Suiza

Departamento de Productos Sanitarios y Medicamentos Esenciales: Nicola Magrini

Departamento de VIH: Rachel Baggaley

Departamento de Manejo de las Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad y Prevención de la Violencia y los Traumatismos: Alarcos Cieza

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas: Moazzam Ali, Keri Barnett-Howell (voluntaria), Shannon Carr (voluntaria), Venkatraman Chandra-Mouli, Monica Dragoman, Mario Festin, Mary Lyn Gaffield, Rajat Khosla, James Kiarie, Caron Kim, Sharon Phillips, Maria Rodriguez, Theresa Ryle, Petrus Steyn, Marleen Temmerman, Katherine Whitehouse, Teodora Wi

Oficinas regionales de la OMS

Oficina Regional de la OMS para África: Léopold Ouedraogo

Oficina Regional de la OMS para las Américas (Organización Panamericana de la Salud): Suzanne Serruya

Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental: Ramez Mahaini (no pudo asistir)

Oficina Regional de la OMS para Europa: Gunta Lazdane

Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental: Arvind Mathur

Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental: Wen Chunmei

Coordinación general

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS: Mary Lyn Gaffield.

Theresa Ryle colaboró en la coordinación y en el apoyo logístico.

Redacción

El primer borrador de la guía fue redactado por Erin Berry-Bibee, Melissa Chen, Kathryn Curtis, Monica Dragoman, Mary Lyn Gaffield, Leah Horton, Tara Jatlaoui, Caron Kim, Brian Nguyen, Halley Riley, Katharine Simmons, Naomi Tepper y Katherine Whitehouse. Los miembros del GDG y del Grupo de Revisión Externo, además del personal de la Secretaría de la OMS, revisaron los borradores y realizaron aportes. La elaboración conjunta de las 13 revisiones sistemáticas que proporcionan evidencia resumida para la guía estuvo a cargo de Dalia Brahmi, Kathryn Curtis, Mary Lyn Gaffield, Emily Godfrey, Nathalie Kapp, Polly Marchbanks, Sharon Phillips, Halley Riley, Maria Rodriguez, Jennifer Salcedo, Maria Steenland, Petrus Steyn, Naomi Tepper, Meredith Warren, Lauren Zapata y Wen Zhang. Roger Chou, de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón, EE. UU., proporcionó las tablas del sistema GRADE y contribuyó con sus conocimientos y experiencia en la metodología GRADE. Rochelle Fu, también de la Universidad de Ciencias de la Salud de Oregón, EE. UU., contribuyó con sus conocimientos y experiencia en estadística para los metanálisis. La corrección técnica y de estilo de la versión en inglés de la guía estuvo a cargo de Jane Patten de Green Ink, Reino Unido (www.greenink.co.uk). La revisión técnica de la versión en español estuvo a cargo de Ma. del Carmen Cravioto (México).

Financiamiento

Esta guía recibió apoyo financiero de los NIH y de la USAID.

Siglas y abreviaturas

AE	Anticoncepción de emergencia
AIC	Anticonceptivo inyectable combinado
AINE	Antinflamatorio no esteroideal
AIPS	Anticonceptivo inyectable con progestágeno solo
AMPD	Acetato de medroxiprogesterona de depósito
AMPD-IM	AMPD, administrado por vía intramuscular
AMPD-SC	AMPD, administrado por vía subcutánea
AOC	Anticonceptivo oral combinado
AOPS	Anticonceptivo oral con progestágeno solo
APS	Anticonceptivo con progestágeno solo
AUP	Acetato de ulipristal
AVC	Anillo vaginal anticonceptivo combinado
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos de América)
CIRE	Sistema de Identificación Continua de la Evidencia de la Investigación
CME	Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (publicación de la OMS)
CRPD	Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
DIU	Dispositivo intrauterino
DIU-Cu	Dispositivo intrauterino con cobre
DIU-LNG	Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel
EN-NET	Enantato de noretisterona
EPI	Enfermedad pélvica inflamatoria
ETG	Etonogestrel
GEG	Grupo de elaboración de la guía
GRADE	Clasificación de la valoración, la elaboración y la evaluación de las recomendaciones
IM	Intramuscular
ITS	Infección de transmisión sexual
LNG	Levonorgestrel
MBCF	Método basado en el conocimiento de la fertilidad
NIH	Institutos Nacionales de la Salud (Estados Unidos de América)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Píldora anticonceptiva de emergencia
PAE-AUP	Píldora anticonceptiva de emergencia con acetato de ulipristal
PAE-LNG	Píldora anticonceptiva de emergencia con levonorgestrel solo
PICO	Población, intervención, comparación y resultado
RPS	Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (publicación de la OMS)
SDM	Standard Days Method® (Método de días fijos)
SI(II)	Sino-implant (II)®
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Resumen ejecutivo

Introducción

Este documento es parte del proceso para mejorar la calidad de la atención en la planificación familiar. En términos específicos, se trata de uno de dos pilares basados en la evidencia (documentos orientativos) que forman parte de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para elaborar e implementar guías de planificación familiar destinadas a programas de alcance nacional. El primer pilar, los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME, ya en su quinta edición)¹, ofrece información y orientación exhaustivas sobre la seguridad de diversos métodos anticonceptivos para el uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas. El presente documento, *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición* (RPS, 3.ª edición), constituye el segundo pilar. Proporciona orientación sobre cómo usar los métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz una vez que se los considera adecuados desde el punto de vista médico. En el caso de las recomendaciones emitidas en las RPS, las consideraciones de seguridad incluyen las barreras frecuentes que impiden el uso seguro, correcto y consistente de los métodos anticonceptivos y las ventajas de evitar embarazos no deseados o no planeados. Existen otros dos documentos fundamentales destinados a orientar a las personas prestadoras de servicios de salud para que pongan en práctica las recomendaciones de los CME y de las RPS. *Herramienta de toma de decisiones para usuarias y proveedores de planificación familiar*² y *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores*.³ En la figura 1 se muestra cómo cada uno de estos cuatro documentos de la OMS está dirigido a un público particular y aborda un aspecto exclusivo, aunque complementario, de la planificación familiar.

La planificación familiar es esencial para promover el bienestar y la autonomía de las mujeres, de sus familias y comunidades. La calidad de la atención en la planificación familiar es de primordial importancia para garantizar la consecución de altos estándares de salud para todas las personas. Tal como se define en la publicación de la OMS, *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: orientación y recomendaciones*,⁴ entre los elementos que hacen a la calidad de la atención en la planificación familiar se incluyen la posibilidad de elegir entre una amplia variedad de métodos anticonceptivos; información basada en la evidencia sobre la eficacia, los riesgos y los beneficios de los distintos métodos; profesionales de la salud técnicamente competentes y capacitados; relaciones entre quienes prestan servicios de salud y las personas usuarias basadas en el respeto por las elecciones informadas, la privacidad y la confidencialidad; y la variedad adecuada de servicios que estén disponibles en la misma localidad. Este documento contribuye a mejorar la calidad de la atención en la planificación familiar al proporcionar orientación basada en la evidencia sobre la provisión segura de métodos anticonceptivos para mujeres y hombres.

Esta tercera edición de las RPS consta de dos componentes, publicados por separado. Este documento principal, la tercera edición de las RPS, contiene las recomendaciones nuevas, actualizadas y confirmadas sobre la provisión de anticonceptivos y describe cómo ponerlas en práctica. Mientras tanto, el anexo de las RPS en Internet, *Elaboración de una guía actualizada para la tercera edición*, incluye material complementario que explica cómo se elaboraron las recomendaciones.⁵

¹ Publicado en 2015. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

² Publicado en 2005. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241593229index/en/

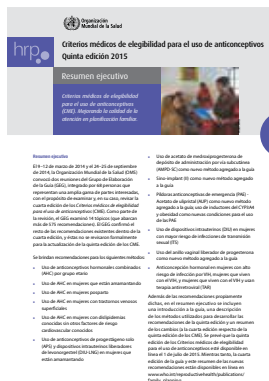
³ Publicado en 2011. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/

⁴ Publicado en 2014. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/

⁵ Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

Figura 1. Los cuatro pilares de la guía de planificación familiar

Público destinatario: personas que se dedican a la formulación de políticas y a la dirección de programas



Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos
CME: orientación sobre **quiénes** pueden usar métodos anticonceptivos de manera segura.



Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos
RPS: orientación sobre **cómo** usar métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz.

Estas son guías basadas en la evidencia y el consenso.
 Proporcionan recomendaciones esbozadas por grupos de personas expertas en base a una evaluación de la evidencia relevante.
 Se revisan y actualizan oportunamente.

Público destinatario: personas que se dedican a la prestación de asesoramiento y servicios de anticoncepción



Herramienta para la toma de decisiones destinada a personas usuarias y personas prestadoras de servicios de planificación familiar



Planificación familiar: un manual global para las personas prestadoras de servicios de salud

Proceso para asegurar que las guías se mantengan actualizadas:

1. Identificar evidencia nueva y relevante tan pronto como esté disponible mediante una continua búsqueda bibliográfica exhaustiva.
2. Evaluar de forma crítica la nueva evidencia.
3. Evaluar la nueva evidencia en virtud de la evidencia previa.
4. Determinar si la evidencia recientemente sintetizada es suficiente para justificar la actualización de las recomendaciones existentes.
5. Proporcionar actualizaciones electrónicas en el sitio web de la OMS sobre salud reproductiva (www.who.int/reproductivehealth) según corresponda y establecer la necesidad de organizar un grupo de personas expertas para volver a evaluar las guías formalmente.

Estas son herramientas que incorporan los *Criterios médicos de elegibilidad*, las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas* y otras recomendaciones de consenso sobre cómo satisfacer las necesidades de las personas usuarias de planificación familiar. Se actualizarán conforme se actualicen las guías o según la aparición de nueva evidencia que lo justifique.

La tercera edición de las RPS incluye orientación sobre los siguientes métodos de planificación familiar para mujeres y hombres: dispositivos intrauterinos con cobre (DIUs-Cu), dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel (DIUs-LNG), implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG), acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) administrado por vía intramuscular o subcutánea, enantato de noretisterona (EN-NET), anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS), anticonceptivos orales combinados¹ (AOCs) de dosis bajas ($\leq 35 \mu\text{g}$ de etinilestradiol), el parche anticonceptivo transdérmico combinado (el parche), el anillo vaginal anticonceptivo combinado (AVC), los anticonceptivos inyectables combinados (AICs), las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), los DIUs-Cu para anticoncepción de emergencia, el Standard Days Method® (SDM, método de días fijos, un método basado en el conocimiento de la fertilidad) y la esterilización masculina (vasectomía). Aborda los siguientes temas: iniciación/continuación de los métodos, uso incorrecto, problemas durante el uso (vómitos o diarrea, alteraciones menstruales, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo) y cuestiones programáticas.

Público destinatario

Esta publicación está dirigida a quienes se dedican a la formulación de políticas y a la dirección de programas de planificación familiar a nivel nacional. Las RPS no están diseñadas como guías reales para los programas nacionales de planificación familiar y salud reproductiva, sino como una referencia que ayude a la preparación de guías para la prestación de servicios de anticoncepción. La orientación proporcionada en este documento deberá interpretarse en función de cada país y programa de manera que refleje la diversidad de situaciones y entornos en los que se proporcionan los anticonceptivos. Los formuladores de políticas y los directores de programas de planificación familiar pueden utilizar esta guía para elaborar sus propios estándares y protocolos a nivel nacional. Si bien no se espera que las recomendaciones incluidas en este documento cambien durante este proceso, es muy probable que su puesta en práctica varíe en función de cada país. En particular, se recomienda tener en cuenta el nivel de conocimiento y experiencia en términos clínicos de los diversos tipos de las personas prestadoras de servicios de salud y los recursos disponibles en el lugar de la prestación de los servicios.

Métodos para la elaboración de la guía

El Grupo de elaboración de la guía (GEG), convocado por la OMS, estuvo compuesto por 68 personas que representaban a una amplia variedad de interesados. Tenían instrucciones de revisar y, según correspondiera, modificar la guía en la segunda edición de las RPS (2004) y en la actualización de las RPS de 2008. Las reuniones del GEG tuvieron lugar del 14 al 15 de mayo de 2013, del 9 al 12 de marzo de 2014 y del 24 al 25 de septiembre de 2014.

Para este proceso de revisión, el GEG dio prioridad a la revisión de 19 temas relacionados con la inclusión en la tercera edición de cinco métodos anticonceptivos nuevos:

- Un implante de 2 varillas con levonorgestrel: Sino-implant (II)[®]
- AMPD administrado por vía subcutánea
- El parche
- El AVC
- PAE con acetato de ulipristal (PAE-AUP)

Y se formuló una pregunta adicional:

- ¿Cuándo puede una mujer reanudar o comenzar la anticoncepción normal después de usar un anticonceptivo de emergencia?

¹ "Combinado" se refiere a una combinación de etinilestradiol y un progestágeno.

Las recomendaciones incluidas en el presente documento se basan en los datos clínicos y epidemiológicos más recientes resumidos en 14 revisiones sistemáticas. En los casos en que no se identificó ninguna evidencia directa, se consideró la evidencia indirecta; por ejemplo, la extrapolación de evidencia relacionada con métodos anticonceptivos similares o de evidencia de medidas indirectas de resultados clínicos. Por ejemplo, la evidencia sobre los AOCs se tuvo en cuenta para las recomendaciones del parche y del AVC; la evidencia sobre un tipo de implante con levonorgestrel se consideró para otro tipo de implante con levonorgestrel, y los marcadores de ovulación se utilizaron como medida indirecta del riesgo de embarazo. Se preparó una revisión sistemática adicional sobre los valores y las preferencias de las usuarias de anticonceptivos para orientar la elaboración de las recomendaciones emitidas en esta guía actualizada.

El GEG consideró la calidad general de la evidencia científica disponible, con especial atención a la robustez y a la consistencia de los datos, de acuerdo con el enfoque de clasificación de la valoración, la elaboración y la evaluación de las recomendaciones (Grading Recommendations, Assessment, Development and Evaluation, GRADE).¹ A fin de formular las recomendaciones, el GEG tuvo en cuenta los perfiles de evidencia según el sistema GRADE, toda evidencia indirecta, las ventajas de evitar embarazos no deseados y un enfoque a los valores y las preferencias de las y los pacientes que diera prioridad a la disponibilidad de una amplia variedad de opciones de anticonceptivos y la eliminación de barreras médicas innecesarias, para de esa manera facilitar el acceso a los servicios de anticoncepción. En esta edición actualizada de las RPS, el GEG clasificó las recomendaciones sobre los temas revisados como “fuertes” o “condicionales”. Debido a que el público destinatario de este documento consiste en formuladores de políticas, una recomendación “fuerte” es una que pueda adoptarse como política en la mayoría de las situaciones, mientras que una recomendación “condicional” requerirá un debate considerable y la participación de diversas personas interesadas antes de convertirse en política.²

En la tercera edición de las RPS, la mayoría de las recomendaciones se proporcionan de forma narrativa. Sin embargo, en el caso de las recomendaciones sobre cuáles exámenes y análisis deberían ofrecerse para la provisión segura de un método anticonceptivo, se aplica una escala de clasificación con las letras A, B y C. El grupo de expertos que elaboró la primera edición de las RPS en 2001 definió esta escala, que se ha utilizado en los programas nacionales desde entonces. A fin de evitar una confusión innecesaria entre las personas usuarias de la guía, la clasificación ABC se limitó a las recomendaciones relacionadas con los exámenes y análisis. El GEG utilizó el mismo proceso para formular las recomendaciones sobre los exámenes y análisis que para otras recomendaciones —por ejemplo, elaborar preguntas clínicas según el formato PICO, realizar revisiones sistemáticas, preparar las tablas de evidencia del sistema GRADE y formular recomendaciones basadas en estos elementos, al mismo tiempo que se tuvieron en cuenta las ventajas y las posibles desventajas de poner en práctica las recomendaciones, así como los valores y las preferencias de las mujeres—.

La OMS y sus socios crearon el sistema de Identificación Continua de la Evidencia de la Investigación (CIRE) en 2002 para identificar de manera continua y sistemática nueva evidencia publicada que resulte pertinente para las guías de planificación familiar de la OMS. Según corresponda, las revisiones sistemáticas se actualizan para determinar si las recomendaciones de la OMS continúan siendo coherentes con todo el conjunto de evidencia. En muchos casos, no se ha identificado nueva evidencia desde la publicación de la última edición de las RPS y de la actualización de 2008, o la evidencia que surgió desde esas publicaciones simplemente confirma los hallazgos de las investigaciones previas. En consecuencia, en muchos casos, el GEG revisó las recomendaciones publicadas anteriormente y las confirmó, sin introducir modificaciones.

¹ Para obtener más información, visite el sitio web del grupo de trabajo de GRADE: <http://www.gradeworkinggroup.org>

² Las definiciones de recomendaciones “fuertes” y “condicionales” se basan en la orientación provista en el Manual de la OMS para la elaboración de la guía, disponible en http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/

Mediante el consenso, el GEG finalmente formuló las nuevas recomendaciones (véase la tabla 1) y mantuvo la mayoría de las recomendaciones existentes. El consenso se logró mediante análisis, debates y consultas con personas expertas hasta llegar a un acuerdo final entre todas las personas que forman parte del GEG.

La OMS iniciará la revisión de todas las recomendaciones de este documento en un plazo de cuatro años. Mientras tanto, la OMS continuará supervisando el conjunto de evidencia que orienta estas recomendaciones y convocará consultas adicionales, según sea necesario, en caso de que se precise reconsiderar las recomendaciones existentes sobre la base de nueva evidencia. Quizás esas actualizaciones sean especialmente necesarias para cuestiones en las que la base de la evidencia puede cambiar con rapidez. Estas recomendaciones provisionales estarán disponibles en las páginas web de la OMS relacionadas con la salud sexual y reproductiva.¹ La OMS incentiva la investigación para abordar cuestiones clave no resueltas en relación con el uso seguro y eficaz de los anticonceptivos. Asimismo, la OMS agradece comentarios y sugerencias para mejorar esta guía.

Resumen de las recomendaciones revisadas

Durante la modificación de las RPS para elaborar esta tercera edición, el GEG revisó 19 temas (que abarcan más de 75 recomendaciones). Las nuevas recomendaciones se resumen en la tabla 1. Se puso en práctica el método GRADE para evaluar la calidad de la evidencia disponible, y esto se convirtió en la base para la formulación de las recomendaciones. En el caso de algunos temas, se examinaron varios métodos anticonceptivos o resultados de interés. Para estos temas, se presenta un intervalo de valoraciones según el sistema GRADE. Se incluye una explicación del proceso utilizado para seleccionar y dar prioridad a estos 19 temas en el anexo de las RPS en Internet: *Elaboración de una guía actualizada para la tercera edición*² El GEG confirmó todas las demás recomendaciones y no las sometió a una revisión formal para la tercera edición de las RPS (estas recomendaciones confirmadas no se incluyen en la tabla 1 a continuación, pero pueden encontrarse en el texto principal).

¹ Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/en/

² Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

Tabla 1: Temas nuevos revisados para la tercera edición de las RPS

	Valoración de la calidad de la evidencia mediante el sistema GRADE	Clasificación de la recomendación ^a
Nuevas recomendaciones clínicas		
1. Implante con levonorgestrel (LNG): Sino-implant (II)[®]		
1.1 Una mujer puede comenzar a usar Sino-implant (II) [®] , o SI(II), en un plazo de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual. También puede empezar a usarlo en cualquier otro momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. También se incluyen recomendaciones para casos en que se necesita protección adicional y para mujeres que tienen amenorrea, mujeres durante el puerperio o después de un aborto, o mujeres que estén cambiando de método.	Sin evidencia directa	Fuerte
1.2 Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar SI(II). No se debe negar el uso de SI(II) a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.	Sin evidencia directa	Fuerte
1.3 La exploración mamaria, el examen ginecológico, las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, los análisis de laboratorio de rutina, el análisis de hemoglobina, la evaluación de los riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS) (historia clínica y exploración física) y las pruebas de detección de ITS/VIH (análisis de laboratorio) no contribuyen de manera considerable al uso seguro y eficaz de SI(II).	Sin evidencia directa	Fuerte
1.4 Según la ficha técnica de SI(II), el implante puede dejarse colocado durante un período máximo de 4 años.	Baja	Fuerte
1.5 No es necesario el seguimiento regular una vez iniciado el uso de SI(II).	Sin evidencia directa	Fuerte
2. Anticonceptivo inyectable con progestágeno solo: AMPD administrado por vía subcutánea (AMPD-SC)		
2.1 Una mujer puede comenzar a usar AMPD-SC en un plazo de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual. También puede empezar a usarlo en cualquier otro momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. También se incluyen recomendaciones para casos en que se necesita protección adicional y para mujeres que tienen amenorrea, mujeres durante el puerperio o después de un aborto, o mujeres que estén cambiando de método.	Sin evidencia directa	Fuerte
2.2 Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar AMPD-SC. No se debe negar el uso de AMPD-SC a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.	Sin evidencia directa	Fuerte
2.3 La exploración mamaria, el examen ginecológico, las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, los análisis de laboratorio de rutina, el análisis de hemoglobina, la evaluación de los riesgos de ITS (historia clínica y exploración física) y las pruebas de detección de ITS/VIH (análisis de laboratorio) no contribuyen de manera considerable al uso seguro y eficaz de AMPD-SC.	Sin evidencia directa	Fuerte
2.4 Se deben administrar nuevas inyecciones de AMPD-SC cada 3 meses. También se incluyen recomendaciones para inyecciones tempranas y tardías.	Muy baja	Fuerte
3. Anticonceptivos hormonales combinados (AHCs): el parche anticonceptivo combinado y el anillo vaginal anticonceptivo combinado (AVC)		
3.1 Una mujer puede comenzar a usar el parche o el AVC en un plazo de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual. También puede empezar a usarlos en cualquier otro momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. También se incluyen recomendaciones para casos en que se necesita protección adicional y para mujeres que tienen amenorrea, mujeres durante el puerperio o después de un aborto, o mujeres que estén cambiando de método.	Parche - Intervalo: moderada a baja AVC: sin evidencia directa	Fuerte
3.2 Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar el parche o el AVC. No se debe negar el uso del parche o del AVC a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.	Sin evidencia directa	Fuerte
3.3 La exploración mamaria, el examen ginecológico, las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, los análisis de laboratorio de rutina, el análisis de hemoglobina, la evaluación de los riesgos de ITS (historia clínica y exploración física) y las pruebas de detección de ITS/VIH (análisis de laboratorio) no contribuyen de manera considerable al uso seguro y eficaz del parche y del AVC.	Sin evidencia directa	Fuerte
3.4 Es posible que una mujer necesite tomar medidas si tiene un error de dosis con el parche o con el AVC. Se incluyen recomendaciones para el manejo de la prolongación del intervalo sin el parche, el desprendimiento no programado del parche, el uso prolongado del parche, la prolongación del intervalo sin el AVC, la extracción no programada del AVC y el uso prolongado del AVC.	Parche: sin evidencia directa AVC: muy baja	Fuerte
3.5 Se recomienda una visita anual de seguimiento después de comenzar a usar el parche o el AVC.	Sin evidencia directa.	Fuerte
4a. Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): con acetato de ulipristal (PAE-AUP), con levonorgestrel solo (PAE-LNG) o combinadas con estrógeno y progestágeno (PAE combinadas)		
4.1 Una mujer debe tomar una dosis de una PAE-AUP lo antes posible después de tener relaciones sexuales, en un plazo de 120 horas.	Baja	Fuerte
4.2 Las PAE-LNG y las PAE-AUP son preferibles a las PAE combinadas porque provocan menos náuseas y vómitos. No se recomienda el uso habitual de antieméticos antes de tomar las PAE. El tratamiento previo con ciertos antieméticos puede considerarse según la disponibilidad y el criterio del personal médico.	Intervalo: moderada a baja	Fuerte
4.3 Si la mujer vomita en un plazo de 3 horas después de tomar una dosis de una PAE-AUP, debe tomar otra dosis lo antes posible.	Sin evidencia directa	Fuerte
4b. Reanudación o inicio de la anticoncepción normal después de usar un anticonceptivo de emergencia		
4.4 Tras la administración de PAE-LNG o PAE combinadas, una mujer puede reanudar el uso de su anticonceptivo o comenzar a usar cualquier anticonceptivo de inmediato, incluido un dispositivo intrauterino con cobre (DIU-Cu).	Sin evidencia directa	Fuerte
4.5 Tras la administración de PAE-AUP, la mujer puede reanudar o comenzar cualquier método que contenga progestágeno (ya sean anticonceptivos hormonales combinados o anticonceptivos con progestágeno solo) el sexto día después de tomar AUP. Se le puede colocar un DIU-LNG de inmediato si puede determinarse que no está embarazada. Se le puede colocar el DIU-Cu de inmediato.	Sin evidencia directa	Condicional

^a Recomendación fuerte: una recomendación que puede adoptarse como política en la mayoría de las situaciones. Recomendación condicional: para la formulación de una política, se requerirá un debate considerable y la participación de diversas personas interesadas.

1

Antecedentes

Las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* (RPS) proporcionan orientación sobre “cómo” utilizar los métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz. El objetivo del documento es mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar —así como el acceso a tales servicios—, al ofrecer a las personas formuladoras de políticas, responsables de la toma de decisiones y directores(as) de programas recomendaciones que pueden utilizarse como base para elaborar o modificar guías nacionales sobre la provisión de todos los anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos, métodos de barrera, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, esterilización masculina y femenina, y anticoncepción de emergencia. El presente documento no proporciona guías estrictas, sino que brinda recomendaciones que sirven de base para la racionalización de la provisión y del uso de diversos anticonceptivos, teniendo en cuenta la información más actualizada disponible.

1.1 Atención de la salud sexual y reproductiva como derecho humano

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de 1994 define la salud reproductiva como: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (1). El Programa de Acción también declara que el objetivo de la salud sexual “es la optimización de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual”. En reconocimiento de la importancia

de los acuerdos celebrados por la ICPD y otras conferencias y cumbres internacionales, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 define los derechos reproductivos de la siguiente manera:

Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso pertinentes. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos(as) que desean tener, el espaciamiento de los embarazos y la planificación familiar, y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva (2).

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordados por los estados en 2001, la meta 5b requirió lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Al final de ese período, se notificó que la prevalencia mundial de los anticonceptivos era del 64 % (41 % en países de bajos ingresos) y que la demanda no satisfecha de planificación familiar a nivel mundial era del 12 % (22 % en países de bajos ingresos) (3). Ahora, entre los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las metas 3.7 y 5.6 demandan el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a los derechos reproductivos y de salud sexual y reproductiva, respectivamente, para 2030. La atención de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, se reconoce no solo como una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres y los infantes, sino como un derecho humano. Los tratados de derechos humanos regionales e internacionales, las constituciones nacionales y

las leyes establecen garantías que se relacionan específicamente con la información y los servicios de anticoncepción. Entre otras, la garantía de que los estados deben asegurar el acceso oportuno y asequible a servicios e información de salud sexual y reproductiva de buena calidad —incluida la anticoncepción—, que deben otorgarse de una manera que avale la toma de decisiones plenamente informadas, respete la dignidad, la autonomía, la privacidad y la confidencialidad, y que tenga en cuenta las necesidades y las perspectivas de las personas en la relación entre usuarias y personas encargadas de prestar servicios de salud (4). El enfoque a la provisión de anticonceptivos basado en los derechos supone una visión holística de las usuarias, lo que incluye tener en cuenta sus necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva, y analizar todos los criterios de elegibilidad adecuados al ayudar a las usuarias a elegir y usar un método de planificación familiar de manera segura.

La evidencia demuestra que el respeto, la protección y el ejercicio de los derechos humanos contribuyen a lograr resultados de salud positivos. La provisión de información y servicios de anticoncepción que respeten la privacidad, la confidencialidad y la elección informada de cada persona, junto con una amplia variedad de métodos anticonceptivos seguros, incrementa la satisfacción de las personas y su uso continuo de la anticoncepción (5–8).

La prestación de los servicios en conformidad con los derechos humanos y reproductivos de las usuarias es fundamental para la calidad de la atención. La elaboración de normas internacionales que rijan los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas para el uso de anticonceptivos es solo un aspecto para mejorar la calidad de la atención de la salud reproductiva. Muchos programas de planificación familiar han incluido pruebas de detección, tratamientos y procedimientos de seguimiento que reflejan altos estándares de salud pública y práctica clínica, aunque estos no deben considerarse requisitos de elegibilidad para métodos anticonceptivos específicos. Estos procedimientos incluyen la detección y el tratamiento del cáncer de cuello

uterino, de la anemia y de las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la promoción de la lactancia materna y del abandono del tabaco. Tales procedimientos deben alentarse enfáticamente si los recursos humanos y materiales están disponibles para llevarlos a cabo, pero no deben considerarse requisitos previos para la aceptación y el uso de los métodos de planificación familiar, ya que no son necesarios a fin de establecer la elegibilidad para el uso o la continuación de un método en particular.

1.2 Elección de anticonceptivos

Si bien en este documento se tratan principalmente prácticas anticonceptivas específicas, también se deben tener en cuenta ciertos aspectos de los criterios sociales, de conducta y otros criterios no médicos, en particular la preferencia de la persona usuaria. La provisión de opciones anticonceptivas de manera que se respeten y se ejerzan los derechos humanos requiere ayudar a las personas a tomar decisiones informadas por sí mismas. Sin embargo, a las mujeres se les suele despojar de sus elecciones, o estas suelen estar impuestas o limitadas por factores sociales, económicos y culturales, sean directos o indirectos. Desde el punto de vista de las mujeres, las elecciones se realizan dentro de un marco temporal, social y cultural particular; las elecciones son complejas, multifactoriales y están sujetas a cambios. La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos, generalmente, requiere un equilibrio entre las ventajas y las desventajas de los diferentes métodos, que varían en función de las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales. Los factores para tener en cuenta al elegir un método anticonceptivo en particular incluyen las características de la persona usuaria potencial, el riesgo inicial de enfermedad, el perfil de efectos adversos de los distintos productos, el costo, la disponibilidad y las preferencias de las y los pacientes.

En este documento no se dan recomendaciones sobre qué marca o producto específico se debe utilizar una vez seleccionado un método anticonceptivo específico. En su lugar, se ofrece orientación sobre “cómo” usar métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz.

Las decisiones sobre cuáles métodos utilizar deben tener en cuenta la elegibilidad de las personas usuarias para usar diversos métodos anticonceptivos (consulte los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, quinta edición, 2015, también conocidos como CME) (9), así como el criterio clínico y las preferencias de las personas usuarias.

1.2.1 Temas relacionados con el acceso y la calidad de los servicios que afectan el uso y la elección de los métodos

Si bien en este documento se abordan principalmente las recomendaciones de prácticas seleccionadas, hay muchos otros aspectos para tener en cuenta sobre la provisión adecuada de métodos anticonceptivos, incluidos los criterios de prestación de servicios que se detallan a continuación. Estos criterios tienen relevancia universal para el inicio y el seguimiento de todos los métodos anticonceptivos:

- Se debe dar información adecuada a las personas usuarias para ayudarlas a tomar una decisión informada y voluntaria con respecto a un determinado método anticonceptivo. La información a continuación debe proporcionarse sobre cada método anticonceptivo:
 - eficacia relativa
 - uso correcto
 - cómo funciona
 - efectos secundarios frecuentes
 - riesgos y beneficios para la salud
 - signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud
 - retorno a la fertilidad tras la suspensión del uso
 - protección contra ITS
- La información debe presentarse empleando un lenguaje y formatos que resulten de fácil comprensión y acceso.
- Todas las mujeres deben recibir asesoramiento sobre métodos anticonceptivos que dependen del comportamiento de la persona usuaria (p. ej., anticonceptivos orales, el parche anticonceptivo transdérmico combinado [el parche], el anillo vaginal anticonceptivo combinado [AVC] o los métodos de barrera), así como de aquellos métodos alternativos que no dependan tanto de la usuaria

para ser eficaces (p. ej., la esterilización, el dispositivo intrauterino [DIU], un implante o un anticonceptivo inyectable), de manera que cada mujer decida cuál es el más adecuado para ella.

- A fin de ofrecer métodos que requieren procedimientos quirúrgicos, inserción, colocación o extracción por parte de personas prestadoras de salud capacitadas (es decir, esterilización, implante, DIU, diafragma, capuchón cervical), se debe disponer de personal debidamente capacitado e instalaciones equipadas para tales fines, y se deben seguir los procedimientos correspondientes para prevenir infecciones.
- Se debe contar con el equipamiento y los insumos adecuados, y mantenerlos (por ejemplo, productos anticonceptivos e insumos para procedimientos de prevención de infecciones).
- Los prestadores de servicios deben contar con directrices, tarjetas de clientes y otras herramientas de evaluación y detección.

1.3 Eficacia de los métodos

La elección anticonceptiva depende en parte de la eficacia del método anticonceptivo para la prevención de un embarazo no planificado, lo que, a su vez, depende (en el caso de algunos métodos) no solo de la protección ofrecida por el método en sí, sino también de cuán correcta y consistentemente se lo usa. En la tabla 1.1, se compara el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso de un método anticonceptivo cuando el método se utiliza a la perfección (correcta y consistentemente) y cuando se lo usa típicamente (suponiendo falta de uso ocasional o uso incorrecto). El uso correcto y consistente puede variar enormemente en función de las características de las personas usuarias, como la edad, los ingresos, el deseo de evitar o demorar el embarazo, y la cultura. Los métodos que dependen del uso correcto y consistente (p. ej., preservativos y anticonceptivos orales) presentan diversos grados de eficacia. La mayoría de los hombres y de las mujeres tienden a ser usuarios y usuarias más eficaces a medida que adquieren mayor experiencia con un método. No obstante, los aspectos programáticos, como la disponibilidad y el costo de los servicios, y la calidad del asesoramiento también tienen un efecto significativo en cuán eficazmente (correcta y consistentemente) se usará el método.

Tabla 1.1 Porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso típico y durante el primer año de uso perfecto de la anticoncepción, y porcentaje de mujeres que continúa el uso al final del primer año en los Estados Unidos

	% de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso		% de mujeres que continúan el uso al año ^c
Método	Uso típico ^a	Uso perfecto ^b	
Sin método ^d	85	85	
Espermicidas ^e	28	18	42
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	24		47
Standard Days Method® (método de días fijos) ^f	—	5	—
TwoDay Method® (método de los dos días) ^f		4	
Método de la ovulación ^f		3	
Método sintotérmico		0,4	
Coito interrumpido	22	4	46
Esponja anticonceptiva			36
Mujeres que han tenido 1 o más partos	24	20	
Nulíparas	12	9	
Preservativo ^g			
Femenino	21	5	41
Masculino	18	2	43
Diafragma ^h	12	6	57
Anticonceptivo oral combinado y con progestágeno solo	9	0,3	67
Parche Evra®	9	0,3	67
NuvaRing® (anillo)	9	0,3	67
Depo-Provera®	6	0,2	56
Anticonceptivos intrauterinos			
ParaGard® (T con cobre)	0,8	0,6	78
Mirena® (levonorgestrel)	0,2	0,2	80
Implanon®	0,05	0,05	84
Esterilización femenina	0,5	0,5	100
Esterilización masculina	0,15	0,10	100

Anticonceptivos de emergencia: las píldoras anticonceptivas de emergencia o la inserción de un dispositivo intrauterino de cobre después del coito sin protección reducen considerablemente el riesgo de embarazo.¹

Método de amenorrea de la lactancia: el MELA es un método anticonceptivo temporal, de gran eficacia.^j

^a Entre las parejas típicas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez), el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo accidental durante el primer año si no interrumpen el uso por ninguna otra razón. Los cálculos de la probabilidad de embarazo durante el primer año de uso típico en el caso de los espermicidas y del diafragma provienen de la National Survey of Family Growth (Encuesta Nacional sobre Crecimiento Familiar) de 1995, corregida para tener en cuenta el registro insuficiente de casos de aborto; los cálculos correspondientes a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, al coito interrumpido, al preservativo masculino, a los anticonceptivos orales y a Depo-Provera provienen de la National Survey of Family Growth de 1995 y 2002, corregida para tener en cuenta el registro insuficiente de casos de aborto.

^b Entre las parejas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez) y que lo usan perfectamente (tanto correcta como consistentemente), el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo accidental durante el primer año si no interrumpen el uso por ninguna otra razón.

^c Entre las parejas que tratan de evitar el embarazo, el porcentaje que continúa con el uso de un método durante un año.

^d Los porcentajes de mujeres que quedan embarazadas en las columnas 2 y 3 se basan en datos de poblaciones en las que no se usan métodos anticonceptivos y en datos de mujeres que dejan de usarlos para poder embarazarse. En esas poblaciones, casi el 89 % de las mujeres quedan embarazadas en el plazo de un año. Este cálculo se redujo levemente (al 85 %) para representar el porcentaje de mujeres que quedarían embarazadas en el plazo de un año entre las mujeres que actualmente confían en métodos reversibles de anticoncepción si abandonaran la anticoncepción del todo.

^e Espumas, cremas, geles, supositorios vaginales y película vaginal.

^f El método de la ovulación y el de los dos días (TwoDay Method®) se basan en la evaluación del moco cervical. El método de los días fijos (Standard Days Method®) evita el coito en los días 8 a 19 del ciclo. El método sintotérmico es un método de doble verificación que se basa en la evaluación del moco cervical para determinar el primer día fértil y en la evaluación del moco cervical y de la temperatura para determinar el último día fértil.

^g Sin espermicidas.

^h Con crema o gel espermicida.

ⁱ Plan B One-Step®, ella® y Next Choice One Dose® son los únicos productos dedicados que se comercializan específicamente para la anticoncepción de emergencia en los Estados Unidos al momento de la redacción de este documento. Según el prospecto de Plan B One-Step (1 dosis es 1 píldora de color blanco), se debe tomar la píldora en el plazo de las 72 horas después del coito sin protección. Según las investigaciones, todas las marcas enumeradas aquí son eficaces si se utilizan en el plazo de las 120 horas posteriores al coito sin protección. Según el prospecto de Next Choice One Dose (1 dosis es 1 píldora de color durazno), se debe tomar la píldora en el plazo de las 72 horas después del coito sin protección. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos ha declarado, además, que las 19 marcas siguientes de anticonceptivos orales son seguras y eficaces para la anticoncepción de emergencia: Ogestrel® (1 dosis es 2 píldoras de color blanco), Nordette® (1 dosis es 4 píldoras de color naranja claro), Crystelle®, Levora®, Low-Ogestrel®, Lo/Ovral® o Quasence® (1 dosis es 4 píldoras de color blanco), Jolesse®, Portia®, Seasonale® o Trivora® (1 dosis es 4 píldoras de color rosa), Seasonique® (1 dosis es 4 píldoras de color azul verdoso claro), Enpresse® (1 dosis es 4 píldoras de color naranja), Lessina® (1 dosis es 5 píldoras de color rosa), Aviane® o LoSeasonique® (1 dosis es 5 píldoras de color naranja), Luter® o Sronyx® (1 dosis es 5 píldoras de color blanco) y Lybrel® (1 dosis es 6 píldoras de color amarillo).

^j Sin embargo, para mantener una protección eficaz contra el embarazo, se debe usar otro método de anticoncepción tan pronto se reanude la menstruación, se reduzca la frecuencia o la duración de la lactancia materna, se incorpore la alimentación por biberón o el bebé alcance los 6 meses de edad.

Fuente: Trussell, 2011 (10).

1.4 Retorno a la fertilidad

Entre los métodos anticonceptivos, solamente la esterilización masculina y femenina se considera permanente (sin posibilidad de fecundación). Todas las personas y las parejas que consideren estos métodos deben recibir el asesoramiento correspondiente. Ningún otro método ocasiona esterilidad permanente.

El resto de los métodos son reversibles y, en general, el retorno a la fertilidad es inmediato tras la interrupción del método en cuestión, excepto en el caso del acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y del enantato de noretisterona (EN-NET). El tiempo promedio que demora el retorno a la fertilidad con estos métodos es de 10 y 6 meses, respectivamente, desde la fecha de la última inyección, independientemente de la duración de su uso.

1.5 Infecciones de transmisión sexual y anticoncepción: doble protección

Además del mandato de las normas internacionales para la provisión de anticonceptivos a fin de garantizar la calidad de la atención en los servicios, también debe tenerse en cuenta el contexto social y cultural, y las conductas de cada persona usuaria. En este aspecto, los problemas de la exposición a las ITS, incluido el VIH, merecen una consideración especial debido a que es igualmente importante evitar el embarazo y prevenir la transmisión de enfermedades entre las personas usuarias sexualmente activas en edad de procrear. Cuando existe riesgo de transmisión del VIH y otras ITS —por ejemplo, en el contexto de altas tasas de prevalencia del VIH y otras ITS en la zona geográfica o debido a la conducta de riesgo individual (p. ej., varias parejas sexuales sin utilizar preservativo)—, es importante que quienes se dedican a la prestación de servicios de salud ofrezcan información sobre prácticas sexuales seguras a fin de prevenir la transmisión y que recomienden enfáticamente la doble protección a todas las personas en riesgo significativo, ya sea a través del uso simultáneo de preservativos con otros métodos o mediante el uso correcto y consistente de los preservativos solos para

evitar el embarazo y prevenir las ITS, incluido el VIH. Se les debe recordar siempre a hombres y mujeres en busca de orientación en materia de anticonceptivos la importancia del uso del preservativo para prevenir la transmisión del VIH y de las ITS, y se debe alentar y facilitar dicho uso siempre que corresponda. Está comprobado que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH, cuando se usa de manera correcta y consistente. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero su uso no se encuentra tan extendido en los programas nacionales en comparación con los preservativos masculinos.

2

Métodos

El presente documento, *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición*, se elaboró sobre la base de un proceso iniciado en el 2000. Desde la publicación de la primera edición de las RPS en 2002, se han realizado varias modificaciones. Para las personas lectoras interesadas, los métodos empleados para elaborar las recomendaciones emitidas en esta tercera edición se describen en el anexo de las RPS en Internet, que contiene material complementario: *Elaboración de una guía actualizada para la tercera edición*.¹ Aquí se proporciona un breve resumen de los métodos utilizados para elaborar la guía de las RPS desde la publicación de la primera edición.

La primera edición de las RPS se publicó en 2002 después de que un grupo multidisciplinario de personas expertas se reuniera para analizar evidencia recién publicada en ese entonces con respecto a los temas abordados en las guías. En noviembre de 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el sistema de Identificación Continua de la Evidencia de la Investigación (CIRE) (11) para supervisar de manera sistemática y continua la evidencia que respalda las recomendaciones incluidas en esta guía. De acuerdo con el sistema de CIRE, a medida que surge nueva evidencia, los artículos se evalúan para determinar su pertinencia. Según corresponda, las revisiones sistemáticas se actualizan para alertar a la OMS sobre si sus recomendaciones continúan siendo coherentes con todo el conjunto de evidencia. La OMS utiliza el sistema de CIRE para garantizar que la orientación proporcionada por las RPS se mantenga actualizada entre las reuniones del GEG y para identificar temas que necesitan tratarse cuando se realice una revisión formal de la guía.

Como preparación para la actual tercera edición, se convocó un Grupo de elaboración de la guía (GEG) en 2013 a fin de dar prioridad a los temas que debían revisarse y actualizarse (consulte la sección de agradecimientos para ver una lista de las personas que forman parte del GEG y el anexo de las RPS en Internet, apéndice 2, donde encontrará un resumen de las declaraciones de los intereses de estas personas). El GEG dio prioridad a la revisión de 19 temas relacionados con la inclusión en la tercera edición de cinco métodos anticonceptivos nuevos:

- Un implante de 2 varillas con levonorgestrel: Sino-Implant (II)[®] (vea la sección 7.3.1)
- Acetato de medroxiprogesterona de depósito administrado por vía subcutánea (AMPD-SC) (vea la sección 7.3.2)
- El parche anticonceptivo transdérmico combinado (vea la sección 7.4.1)
- El anillo vaginal anticonceptivo combinado (AVC) (vea la sección 7.4.1)
- Píldoras anticonceptivas de emergencia con acetato de ulipristal (PAE-AUP) (vea la sección 7.5.1)

Y se formuló una pregunta adicional:

- ¿Cuándo puede una mujer reanudar o comenzar la anticoncepción normal después de usar un anticonceptivo de emergencia? (Vea la sección 7.5.2).

El GEG elaboró preguntas empleando el formato PICO (es decir, preguntas con poblaciones específicas, intervenciones, comparaciones y resultados) para orientar las revisiones sistemáticas y la preparación de las tablas de evidencia del sistema de clasificación de la valoración, la elaboración y la evaluación de las recomendaciones (GRADE).² En muchos

¹ Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

² Para obtener más información, visite el sitio web del grupo de trabajo de GRADE: <http://www.gradeworkinggroup.org>

casos, no se identificó ninguna evidencia nueva o la evidencia nueva confirmó hallazgos anteriores. Por lo tanto, para muchos temas, las recomendaciones anteriores simplemente se consolidaron. En esta tercera edición de las RPS, se utilizó el enfoque del sistema GRADE para clasificar las recomendaciones sobre los temas revisados como “fuertes” o “condicionales”. Debido a que el público destinatario de este documento consiste principalmente en personas formuladoras de políticas, una recomendación “fuerte” es una que pueda adoptarse como política en la mayoría de las situaciones, mientras que una recomendación “condicional” requerirá un debate considerable y la participación de diversas personas interesadas antes de convertirse en política (12).

En este documento, las recomendaciones se proporcionan de forma narrativa para las personas lectoras acostumbradas al formato de las ediciones anteriores de las RPS. En el caso de las recomendaciones sobre exámenes y análisis antes de iniciar el uso de cada método anticonceptivo, se empleó un sistema de clasificación con las letras A, B y C con el objetivo de definir si son necesarios diversos procedimientos para la provisión segura del método en cuestión. El grupo de personas expertas que elaboró la primera edición de las RPS en 2001 definió las categorías de las recomendaciones sobre exámenes y análisis (es decir, el uso de las clases A, B y C). Se pusieron en práctica en 2001 para alertar a quienes dirigen programas y quienes formulan políticas sobre si un tipo particular de examen o análisis era obligatorio antes de proporcionar un método anticonceptivo. Con frecuencia, los exámenes y análisis son obligatorios a pesar de que, en realidad, no son necesarios. A fin de elaborar las recomendaciones sobre estos exámenes y análisis, el GEG siguió el mismo proceso riguroso de revisión de evidencia que se utilizó para otras recomendaciones incluidas en esta edición.

El GEG avaló un enfoque a las preferencias y los valores de pacientes que diera prioridad a la disponibilidad de una amplia variedad de opciones anticonceptivas y la eliminación de barreras médicas innecesarias. Debido a que la orientación se centra en la provisión segura de métodos anticonceptivos, una vez que tuvo lugar el asesoramiento y la toma de decisiones compartidas para elegir un método anticonceptivo en particular, y ya que los costos varían ampliamente en las distintas regiones y situaciones, los costos de oportunidad no se evaluaron formalmente durante la elaboración de estas recomendaciones.

Mediante el consenso, el GEG finalmente formuló las recomendaciones nuevas y modificadas y mantuvo la mayoría de las recomendaciones existentes. El consenso se logró mediante análisis, debates y consultas con personas expertas hasta llegar a un acuerdo final entre todas las personas que forman parte del GEG. Para cada recomendación, la persona presidente les preguntó a quienes forman parte del GEG si estaban de acuerdo con la recomendación. Se documentó todo desacuerdo. Todas las personas que forman parte del GEG estuvieron de acuerdo con todas las recomendaciones incluidas en esta guía.

3

Cómo utilizar este documento

El presente documento no se elaboró con el objetivo de proporcionar guías reales para los programas nacionales de planificación familiar y salud reproductiva, sino como una referencia que ayude a la preparación de guías para la prestación de servicios de anticoncepción. La orientación proporcionada en este documento deberá interpretarse en función de cada país y programa de manera que refleje la diversidad de situaciones y entornos en los que se proporcionan los anticonceptivos. Si bien no se espera que las recomendaciones incluidas en este documento cambien durante este proceso, es muy probable que su puesta en práctica varíe en función de cada país. En particular, se recomienda tener en cuenta el nivel de conocimiento y experiencia en términos clínicos de los diversos tipos de personas prestadoras de servicios de salud y los recursos disponibles en el lugar de la prestación de los servicios.

Las recomendaciones se presentan en la sección 7, en las subsecciones por tipo de método anticonceptivo: dispositivos intrauterinos (DIUs); anticonceptivos con progestágeno solo (APSs); anticonceptivos hormonales combinados (AHCs); anticoncepción de emergencia (AE); Standard Days Method® (SDM, método de días fijos); y esterilización masculina. En estas subsecciones por método, las recomendaciones se presentan según lo siguiente: momento de inicio; exámenes y análisis necesarios antes del inicio; continuación, suspensión y cambio de método; manejo de problemas durante el uso, como efectos secundarios o errores de dosis; y seguimiento adecuado. Además, se incluyen comentarios e información sobre los principios fundamentales según sea necesario, así como listas de todas las referencias pertinentes. La tercera edición de las RPS contiene información sobre las recomendaciones, que se basan en una

revisión de los datos clínicos y epidemiológicos resumidos, las consideraciones sobre las ventajas y las desventajas, los valores y las preferencias de las y los pacientes, y la calidad de la evidencia. Se ofrecen detalles sobre este proceso en el anexo de las RPS en Internet: *Elaboración de una guía actualizada para la tercera edición*.¹

3.1 Clasificación de exámenes y análisis antes de iniciar los métodos anticonceptivos

Con respecto a los exámenes y análisis que pueden tenerse en cuenta antes de iniciar el uso de anticonceptivos, se utilizó la siguiente clasificación para diferenciar la aplicabilidad de los diversos tipos de exámenes y análisis:

Clase A: el examen o análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

Clase B: el examen o análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario sopesar el riesgo de no realizar el examen o análisis y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo.

Clase C: el examen o análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

Los exámenes o análisis que se consideran para cada tipo de anticonceptivo en la sección 7 se aplican a personas que, se supone, están sanas. Las personas con problemas de salud conocidos u otras condiciones especiales tal vez necesiten exámenes o análisis adicionales antes de confirmar

¹ Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

que son candidatas adecuadas para un tipo particular de método anticonceptivo. El documento complementario de las RPS, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición* (CME, publicado en 2015), puede resultar de utilidad en tales circunstancias (9).

Estas clasificaciones se centran en la relación que existe entre los exámenes o análisis y el inicio seguro de un método anticonceptivo. No tienen por objeto tratar la idoneidad de tales exámenes o análisis en otras circunstancias. Por ejemplo, algunos de los exámenes o análisis que no se consideran necesarios para el uso seguro y eficaz de un anticonceptivo pueden resultar adecuados para una buena atención de la salud a modo de prevención o para diagnosticar o evaluar presuntas condiciones médicas.

3.2 Elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Como parte de esta tercera edición modificada de las RPS, con frecuencia se incluyen las referencias a las categorías de los CME con respecto a la elegibilidad para el uso de anticonceptivos (categorías 1 a 4). En el recuadro 1, se enumeran estas categorías y sus definiciones básicas.

Recuadro 1: Categorías de los CME para el uso de anticonceptivos

Categoría 1	Condición en la que no existen restricciones para el uso del método anticonceptivo
Categoría 2	Condición en la que, en general, las ventajas de usar el método superan los riesgos teóricos o comprobados
Categoría 3	Condición en la que, en general, los riesgos teóricos o comprobados superan las ventajas de usar el método
Categoría 4	Condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se usa el método anticonceptivo

Si desea obtener más información, consulte: *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición*, OMS, 2015 (9).

4

Implicaciones programáticas

Es necesario tratar las siguientes cuestiones al poner en práctica las recomendaciones de este documento en los programas:

- elección informada
- elementos de la calidad de la atención
- procedimientos esenciales de detección para la administración de los métodos
- capacitación y habilidades de quienes prestan los servicios
- derivación y seguimiento para el uso de anticonceptivos según corresponda

Las prácticas de prestación de servicios que son fundamentales para el uso seguro de un método anticonceptivo en particular se deben distinguir de las prácticas que pueden ser adecuadas para una buena atención de la salud, pero que no se relacionan con el uso del método. La promoción de prácticas de buena atención de la salud no relacionadas con una anticoncepción segura no debe considerarse un requisito previo ni un obstáculo para la provisión de un método anticonceptivo, aunque sí como un complemento.

Como primer paso, es necesario considerar las recomendaciones en función de las circunstancias del país, de modo que sean aplicables a las y los prestadores en todos los niveles del sistema de prestación de servicios. Los países deberán determinar en qué grado y con qué medios sería posible extender los servicios a los niveles más periféricos. Esto puede incluir la actualización del personal y de las instalaciones siempre que sea viable y asequible, o puede requerir un aumento moderado de equipos e insumos, y la reorganización del espacio. También será necesario abordar las percepciones equivocadas que a veces tienen quienes prestan el servicio y las personas usuarias sobre los riesgos y los efectos secundarios de ciertos métodos, y observar con atención las necesidades y las perspectivas de las mujeres y los

hombres durante el proceso de facilitación de una elección informada.

La adaptación de las guías mundiales a los programas nacionales no siempre es una tarea fácil, y quienes mejor la realizan son aquellas personas que están bien familiarizadas con la cultura, las conductas y las condiciones de salud imperantes en el lugar. Estas mejoras deben realizarse teniendo en cuenta las elecciones informadas y la seguridad médica de las personas usuarias.

4.1 Introducción de guías en programas nacionales

Al introducir esta orientación sobre las recomendaciones en torno a las prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos en un programa nacional de atención de la salud sexual y reproductiva, es importante considerar que este material no es simplemente un documento que debe distribuirse, sino que contiene prácticas de atención de la salud que deben presentarse a las y los prestadores de servicios de salud mediante un proceso adecuadamente planificado de adaptación e implementación.

En el documento *Incorporación de las guías y herramientas de salud sexual y reproductiva de la OMS en programas nacionales (13)*, se ofrece orientación a los países sobre la introducción de guías de salud sexual y reproductiva. Esta publicación está diseñada para que la usen quienes formulan políticas, quienes dirigen programas y profesionales de la salud que se inicien en un proceso para introducir en sus programas nacionales o locales prácticas basadas en la evidencia en materia de salud sexual y reproductiva. En el documento, se recomiendan seis principios generales para la adaptación y la

implementación eficaces de la guía de la OMS sobre salud sexual y reproductiva en programas nacionales. Estos principios incluyen generar consenso, basarse en lo que existe, identificar posibles barreras y factores facilitadores, asegurarse de que las adaptaciones se basen en la evidencia, planificar la ampliación desde el principio, y aplicar una variedad de intervenciones para cambiar las prácticas de quienes prestan los servicios de salud.

Para introducir esta tercera edición de las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, la OMS sugiere a los países o a las autoridades locales seguir un proceso que consta de seis pasos:

- Planificar la promoción
- Analizar la situación
- Adaptar la guía a las necesidades, las circunstancias y el contexto de cada país
- Diseñar una estrategia de aplicación
- Poner a prueba una evaluación
- Llevar a cabo la promoción y ampliación

Este proceso puede variar según si la guía se está incorporando por primera vez o si se está utilizando para actualizar las recomendaciones existentes sobre la prestación de servicios. En todos estos pasos, la OMS recalca la importancia de que el proceso para introducir la guía sea colaborativo y participativo, a fin de fomentar la identificación y la aceptación entre las personas encargadas de la formulación de políticas, los organismos profesionales y otras personas expertas nacionales.

5

Usuarias con necesidades especiales

5.1 Personas con discapacidades

De acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, 2006), las personas con discapacidades deben tener acceso, en condición de igualdad con los demás, a todas las formas de atención de la salud sexual y reproductiva (artículo 25) como parte del derecho general a casarse, formar una familia y conservar su fertilidad (artículo 23) (12). A menudo, las y los profesionales de la salud no ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva a las personas con discapacidades debido al concepto erróneo generalizado de que estas personas no son sexualmente activas (14). No obstante, la prestación de servicios de anticoncepción a las personas con discapacidades tal vez requiera decisiones con respecto al método anticonceptivo adecuado según las preferencias de la persona, la naturaleza de la discapacidad y las características específicas del método.

Por ejemplo, la utilización de algunos métodos de barrera puede resultar difícil para personas con destreza manual reducida; los anticonceptivos orales combinados tal vez no sean un método adecuado para mujeres con mala circulación o extremidades inmóviles, aun en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas, debido a un mayor riesgo de trombosis venosa profunda (TVP); y otros métodos serán preferibles para personas con discapacidades intelectuales o de salud mental que tienen dificultad para recordar la toma diaria de medicamentos. En el caso de mujeres que tienen dificultad con la higiene íntima durante la menstruación, también deberá considerarse el impacto del método anticonceptivo en los ciclos menstruales.

En todos los casos, las decisiones médicas se deben basar en una elección informada y de acuerdo con la educación adecuada en salud sexual y reproductiva. Cuando la naturaleza de la discapacidad dificulta la posibilidad de determinar la voluntad y las preferencias de la persona, los anticonceptivos se deben proporcionar exclusivamente conforme al artículo 12 de la CRPD. Específicamente, en estos casos, es necesario establecer un proceso de toma de decisiones respaldado, en el cual las personas de confianza de la persona con discapacidad (o discapacidades), el mediador personal y otras personas que brindan apoyo participen conjuntamente con la persona discapacitada para tomar una decisión que sea, en la mayor medida posible, coherente con su voluntad y sus preferencias. Dados los antecedentes de esterilización involuntaria entre las personas con discapacidades, a menudo como técnica para controlar la menstruación en establecimientos sanitarios (14), es muy importante garantizar que las decisiones sobre esterilización se tomen exclusivamente con el consentimiento informado, pleno y no forzado de la persona, ya sea por cuenta propia o con el apoyo de terceros.

5.2 Adolescentes

En muchos países, la población adolescente no tiene acceso adecuado a la información y a los servicios de anticoncepción necesarios para proteger su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Es imperioso implementar programas que satisfagan las necesidades de anticoncepción de las y los adolescentes y que eliminen las barreras para acceder a los servicios. En general, las y los adolescentes son elegibles para usar los mismos métodos anticonceptivos que las personas adultas y deben tener acceso a una variedad de opciones

anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las y los adolescentes. Aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos por parte de adolescentes (p. ej., el uso de anticonceptivos inyectables con progestágeno solo por parte de menores de 18 años), se deben sopesar estas preocupaciones y las posibles ventajas de evitar un embarazo no deseado. Para ayudar a determinar si adolescentes con ciertas condiciones médicas o características pueden usar de manera segura un método anticonceptivo en particular, consulte los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, quinta edición (9).

Los aspectos políticos y culturales pueden afectar la capacidad de la población adolescente para acceder a la información y a los servicios de anticoncepción. Por ejemplo, cuando se ofrecen servicios de anticoncepción, es posible que las y los adolescentes (en especial, quienes no tienen pareja) no puedan obtenerlos debido a leyes y políticas restrictivas. Incluso cuando tienen acceso a los servicios de anticoncepción, es posible que no los busquen por temor a que no se respete su confidencialidad o a ser juzgados por los profesionales de la salud. Las y los adolescentes, independientemente de su estado civil, tienen derecho a la privacidad y a la confidencialidad en relación con cuestiones de salud, incluida la atención de la salud reproductiva. Las leyes, políticas o prácticas deben establecer que los servicios adecuados de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, estén disponibles para que toda la población adolescente tenga acceso a ellos, sin necesidad de solicitar una autorización de los padres o las madres, o de las personas a cargo.

Las cuestiones sociales y conductuales también son aspectos clave que deben tenerse en cuenta para la elección de métodos anticonceptivos por parte de las y los adolescentes. Por ejemplo, en algunos ámbitos, la población adolescente también está expuesta a un riesgo mayor de ITS, incluido el VIH. Aunque ellas y ellos pueden elegir cualquiera de los métodos anticonceptivos disponibles en sus comunidades, en algunos casos, el uso de métodos que no requieren un

régimen diario puede resultar más conveniente. También se ha demostrado que las y los adolescentes, con o sin pareja, toleran menos los efectos secundarios y, por lo tanto, presentan altas tasas de suspensión. La elección del método también puede estar influenciada por factores como relaciones sexuales esporádicas y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, las y los adolescentes sexualmente activos que no tienen pareja tienen necesidades muy diferentes de aquellos(as) que sí tienen pareja y desean posponer, espaciar o limitar el embarazo. La ampliación de la cantidad de opciones de métodos ofrecidos puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación adecuadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a la población adolescente a satisfacer sus necesidades específicas y a tomar decisiones informadas y voluntarias. Es preciso hacer todo lo posible para evitar que el costo de los servicios o de los métodos limite las opciones disponibles.

Referencias correspondientes a las secciones 1 a 5

1. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. En: Report of the International Conference on Population and Development (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994). El Cairo: Organización de las Naciones Unidas; 1994: para. 7.2 (A/CONF.171/13, <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
2. Beijing Declaration and Platform for Action. En: Report of the Fourth World Conference on Women (Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995). Beijing: Organización de las Naciones Unidas; 1995: para. 95 (A/CONF.177/20; <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a-20.en>, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
3. Chapter 4: Health service coverage. En: World health statistics 2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/mdgs/health-service-coverage2015.pdf>, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
4. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
5. Koenig MA. The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2003.

6. Arends-Kuenning M, Kessy FL. The impact of demand factors, quality of care and access to facilities on contraceptive use in Tanzania. *J Biosoc Sci.* 2007;39(1):1-26. doi:10.1017/S0021932005001045.
7. RamaRao S, Lacuest M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plann Perspect.* 2003;29(2):76-83. doi:10.1363/ifpp.29.076.03.
8. Sanogo D, RamaRao S, Johnes H, N'diaye P, M'bow B, Diop CB. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *Afr J Reprod Health.* 2003;7(2):57-73.
9. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
10. Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, editors. *Contraceptive technology: twentieth revised edition.* New York (NY): Ardent Media; 2011.
11. WHO handbook for guideline development, second edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
12. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Resolution adopted by the United Nations General Assembly. New York (NY): Organización de las Naciones Unidas; 2006 (A/RES/61/106; <http://www.un-documents.net/a61r106.htm>, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
13. Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: principles and processes of adaptation and implementation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.9_eng.pdf, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
14. World report on disability 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).

6

Resumen de cambios en las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición*

En esta edición, se agregaron cinco métodos anticonceptivos nuevos:

- Sino-Implant (II)[®]: un implante de 2 varillas, cada una con 75 mg de levonorgestrel
- Acetato de medroxiprogesterona de depósito administrado por vía subcutánea (AMPD-SC)
- Parche anticonceptivo transdérmico hormonal combinado
- Anillo vaginal anticonceptivo combinado (AVC)
- Píldoras anticonceptivas de emergencia con acetato de ulipristal (PAE-AUP)

En esta edición, también se consideró una pregunta nueva:

- ¿Cuándo puede una mujer reanudar o comenzar la anticoncepción normal después de usar un anticonceptivo de emergencia?

7

Recomendaciones

7.1 ¿Cómo una persona prestadora de servicios de salud puede estar razonablemente segura de que una mujer no está embarazada?

El diagnóstico del embarazo es importante. La capacidad de establecer este diagnóstico al principio del embarazo varía según los recursos y las situaciones. Las pruebas del embarazo bioquímicas de alta fiabilidad son sumamente útiles, pero no están disponibles en muchas zonas. El examen ginecológico, siempre que sea posible, resulta fiable aproximadamente a las 8 o 10 semanas desde el primer día de la última menstruación.

La persona prestadora del servicio de salud puede tener la certeza razonable de que una mujer no está embarazada si no presenta otros síntomas o signos de embarazo y cumple cualquiera de los criterios a continuación.

- No tuvo relaciones sexuales desde la última menstruación normal.
- Ha utilizado de manera correcta y consistente un método anticonceptivo fiable.
- Se encuentra en los primeros siete días desde el inicio de una menstruación normal.
- Todavía no pasó la cuarta semana del puerperio (en el caso de mujeres que no están amamantando).
- Se encuentra en los primeros siete días después de un aborto provocado o espontáneo.
- Está amamantando total o casi totalmente, tiene amenorrea y lleva menos de seis meses de puerperio.

7.2 Dispositivos intrauterinos

Los dispositivos intrauterinos (DIUs) son métodos anticonceptivos de acción prolongada. En esta sección, se ofrecen recomendaciones sobre los DIUs con cobre (DIU-Cu) y los DIUs liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG).

En general, la mayoría de las mujeres, incluidas adolescentes y nulíparas, pueden usar DIUs. Para ayudar a determinar si las mujeres con determinadas condiciones médicas o características pueden usar un DIU de manera segura, consulte los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición (CME) (1)*.

Los DIUs no protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de preservativos. Está comprobado que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH, cuando se usa de manera correcta y consistente. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero su uso no se encuentra tan extendido en los programas nacionales en comparación con los preservativos masculinos.

7.2.1 DIUs con cobre (DIU-Cu) y DIUs liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG)

Inicio del uso del DIU-Cu

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de 12 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un DIU-Cu cuando le resulte conveniente a la mujer, no solo durante la menstruación. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- Más de 12 días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un DIU-Cu cuando le resulte conveniente a la mujer, si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Mujeres con amenorrea (sin relación con el puerperio)

- Puede insertarse un DIU-Cu en cualquier momento si puede determinarse que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Mujeres en el puerperio (con y sin lactancia materna, incluido el parto por cesárea)

- En un lapso de 48 horas después del parto: puede insertarse un DIU-Cu, incluso inmediatamente después de la expulsión de la placenta.
 - Si el parto es por cesárea, el DIU-Cu puede insertarse después de la expulsión de la placenta, antes de cerrar el útero.
- De 48 horas a menos de cuatro semanas de puerperio: el uso del DIU-Cu, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).
- Cuatro o más semanas de puerperio y con amenorrea:
 - Mujeres que están amamantando: puede insertarse un DIU-Cu si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
 - Mujeres que no están amamantando: puede insertarse un DIU-Cu si puede determinarse que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Cuatro o más semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un DIU-Cu tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.
- No se les debe insertar un DIU-Cu a las mujeres que tienen sepsis puerperal (CME, categoría 4).

Posaborto

- Puede insertarse un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto durante el primer trimestre.

- En general, puede insertarse un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto durante el segundo trimestre.
- No debe insertarse un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto séptico (CME, categoría 4).

Cambio de método

- Puede insertarse un DIU-Cu de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Para anticoncepción de emergencia

- Un DIU-Cu puede insertarse en un plazo de cinco días a partir del coito sin protección, como un anticonceptivo de emergencia.
- Además, si es posible calcular el momento de la ovulación, el DIU-Cu puede insertarse pasados los cinco días a partir del coito, siempre que la inserción no se realice más de cinco días a partir de la ovulación.
- Las mujeres que usan el DIU-Cu como método anticonceptivo de emergencia deben cumplir los requisitos médicos para la inserción (1).

Inicio del uso del DIU-LNG

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un DIU-LNG cuando le resulte conveniente a la mujer, no solo durante la menstruación. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un DIU-LNG cuando le resulte conveniente a la mujer, si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Mujeres con amenorrea (sin relación con el puerperio)

- Puede insertarse un DIU-LNG en cualquier momento si puede determinarse que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Mujeres en el puerperio (con y sin lactancia materna, incluido el parto por cesárea)

- En un lapso de 48 horas después del parto: puede insertarse un DIU-LNG, incluso inmediatamente después de la expulsión de la placenta.
 - Si el parto es por cesárea, el DIU-LNG puede insertarse después de la expulsión de la placenta, antes de cerrar el útero.
- De 48 horas a menos de cuatro semanas de puerperio: el uso del DIU-LNG, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).
- Cuatro o más semanas de puerperio y con amenorrea:
 - Mujeres que están amamantando: puede insertarse un DIU-LNG si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No hace falta ninguna forma adicional de anticoncepción.
 - Mujeres que no están amamantando: puede insertarse un DIU-LNG si puede determinarse que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Cuatro o más semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un DIU-LNG tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.
- No se les debe insertar un DIU-LNG a las mujeres que tienen sepsis puerperal (CME, categoría 4).

Posaborto

- Puede insertarse un DIU-LNG inmediatamente después de un aborto durante el primer trimestre.
- En general, puede insertarse un DIU-LNG inmediatamente después de un aborto durante el segundo trimestre.
- No debe insertarse un DIU-LNG inmediatamente después de un aborto séptico (CME, categoría 4).

Cambio de método

- Si una mujer tiene ciclos menstruales, puede insertarse un DIU-LNG de inmediato si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar hasta la siguiente menstruación. Si una mujer tiene amenorrea, puede insertarse un DIU-LNG de

inmediato si es posible determinar que no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación.

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un DIU-LNG. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
 - Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un DIU-LNG. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- Si el método anterior de la mujer era un anticonceptivo inyectable, el DIU-LNG debe insertarse en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Comentarios (consulte las referencias 2 a 4)

El Grupo de elaboración de la guía (GEG) determinó que existe un riesgo aceptablemente bajo de ovulación hasta el séptimo día del ciclo menstrual y que, por lo tanto, la probabilidad de un embarazo existente es baja antes del octavo día.

Las recomendaciones del GEG sobre la inserción de DIUs-Cu para la anticoncepción de emergencia no se aplican a los DIUs-LNG porque la seguridad y la eficacia del DIU-LNG como anticonceptivo de emergencia se desconocen. Por lo tanto, no se recomienda el uso del DIU-LNG como anticonceptivo de emergencia. Asimismo, desde el punto de vista teórico, preocupa que, en caso de embarazo, pueda haber mayores riesgos para el feto debido a la exposición hormonal. Sin embargo, se desconoce si existe un mayor riesgo de alteraciones fetales a causa de esta exposición.

Tal como se afirmó en los CME, el DIU no está indicado durante el embarazo y no debe utilizarse debido al riesgo de infección pélvica grave y aborto séptico espontáneo. El GEG reconoció que la lista de comprobación de seis criterios resultará útil para que la persona prestadora del servicio de salud determine si una mujer que se encuentra en el puerperio y amamantando puede estar embarazada (ver la sección 7.1: ¿Cómo una persona prestadora de servicios de salud puede estar razonablemente seguro de que una mujer

no está embarazada?). Sin embargo, en el caso de una mujer que se encuentra en el puerperio y que no está amamantando, o de una mujer que tiene amenorrea (sin relación con el puerperio), estos seis criterios no se aplican, y deben utilizarse otros medios para determinar si está embarazada.

Exámenes y análisis antes de proporcionar un DIU-Cu o un DIU-LNG *(consulte las referencias 5, 6)*

En el caso de mujeres sanas, los únicos exámenes y análisis que son esenciales y obligatorios antes de insertar un DIU incluyen el examen ginecológico y la evaluación de los riesgos de ITS. Si están disponibles, un análisis de hemoglobina y una prueba de detección de ITS/VIH también contribuirán considerablemente al uso seguro y eficaz. Consulte la tabla y las notas a continuación para obtener más información.

Examen o análisis	DIU-Cu y DIU-LNG*
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	A
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	B
Evaluación de los riesgos de ITS: historia clínica y exploración física	A†
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	B†
Medición de la presión arterial	C

* Clase A: el examen o análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo. Clase B: el examen o análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario sopesar el riesgo de no realizar el examen o análisis y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo. Clase C: el examen o análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

† En los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición, se afirma: "La inserción del DIU puede aumentar aún más el riesgo de EPI [enfermedad pélvica inflamatoria] en mujeres con mayor riesgo de ITS, aunque la evidencia limitada sugiere que este riesgo es bajo. El valor predictivo de los algoritmos actuales utilizados para determinar el mayor riesgo de ITS es deficiente. El riesgo de ITS varía según la conducta individual y la prevalencia local de las ITS. Por lo tanto, mientras muchas mujeres con un riesgo mayor de ITS, en general, pueden colocarse un DIU, algunas mujeres con mayor riesgo (probabilidad individual muy alta) de ITS, en general, no deben insertarse un DIU hasta someterse a las pruebas y los tratamientos correspondientes" (1).

Uso de antibióticos profilácticos al momento de insertar el DIU

Inserción habitual del DIU (DIU-Cu o DIU-LNG)

- Los antibióticos profilácticos, por lo general, no se recomiendan para la inserción del DIU. En situaciones en las que existe alta

prevalencia de infecciones del cuello uterino por clamidias y gonococos y acceso limitado a pruebas de detección de ITS, pueden considerarse estos profilácticos.

- Se debe asesorar a las usuarias de DIU para que estén atentas a los síntomas de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), especialmente durante el primer mes de uso.

Comentarios *(consulte la referencia 7)*

El GEG determinó que los antibióticos profilácticos para la inserción del DIU proporcionan pocas ventajas, o ninguna, a las mujeres con bajo riesgo de ITS.

Estas recomendaciones se aplican a mujeres sanas; las mujeres con condiciones médicas que justifican los antibióticos profilácticos para procedimientos invasivos (p. ej., las mujeres con alteraciones de las válvulas cardíacas) también pueden necesitar antibióticos profilácticos para la inserción del DIU.

Como no se identificó ninguna evidencia que respalde la provisión de antibióticos profilácticos anterior a la inserción del DIU-LNG, estas recomendaciones se basaron en la evidencia sobre el DIU-Cu.

Manejo de los trastornos menstruales para usuarias de DIU-Cu

Manchado o sangrado escaso

- El manchado o sangrado escaso es frecuente durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU-Cu. No es nocivo y, por lo general, disminuye con el tiempo.
- Si una mujer desea tratarse, puede administrarse un tratamiento breve con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) los días que tiene sangrado.
- En el caso de las mujeres con manchado y sangrado persistente, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si no se detecta ningún problema ginecológico, y la mujer no tolera el sangrado, se debe retirar el DIU y ayudarla a elegir otro método.

Sangrado menstrual más abundante o prolongado que en las menstruaciones normales

- El sangrado menstrual más abundante o prolongado es frecuente durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU-Cu. Por lo general, no es nocivo y se vuelve más escaso con el tiempo.
- El siguiente tratamiento puede ofrecerse durante los días de sangrado menstrual:
 - AINEs
 - ácido tranexámico (un agente hemostático)
- NO debe usarse la aspirina.
- Si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si el sangrado continúa siendo muy abundante o prolongado —especialmente si hay signos clínicos de anemia—, o si la mujer no tolera el sangrado, se debe retirar el DIU y ayudarla a elegir otro método.
- A fin de prevenir la anemia, se debe administrar un aporte complementario de hierro o alentar a la mujer a ingerir alimentos ricos en hierro.

Comentarios *(consulte la referencia 8)*

El GEG observó que los trastornos menstruales son frecuentes en los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU y llegó a la conclusión de que el tratamiento durante los días de sangrado a veces puede resultar eficaz. El GEG indicó que la aspirina no debe utilizarse para tratar trastornos menstruales relacionados con el uso del DIU porque puede empeorar el problema.

Manejo de los trastornos menstruales para usuarias de DIU-LNG

Amenorrea

- La amenorrea no requiere ningún tratamiento clínico. Es suficiente con el asesoramiento.
- Si la mujer no tolera la amenorrea, se debe retirar el DIU-LNG y ayudarla a elegir otro método.

Manchado o sangrado escaso

- El manchado o sangrado escaso es frecuente con el uso del DIU-LNG. No es nocivo y, por lo general, disminuye con el tiempo.

- En el caso de las mujeres con manchado y sangrado persistente, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si no se detecta ningún problema ginecológico, y la mujer no tolera el sangrado, se debe retirar el DIU-LNG y ayudarla a elegir otro método.

Sangrado menstrual más abundante o prolongado que en las menstruaciones normales

- El sangrado menstrual más abundante o prolongado puede ocurrir durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU-LNG. Por lo general, no es nocivo y se vuelve más escaso con el tiempo.
- Si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si el sangrado continúa siendo muy abundante o prolongado —especialmente si hay signos clínicos de anemia—, o si la mujer no tolera el sangrado, se debe retirar el DIU-LNG y ayudarla a elegir otro método.
- A fin de prevenir la anemia, se debe administrar un aporte complementario de hierro o alentar a la mujer a ingerir alimentos ricos en hierro.

Comentarios

El GEG observó que el riesgo de sangrado más abundante o prolongado se concentra durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU-LNG y que disminuye con el tiempo. No se conocen estudios que evalúen tratamientos alternativos.

Manejo de los DIUs en casos de usuarias de DIU-Cu o de DIU-LNG con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

- Se debe tratar la EPI con antibióticos adecuados.
- No hay necesidad de retirar el DIU si la mujer desea continuar su uso.
- Si no desea conservar el DIU, éste se debe retirar después de haber iniciado el tratamiento con antibióticos.

- Si se retira el DIU, se debe considerar el uso de píldoras anticonceptivas de emergencia u otros métodos anticonceptivos, según corresponda.
- Si la mujer no mejora, se debe considerar retirar el DIU mientras continúa el tratamiento con antibióticos. Si no se retira el DIU, el tratamiento con antibióticos igual debe continuar. En ambas circunstancias, se debe hacer un seguimiento riguroso de la salud de la mujer.
- Se debe proporcionar tratamiento integral de las ITS, incluido el asesoramiento sobre el uso de preservativos.

Comentarios *(consulte la referencia 9)*

El GEG llegó a la conclusión de que retirar el DIU no proporciona ninguna ventaja adicional una vez que se haya comenzado a tratar la EPI con los antibióticos adecuados. Como no se identificó ninguna evidencia sobre el DIU-LNG, las recomendaciones se basaron únicamente en la evidencia sobre el DIU-Cu.

Manejo del DIU en casos de usuarias de DIU-Cu o de DIU-LNG que resultan estar embarazadas

- Se debe descartar un embarazo ectópico.
- Se le debe explicar a la mujer que tiene mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo en el primer o segundo trimestre (esto incluye un aborto séptico espontáneo que puede ser potencialmente mortal) y de tener un parto prematuro si se deja el DIU. El retiro del DIU reduce estos riesgos, aunque el procedimiento en sí supone un riesgo leve de aborto espontáneo.
 - Si la mujer no desea continuar el embarazo y si la interrupción terapéutica del embarazo está legalmente permitida, se le debe proporcionar la información correspondiente.
 - Si la mujer entiende y acepta los riesgos mencionados anteriormente y si desea continuar el embarazo, se debe proceder según las instrucciones a continuación.

Se ven los hilos del DIU, o el DIU puede retirarse de manera segura por el canal cervical

- Se le debe aconsejar a la mujer que es mejor retirar el DIU.
- Si hay que retirar el DIU, esto debe hacerse tirando con suavidad de los hilos.

- Ya sea que el DIU se vaya a retirar o no, se le debe aconsejar a la mujer que busque atención de inmediato si tiene sangrado abundante, cólicos abdominales, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre.

No se ven los hilos del DIU, y el DIU no puede retirarse de manera segura

- Si es posible realizar un ultrasonido, puede resultar de utilidad para determinar la ubicación del DIU. Si no se encuentra el DIU, esto puede indicar que se produjo la expulsión o la perforación del DIU.
- Si no es posible realizar un ultrasonido, o si mediante el ultrasonido se determina que el DIU se encuentra en el interior del útero, explíquelo claramente a la mujer los riesgos de aborto espontáneo, infección y parto prematuro, y aconséjele que busque atención de inmediato si tiene sangrado abundante, cólicos abdominales, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre.

Comentarios *(consulte la referencia 10)*

El GEG llegó a la conclusión de que retirar el DIU mejora el desenlace del embarazo si se ven los hilos del DIU o si éste puede retirarse de manera segura por el canal cervical, y que los riesgos de aborto espontáneo, parto prematuro e infección son considerables si se deja el DIU. Estas recomendaciones se basaron en evidencia sobre el DIU-Cu. Además, el GEG consideró que, desde el punto de vista teórico, es preocupante la exposición del feto a hormonas en mujeres que resultan estar embarazadas y tienen colocado un DIU-LNG. Sin embargo, se desconoce si existe un mayor riesgo de alteraciones fetales a causa de esta exposición.

Seguimiento adecuado tras la inserción de un DIU-Cu o de un DIU-LNG

Estas recomendaciones abordan la cuestión de la frecuencia mínima de seguimiento que se aconseja para el uso seguro y eficaz del DIU. Se refieren a situaciones generales y pueden variar según las usuarias y los distintos contextos. Por ejemplo, las mujeres con condiciones médicas específicas tal vez necesiten consultas de seguimiento más frecuentes.

- Se recomienda una consulta de seguimiento después de la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas tras la inserción.
- Se les debe aconsejar a las mujeres que regresen en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desean cambiar de método.
- Se les debe aconsejar a las mujeres que regresen cuando sea momento de retirar el DIU.

Comentarios (consulte la referencia 11)

El GEG concluyó que las consultas o los contactos de seguimiento deben incluir, como mínimo, asesoramiento que aborde cuestiones como los efectos secundarios u otros problemas, el uso correcto y consistente del método y la protección contra ITS. Puede ser adecuado proporcionar atención adicional, p. ej., un examen ginecológico para comprobar que el DIU no se haya desplazado.

Referencias correspondientes a los dispositivos intrauterinos (DIUs)

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
2. Whiteman MK, Tyler CP, Folger SG, Gaffield ME, Curtis KM. When can a woman have an intrauterine device inserted? A systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):666–73. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.015.
3. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321(7271):1259–62.
4. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.
5. Tepper NK, Steenland MW, Marchbanks PA, Curtis KM. Laboratory screening prior to initiating contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):645–9. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.009.
6. Tepper NK, Steenland MW, Marchbanks PA, Curtis KM et al. Hemoglobin measurement prior to initiating copper intrauterine devices: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):639–44. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.008.
7. Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a metaanalysis of the randomized controlled trials. *Contraception*. 1999;60(2):57–63.
8. Godfrey EM, Whiteman MK, Curtis KM. Treatment of bleeding irregularities in women with copper-containing IUDs: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):549–66. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.005.
9. Tepper NK, Steenland MW, Gaffield ME, Marchbanks PA, Curtis KM. Retention of intrauterine devices in women who acquire pelvic inflammatory disease: a systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):655–60. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.011.
10. Brahmi D, Steenland MW, Renner RM, Gaffield ME, Curtis KM. Pregnancy outcomes with an IUD in situ: a systematic review. *Contraception*. 2012;85(2):131–9. doi:10.1016/j.contraception.2011.06.010.
11. Steenland MW, Lauren B, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception*. 2013;87(5):625–30. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.018.

7.3 Anticonceptivos con progestágeno solo

Entre los anticonceptivos con progestágeno solo (APS) se incluyen los implantes con progestágeno solo, los anticonceptivos inyectables con progestágeno solo (AIPS) y los anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS). En esta sección, todos se presentan por separado, en ese orden.

La mayoría de las mujeres pueden usar APS de manera segura. Para ayudar a determinar si las mujeres con determinadas condiciones médicas o características pueden usar APS de manera segura, consulte los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición (CME) (1)*.

Los APS no protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de preservativos. Está comprobado que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH, cuando se usa de manera correcta y consistente. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero su uso no se encuentra tan extendido en los programas nacionales en comparación con los preservativos masculinos.

7.3.1 Implantes con progestágeno solo

Los implantes con progestágeno solo son un tipo de anticoncepción de acción prolongada.

Los diversos tipos de implantes con progestágeno solo que se consideran en el presente documento se detallan a continuación.

- Levonorgestrel (LNG): los implantes que contienen LNG son Norplant®, Jadelle® y Sino-implant (II)¹.
 - Norplant® es un implante de 6 varillas; cada varilla contiene 36 mg de LNG (ya no se fabrica).
 - Jadelle® es un implante de 2 varillas; cada varilla contiene 75 mg de LNG.
 - Sino-implant (II)² es un implante de 2 varillas; cada varilla contiene 75 mg de LNG².
- Etonogestrel (ETG): Los implantes que contienen ETG son Implanon® y Nexplanon®. Ambos son implantes de una sola varilla que contiene 68 mg de ETG.

Inicio del uso de los implantes

Estas recomendaciones se basan en información sobre dos implantes con levonorgestrel (LNG) aprobados, Norplant® y Jadelle® (Norplant® dejó de fabricarse). Existe evidencia limitada sobre Sino-implant (II)². No se conoce en qué medida se aplican las recomendaciones a los implantes con etonogestrel (ETG).

NUEVA recomendación 1.1:

Una mujer puede comenzar a usar Sino-implant (II)², o SI(II), en un plazo de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual. También puede empezar a usarlo en cualquier otro momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. También se proporcionan recomendaciones para casos en que se necesita protección adicional y para mujeres que tienen amenorrea, mujeres durante el puerperio o después de un aborto, o mujeres que estén cambiando de método.

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse el implante. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse el implante si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Mujeres con amenorrea (sin relación con el puerperio)

- Puede insertarse el implante en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio: por lo general, puede colocarse un implante (CME, categoría 2).
- De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede insertarse un implante. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse el implante tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: puede insertarse un implante (CME, categoría 1). No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un implante si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un implante tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Posaborto

- El implante puede insertarse inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

¹ Nuevo método anticonceptivo incluido en la tercera edición

² Nuevo método anticonceptivo incluido en la tercera edición

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada, el implante puede insertarse de inmediato. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- Si el método anterior era un anticonceptivo inyectable, el implante debe insertarse en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era un método no hormonal (tampoco el DIU)

- Puede insertarse el implante de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
 - En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
 - Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Cambio de método cuando el anterior era un DIU (incluido el DIU liberador de LNG)

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse un implante. no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede insertarse el implante si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
 - Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual y más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
 - Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual y más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar

protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si tal protección adicional deberá proporcionarse mediante el DIU que está usando la mujer, se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.

- Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, el implante puede insertarse tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Comentarios (consulte las referencias 2 a 7, 34)

El Grupo de elaboración de la guía (GEG) consideró que un implante colocado hasta el séptimo día del ciclo menstrual acarrea un riesgo bajo de ovulación que podría conducir a un embarazo.

La necesidad de protección anticonceptiva adicional entre las mujeres que cambian de un método hormonal a otro depende del método usado anteriormente.

En el contexto de cambiar de un DIU a un implante, se ha expresado una preocupación con respecto al riesgo de embarazo cuando se retira un DIU en pleno ciclo, cuando la mujer ya ha tenido relaciones sexuales. Esa preocupación dio origen a la recomendación de que el DIU se deje colocado hasta la siguiente menstruación.

Mientras que se consideró necesario un plazo aproximado de 48 horas de uso de AOPS para lograr un efecto anticonceptivo en el moco cervical, se desconoce el tiempo necesario para que los implantes con LNG tengan tal efecto.

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso de implantes

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de implantes con progestágeno solo. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso de implantes. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso de implantes a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Examen o análisis	Implantes*
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	C
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITS: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	‡

* Clase A: el examen o análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo. Clase B: el examen o análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario sopesar el riesgo de no realizar el examen o análisis y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo. Clase C: el examen o análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

‡ Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar el implante. Sin embargo, en algunas situaciones, no es posible medir la presión arterial. En muchos de estos casos, los riesgos de morbilidad y mortalidad relacionados con el embarazo son altos, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos métodos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar el uso de métodos hormonales a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

NUEVA recomendación 1.2:

Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar SI(II). No se debe negar el uso de SI(II) a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

NUEVA recomendación 1.3:

La exploración mamaria, el examen ginecológico, las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, los análisis de laboratorio de rutina, el análisis de hemoglobina, la evaluación de los riesgos de ITS (historia clínica y exploración física) y las pruebas de detección de ITS/VIH (análisis de laboratorio) no contribuyen de manera considerable al uso seguro y eficaz de SI(II).

Comentarios (Consulte las referencias 35-37)

Los exámenes y análisis indicados se aplican a personas que, se supone, están sanas. Estas clasificaciones se centran en la relación que existe entre los exámenes o análisis y el inicio seguro de un método anticonceptivo. No tienen por objeto tratar la idoneidad de tales exámenes o análisis en otras circunstancias. Por ejemplo, algunos de los exámenes o análisis que no se consideran necesarios para el uso seguro y eficaz de un anticonceptivo pueden resultar adecuados para una buena atención de la salud a modo de prevención o para diagnosticar o evaluar presuntas condiciones médicas.

Continuación de los implantes liberadores de LNG (duración del uso)

Estas recomendaciones se basan en información sobre dos implantes con LNG aprobados, Norplant® y Jadelle® (Norplant® dejó de fabricarse).

Según la ficha técnica de un implante con ETG (Implanon®), el implante puede dejarse colocado durante un período máximo de tres años. Según la ficha técnica de Sino-implant (II)®¹, el implante puede dejarse colocado durante un período máximo de cuatro años.

Norplant®

La fabricación a nivel mundial de Norplant® se interrumpió en 2008. Aunque en un principio se aprobó para utilizarse durante un período máximo de cinco años, los embarazos en mujeres que usaban Norplant® eran poco frecuentes hasta el séptimo año de uso, en el caso de mujeres que pesaban menos de 70 kg al momento de la colocación, y hasta el cuarto año de uso en el caso de mujeres que pesaban 70 kg o más al momento de la colocación. Las mujeres que tenían Norplant® colocado y que excedieron este período, probablemente, debieron retirarse los implantes debido al mayor riesgo de embarazo.

Jadelle®

Para mujeres que pesan menos de 80 kg

- Pueden dejarse el implante colocado por un período máximo de cinco años completos.

Para mujeres que pesan más de 80 kg

- Deben considerar seriamente retirarse el implante después de cuatro años completos de uso debido a que su eficacia se reduce.

Comentarios (consulte la referencia 41)

El GEG revisó evidencia publicada de que los embarazos en mujeres que usaban Norplant® eran poco frecuentes hasta el séptimo año de uso, en el caso de mujeres que pesaban menos de 70 kg al momento de la colocación, y hasta el cuarto año de uso en el caso de mujeres que pesaban más de 70 kg al momento de la colocación. La eficacia anticonceptiva disminuía después del cuarto año de uso en el caso de mujeres que pesaban más de 70 kg al momento de la colocación, y se reducía considerablemente en el caso de mujeres que pesaban más de 80 kg al momento de la colocación. Las mujeres que pesaban entre 70 y 79 kg durante el quinto año de uso debían tener en cuenta la menor eficacia del implante si decidían continuar usándolo durante un sexto o séptimo año, aunque las

¹ Nueva recomendación para la tercera edición

tasas de embarazo en el sexto y séptimo año no eran mayores que las de otros métodos anticonceptivos. A las mujeres que pesaban 80 kg o más se les debía recomendar enfáticamente que consideren retirarse el implante después de cuatro años de uso, ya que el riesgo de embarazo era aproximadamente del 6 % en el quinto año de uso. Con respecto a la duración del uso de Sino-implant (II)®, el GEG estuvo de acuerdo en que la evidencia respalda la ficha técnica del producto, según la cual el implante puede usarse de manera continua durante cuatro años. Las mujeres que usan Jadelle® (o usaban Norplant®) presentan probabilidades mucho menores de tener un embarazo ectópico en comparación con las mujeres que no usan ningún anticonceptivo. Sin embargo, en el poco probable caso de que se produzca un embarazo, aumenta la posibilidad de que sea ectópico.

NUEVA recomendación 1.4:

Según la ficha técnica de SI(II), el implante puede dejarse colocado durante un período máximo de cuatro años.

Manejo de los trastornos menstruales para usuarias de implantes

Estas recomendaciones se basan en información sobre dos implantes con LNG aprobados, Norplant® y Jadelle®. No se conoce en qué medida se aplican las recomendaciones de tratamiento a los implantes con ETG (Implanon®) y Sino-implant (II)®.

Amenorrea

- La amenorrea no requiere ningún tratamiento clínico. Es suficiente con el asesoramiento.
- Si una mujer no tolera la amenorrea, se debe retirar el o los implante(s) y ayudarla a elegir otro método anticonceptivo.

Manchado o sangrado escaso

- El manchado o sangrado escaso es frecuente con el uso de implantes, particularmente en el primer año, y no es nocivo.
- En el caso de las mujeres con manchado o sangrado escaso persistente, o con sangrado tras un período de amenorrea, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si se diagnostica una ITS o una enfermedad pélvica inflamatoria, la mujer puede continuar

utilizando el implante mientras recibe tratamiento y asesoramiento sobre el uso de preservativos.

- Si no se detecta ningún problema ginecológico y la mujer desea recibir tratamiento, hay opciones con y sin hormonas disponibles:
 - Sin hormonas: antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)
 - Con hormonas (si se cumplen los requisitos médicos): etinilestradiol o AOCs de dosis bajas
- Si la mujer no desea recibir tratamiento, o si el tratamiento no es eficaz, y no tolera el sangrado, se debe retirar el o los implante(s) y ayudarla a elegir otro método.

Sangrado abundante o prolongado (más de ocho días o el doble de lo que menstrúa habitualmente)

- Si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si no se detecta ningún problema ginecológico y la mujer desea recibir tratamiento, hay opciones con y sin hormonas disponibles:
 - Sin hormonas: AINEs
 - Con hormonas (si se cumplen los requisitos médicos): etinilestradiol o AOCs
- Si la mujer no desea recibir tratamiento, o si el tratamiento no es eficaz, y el sangrado se convierte en un riesgo para la salud o la mujer no lo tolera, se debe retirar el o los implantes y ayudarla a elegir otro método.

Comentarios (consulte las referencias 8 a 19)

El GEG observó que los trastornos menstruales son frecuentes con el uso de implantes y que el asesoramiento sobre tales trastornos antes de iniciar el uso de los implantes es esencial para despejar inquietudes y alentar la continuación del método. El GEG revisó los datos limitados disponibles sobre el tratamiento del sangrado escaso o abundante y determinó que los siguientes fármacos son moderadamente eficaces:

- Fármacos sin hormonas: AINEs
 - ibuprofeno
 - ácido mefenámico
- Fármacos con hormonas
 - AOCs
 - etinilestradiol

Seguimiento adecuado tras iniciar el uso de implantes

Estas recomendaciones abordan la cuestión de la frecuencia mínima de seguimiento que se aconseja para el uso seguro y eficaz de los implantes. Las recomendaciones se refieren a situaciones generales y pueden variar según las usuarias y los distintos contextos. Por ejemplo, las mujeres con condiciones médicas específicas tal vez necesiten consultas de seguimiento más frecuentes.

NUEVA recomendación 1.5:

No es necesario el seguimiento regular una vez iniciado el uso de SI(II).

Implantes

- No hace falta realizar consultas de seguimiento regulares.
- Se les debe aconsejar a las mujeres que regresen en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desean cambiar de método.
- Se les debe aconsejar a las mujeres que regresen cuando sea momento de retirar el o los implante(s).

Comentarios (consulte las referencias 38-40)

El GEG concluyó que las consultas o los contactos de seguimiento deben incluir, como mínimo, asesoramiento que aborde cuestiones como los efectos secundarios u otros problemas, el uso correcto y consistente del método y la protección contra ITS. Es posible que sea adecuado proporcionar asesoramiento adicional.

7.3.2 Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo (AIPS)

Entre estos anticonceptivos inyectables se incluye el acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y el enantato de noretisterona (EN-NET).

En el presente documento, se consideran tres formulaciones:

1. AMPD-IM = 150 mg de AMPD administrados por vía intramuscular
2. AMPD-SC = 104 mg de AMPD administrados por vía subcutánea¹
3. EN-NET = 200 mg de EN-NET administrados por vía intramuscular

¹ Nueva recomendación para la tercera edición

Cabe señalar que la eficacia de AMPD-SC, probablemente, se mantenga cuando se administra en el brazo, lo que puede resultar adecuado para las mujeres además de la inyección por vía subcutánea en el abdomen o en el muslo (20).

Inicio del uso de los AIPS

Si no es posible administrarle la inyección a la mujer al momento de la consulta, se puede programar la inyección para más adelante mediante un servicio adecuado.

NUEVA recomendación 2.1:

Una mujer puede comenzar a usar AMPD-SC en un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual. También puede empezar a usarlo en cualquier otro momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. También se proporcionan recomendaciones para casos en que se necesita protección adicional y para mujeres que tienen amenorrea, mujeres durante el puerperio o después de un aborto, o mujeres que estén cambiando de método.

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de AIPS. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de AIPS si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Mujeres con amenorrea

- Puede administrarse la primera inyección en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: el uso de AIPS, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).
- De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección de AIPS. Si la mujer está amamantando

total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: puede administrarse la primera inyección de AIPS. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- 21 o más días de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Posaborto

- La primera inyección puede administrarse inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada, la primera inyección de AIPS puede administrarse de inmediato. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- Si el método anterior de la mujer era otro anticonceptivo inyectable, la primera inyección de AIPS debe administrarse en el momento en que debería repetirse la inyección del método anterior. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era un método no hormonal (tampoco el DIU)

- Puede administrarse la primera inyección de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
 - En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
 - Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Cambio de método cuando el anterior era un DIU (incluido el DIU-LNG)

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
 - Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual y más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
 - Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual y más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si tal protección adicional deberá proporcionarse mediante el DIU que está usando la mujer, se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
- Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, la inyección puede administrarse tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Comentarios (consulte las referencias 5, 6, 20, 21)

El GEG consideró que una inyección administrada hasta el séptimo día del ciclo menstrual acarrea un riesgo bajo de ovulación que podría conducir a un embarazo.

La necesidad de protección anticonceptiva adicional entre las mujeres que cambian de un método hormonal a otro depende del método usado anteriormente.

En el contexto de cambiar de un DIU a un anticonceptivo inyectable, se ha expresado preocupación con respecto al riesgo de embarazo cuando se retira un DIU en pleno ciclo, cuando la mujer ya ha tenido relaciones sexuales. Esa preocupación dio origen a la recomendación de que el DIU se deje colocado hasta la siguiente menstruación.

Mientras que se consideró necesario un plazo aproximado de 48 horas de uso de AOPS para lograr un efecto anticonceptivo en el moco cervical, se desconoce el tiempo necesario para que los AIPS tengan tal efecto.

En su revisión de la evidencia, el GEG observó que la eficacia de AMPD-SC se mantiene cuando se administra en el brazo, lo que puede resultar adecuado para las mujeres además de la inyección por vía subcutánea en el abdomen o en el muslo.

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso de AIPS

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de AIPS. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso de AIPS. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso de AIPS a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Examen o análisis	AIPS*
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	C
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITS: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	‡

* Clase A: el examen o análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo. Clase B: el examen o análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario sopesar el riesgo de no realizar el examen o análisis y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo. Clase C: el examen o análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

‡ Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar AIPS. Sin embargo, en algunas situaciones, no es posible medir la presión arterial. En muchos de estos casos, los riesgos de morbilidad relacionados con el embarazo son altos, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos métodos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar el uso de métodos hormonales a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

NUEVA recomendación 2.2:

Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar AMPD-SC. No se debe negar el uso de AMPD-SC a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

NUEVA recomendación 2.3:

La exploración mamaria, el examen ginecológico, las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, los análisis de laboratorio de rutina, el análisis de hemoglobina, la evaluación de los riesgos de ITS (historia clínica y exploración física) y las pruebas de detección de ITS/VIH (análisis de laboratorio) no contribuyen de manera considerable al uso seguro y eficaz de AMPD-SC.

Comentarios (consulte las referencias 35-37)

Los exámenes y análisis indicados se aplican a personas que, se supone, están sanas.

Estas clasificaciones se centran en la relación que existe entre los exámenes o análisis y el inicio seguro de un método anticonceptivo. No tienen por objeto tratar la idoneidad de tales exámenes o análisis en otras circunstancias. Por ejemplo, algunos de los exámenes o análisis que no se consideran necesarios para el uso seguro y eficaz de un anticonceptivo pueden resultar adecuados para una buena atención de la salud a modo de prevención o para diagnosticar o evaluar presuntas condiciones médicas.

Momento de repetir los AIPS (reinyección) para continuar el método

Intervalo de reinyección

- Las nuevas inyecciones de AMPD deben administrarse cada tres meses.
- Las nuevas inyecciones de EN-NET deben administrarse cada dos meses.

NUEVA recomendación 2.4:

Se deben administrar nuevas inyecciones de AMPD-SC cada tres meses. También se incluyen recomendaciones para inyecciones tempranas y tardías.

Inyección temprana

- La nueva inyección de AMPD y EN-NET puede administrarse con hasta dos semanas de anticipación.

Inyección tardía

- La nueva inyección de AMPD puede administrarse hasta cuatro semanas más tarde sin que sea necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. La nueva inyección de EN-NET puede administrarse hasta dos semanas más tarde sin que sea necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Si la mujer se demora más de cuatro semanas para recibir una nueva inyección de AMPD o más de dos semanas para una nueva inyección de EN-NET, la inyección puede administrarse si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Cambio entre AMPD y EN-NET

- No se recomienda intercalar inyecciones de AMPD y EN-NET.
- Si resulta necesario que una mujer cambie de una inyección a la otra, el cambio debe hacerse en el momento en que debería repetirse la inyección.

En el caso de una nueva inyección de AIPS cuando se desconoce el tipo de anticonceptivo inyectable anterior o cuándo se administró la inyección

- La inyección puede administrarse si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Comentarios *(consulte las referencias 20, 22)*

El GEG consideró que el riesgo de ovulación es mínimo en un plazo de cuatro semanas desde el momento programado para una nueva inyección de AMPD (tres meses) y de dos semanas después del momento programado para una nueva inyección de EN-NET (dos meses).

Las inyecciones de AMPD deben administrarse cada tres meses. Aunque la nueva inyección de AMPD puede administrarse hasta cuatro semanas más tarde sin que se requiera protección anticonceptiva adicional, esto no significa que el intervalo de inyecciones regulares de AMPD pueda extenderse cuatro semanas.

Los mecanismos de acción, los criterios médicos de elegibilidad y los efectos secundarios del AMPD y del EN-NET son similares. Por lo tanto, es seguro dejar de usar uno y comenzar a usar el otro.

Mientras que se consideró necesario un plazo aproximado de 48 horas de uso de AOPS para lograr un efecto anticonceptivo en el moco cervical, se desconoce el tiempo necesario para que los AIPS tengan tal efecto.

En su revisión de la evidencia, el GEG observó que la eficacia de AMPD-SC se mantiene cuando se administra en el brazo, lo que puede resultar adecuado para las mujeres además de la inyección por vía subcutánea en el abdomen o en el muslo.

Manejo de los trastornos menstruales durante el uso de AIPS

Estas recomendaciones se refieren a las formulaciones de AMPD-IM y EN-NET-IM. Es posible que el tratamiento sea el mismo en el caso de mujeres que usan AMPD-SC.

Amenorrea

- La amenorrea no requiere ningún tratamiento clínico. Es suficiente con el asesoramiento.
- Si aun así la mujer no tolera la amenorrea, se debe suspender el anticonceptivo inyectable y ayudarla a elegir otro método.

Manchado o sangrado escaso

- El manchado o sangrado escaso es frecuente con el uso de AIPS, particularmente durante el primer ciclo de inyecciones, y no es nocivo.
- En el caso de las mujeres con manchado o sangrado escaso persistente, o con sangrado tras un período de amenorrea, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.
- Si se diagnostica una ITS o una enfermedad pélvica inflamatoria, la mujer puede continuar recibiendo las inyecciones mientras recibe tratamiento y asesoramiento sobre el uso de preservativos.
- Si no se detectan problemas ginecológicos y la mujer no tolera el sangrado, puede que resulte útil un tratamiento breve con AINEs. Si la mujer decide dejar de usar el anticonceptivo inyectable, se la debe ayudar a elegir otro método.

Sangrado abundante o prolongado (más de ocho días o el doble de lo que menstrúa habitualmente)

- Se le debe explicar a la mujer que el sangrado abundante o prolongado es frecuente durante el primer ciclo de inyecciones.
- Si persiste el sangrado abundante o prolongado, y si se justifica desde el punto de vista clínico, se deben descartar otros problemas ginecológicos. Si se identifica un problema ginecológico, se debe tratar la condición o derivar a la mujer para que reciba atención.

- Si el sangrado se convierte en un riesgo para la salud de la mujer o ella no lo tolera, se debe suspender el anticonceptivo inyectable y ayudarla a elegir otro método. Mientras tanto, un tratamiento breve con etinilestradiol o AINEs puede resultar útil.
- A fin de prevenir la anemia, se debe administrar un aporte complementario de hierro o alentar a la mujer a ingerir alimentos ricos en hierro.

Comentarios *(consulte las referencias 23 a 30)*

El GEG observó que los trastornos menstruales son frecuentes con el uso de AIPS y que el asesoramiento sobre tales trastornos antes de iniciar el uso de AIPS es esencial para calmar inquietudes y alentar la continuación del método.

El GEG revisó los datos limitados disponibles sobre las opciones terapéuticas para sangrado escaso o abundante y determinó que los siguientes fármacos pueden ser útiles para un tratamiento breve (es decir, entre cinco y siete días):

Para tratar el manchado o el sangrado escaso:

- AINEs
 - ácido mefenámico
 - valdecoxib

Para tratar el sangrado abundante o prolongado:

- AINEs
 - ácido mefenámico
 - valdecoxib
- Fármacos con hormonas
 - etinilestradiol

7.3.3 Anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS)

Los AOPS contienen solamente un progestágeno y ningún estrógeno.

Inicio del uso de los anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS)

Los AOPS pueden proporcionarse a una mujer con anticipación, junto con instrucciones adecuadas para iniciar el uso de píldoras, siempre que la mujer reúna los requisitos médicos.

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOPS. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOPS si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.

Mujeres con amenorrea

- Puede iniciarse el uso de AOPS en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.

Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio: por lo general, puede iniciarse el uso de AOPS (CME, categoría 2). Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso de AOPS. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOPS tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales (CME, categoría 1).

Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: puede iniciarse el uso de AOPS. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOPS si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.

- En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOPS tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Posaborto

- Puede iniciarse el uso de AOPS inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Puede iniciarse el uso de AOPS si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- Si el método anterior de la mujer era un anticonceptivo inyectable, puede iniciarse el uso de AOPS en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era un método no hormonal (tampoco el DIU)

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOPS. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOPS si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.

Cambio de método cuando el anterior era un DIU (incluido el DIU liberador de levonorgestrel)

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOPS. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.
- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOPS si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.

- Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
- Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días. Si tal protección adicional deberá proporcionarse mediante el DIU que está usando la mujer, se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
- Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, puede iniciarse el uso de AOPS tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Comentarios *(consulte las referencias 5, 6, 31)*

El GEG consideró que el riesgo de ovulación cuando se inicia el uso de AOPS durante los primeros cinco días de menstruación es aceptablemente bajo. La inhibición de la ovulación se consideró menos fiable cuando el uso se inicia después del quinto día. Se determinó que era necesario un período aproximado de 48 horas de uso de AOPS para lograr los efectos anticonceptivos en el moco cervical.

La necesidad de protección anticonceptiva adicional entre las mujeres que cambian de un método hormonal a otro depende del método usado anteriormente.

Se ha expresado preocupación con respecto al riesgo de embarazo cuando se retira un DIU en pleno ciclo, cuando la mujer ya ha tenido relaciones sexuales. Esa preocupación dio origen a la recomendación de que el DIU se deje colocado hasta la siguiente menstruación.

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso de AOPS

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de AOPS. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso de AOPS. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no

es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso de AOPS a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Examen o análisis	AOPS*
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	C
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITS: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	‡

* Clase A: el examen o análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo. Clase B: el examen o análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario sopesar el riesgo de no realizar el examen o análisis y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo. Clase C: el examen o análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

‡ Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar AOPS. Sin embargo, en algunas situaciones, no es posible medir la presión arterial. En muchos de estos casos, los riesgos de morbilidad relacionados con el embarazo son altos, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos métodos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar el uso de métodos hormonales a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Comentarios

Los exámenes y análisis indicados se aplican a personas que, se supone, están sanas.

Estas clasificaciones se centran en la relación que existe entre los exámenes o análisis y el inicio seguro de un método anticonceptivo. No tienen por objeto tratar la idoneidad de tales exámenes o análisis en otras circunstancias. Por ejemplo, algunos de los exámenes o análisis que no se consideran necesarios para el uso seguro y eficaz de un anticonceptivo pueden resultar adecuados para una buena atención de la salud a modo de prevención o para diagnosticar o evaluar presuntas condiciones.

Cantidad de paquetes de AOPS que deben suministrarse en las consultas iniciales y posteriores

Consultas iniciales y posteriores

- Se debe proporcionar un suministro de píldoras suficiente para un año como máximo, según la preferencia y el uso previsto de la mujer.

- Los programas deben equilibrar la conveniencia de otorgarles a las mujeres acceso máximo a las píldoras con las preocupaciones relativas al suministro y a la logística de los anticonceptivos.
- El sistema de reabastecimiento debe ser flexible para que la mujer pueda conseguir las píldoras con facilidad, en la cantidad y en el momento que las necesite.

Comentarios

El GEG llegó a la conclusión de que limitar la cantidad de ciclos de píldoras puede acarrear la suspensión no deseada del método y un mayor riesgo de embarazo.

Manejo de vómitos o diarrea intensa durante el uso de AOPS

Vómitos (por cualquier motivo) durante las dos horas posteriores a la toma de una píldora activa (con hormonas)

- La mujer debe tomar otra píldora activa.

Vómitos o diarrea intensos durante más de 24 horas

- La mujer debe continuar tomando las píldoras (si puede) a pesar del malestar.
- Si los vómitos o la diarrea intensos continúan durante dos o más días, debe seguir los procedimientos para casos de olvido o imposibilidad de tomar las píldoras.

Comentarios (consulte la referencia 32)

El GEG no encontró evidencia directa para abordar esta cuestión, pero consideró que los vómitos o la diarrea tienen efectos similares a cuando una mujer se olvida o no puede tomar las píldoras.

Manejo en caso de olvido o imposibilidad de tomar los AOPS

Mujeres con ciclos menstruales (incluidas las que están amamantando) Y que se olvidaron o no pudieron tomar una o más píldoras por más de tres horas

- La mujer debe tomar una píldora tan pronto como sea posible y luego continuar tomando las píldoras diariamente, una por día. Además,

deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días. Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Mujeres que amamantan y tienen amenorrea Y que se olvidaron o no pudieron tomar una o más píldoras por más de tres horas

- La mujer debe tomar una píldora tan pronto como sea posible y luego continuar tomando las píldoras diariamente, una por día. Si lleva menos de seis meses de puerperio, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Comentarios (consulte las referencias 31, 33)

El GEG consideró que el uso incorrecto o inconstante de las píldoras es una de las principales causas de los embarazos no deseados y destacó la importancia de tomar los AOPS aproximadamente a la misma hora todos los días. Se determinó que era necesario un período aproximado de 48 horas de uso de AOPS para lograr los efectos anticonceptivos en el moco cervical.

La guía actual se ofrece para situaciones en las que la usuaria se olvida o no puede tomar una o más píldoras por más de tres horas. En el caso de las mujeres que toman la píldora con 75 µg de desogestrel, la guía actual para las mujeres con ciclos menstruales y las que amamantan y tienen amenorrea se aplica cuando se olvidaron o no pudieron tomar una o más píldoras durante más de 12 horas.

Seguimiento adecuado tras iniciar el uso de AOPS

Estas recomendaciones abordan la cuestión de la frecuencia mínima de seguimiento que se aconseja para el uso seguro y eficaz de los AOPS. Las recomendaciones se refieren a situaciones generales y pueden variar según las usuarias y los distintos contextos. Por ejemplo, las mujeres con condiciones médicas específicas tal vez necesiten consultas de seguimiento más frecuentes.

AOPS (sin lactancia materna)

- No es necesario realizar una consulta de seguimiento anual, pero sí se recomienda un contacto de seguimiento tras iniciar el uso, aproximadamente, a los tres meses.
- Se le debe aconsejar a la mujer que regrese en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desea cambiar de método.

AOPS (con lactancia materna)

- No hace falta realizar consultas de seguimiento regulares.
- Se le debe aconsejar a la mujer que regrese en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desea cambiar de método.
- Se le debe aconsejar a la mujer que cuando reduzca de manera considerable la frecuencia de la lactancia o cuando deje de amamantar, debe regresar para recibir más asesoramiento y orientación sobre anticonceptivos.

Comentarios

El GEG concluyó que las consultas o los contactos de seguimiento deben incluir, como mínimo, asesoramiento que aborde cuestiones como los efectos secundarios u otros problemas, el uso correcto y consistente del método y la protección contra ITS. Es posible que sea adecuado proporcionar asesoramiento adicional.

Referencias correspondientes a los anticonceptivos con progestágeno solo (APS)

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
2. Brache V, Alvarez F, Faundes A, Cochon L, Thevenin F. Effect of preovulatory insertion of Norplant implants over luteinizing hormone secretion and follicular development. *Fertil Steril*. 1996;65:1110–4.
3. Brache V, Blumenthal P, Alvarez F, Dunson T, Cochon L, Faundes A. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part II. Effect on the ovarian function in the first cycle of use. *Contraception*. 1999;59(4):245–51.
4. Dunson TR, Blumenthal PD, Alvarez F, Brache V, Cochon L, Dalberth B et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part I. Changes in cervical mucus. *Fertil Steril*. 1998;69(2):258–66.

5. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321(7271):1259–62.
6. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.
7. Zheng S, Wu X, Fan B. Serum concentrations of levonorgestrel, estradiol and progesterone in women using China-made long-acting levonorgestrel subdermal implant (Sino-Implant) during the first year. *Reprod Contracept*. 1993;13:172–8.
8. Alvarez-Sánchez F, Brache V, Thevenin F, Cochon L, Faundes A. Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant implant users. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;174:919–22.
9. Boonkasemsanti W, Reinprayoon D, Pruksananonda K, Niruttisard S, Triratanachai S, Leepipatpaiboon S, Wannakrairot P. The effect of transdermal oestradiol on bleeding pattern, hormonal profiles and sex steroid receptor distribution in the endometrium of Norplant users. *Hum Reprod*. 1996;11(Suppl 2):115–23.
10. Cheng L, Zhu H, Wang A, Ren F, Chen J, Glasier A. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Hum Reprod*. 2000;15(9):1969–72.
11. d’Arcangues C, Piaggio G, Brache V, Ben Aissa R, Hazelden C, Massai R et al.; en nombre del grupo de estudio sobre trastornos de sangrado menstrual inducidos por progestágeno. Effectiveness and acceptability of vitamin E and low-dose aspirin, alone or in combination, on Norplant-induced prolonged bleeding. *Contraception*. 2004;70(6):451–62. doi:10.1016/j.contraception.2004.05.012.
12. Diaz S, Croxatto HB, Pavez M, Belhadj H, Stern J, Sivin I. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants. *Contraception*. 1990;42:97–109.
13. Glasier AF, Wang H, Davie JE, Kelly RW, Critchley HO. Administration of an antiprogesterone up-regulates estrogen receptors in the endometrium of women using Norplant: a pilot study. *Fertil Steril*. 2002;77(2):366–72. doi:10.1016/S0015-0282(01)02997-1.
14. Kaewrudee S, Taneepanichskul S, Jaisamraun U, Reinprayoon D. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding secondary to Norplant use. *Contraception*. 1999;60:25–30.
15. Subakir SB, Setiadi E, Affandi B, Pringgoutomo S, Freisleben HJ. Benefits of vitamin E supplementation to Norplant users – in vitro and in vivo studies. *Toxicology*. 2000;148:173–8.
16. Witjaksono J, Lau TM, Affandi B, Rogers PAW. Oestrogen treatment for increased bleeding in Norplant users: preliminary results. *Hum Reprod*. 1996;11(Suppl. 2):109–14.
17. Han L, Fan H, Gong Q, Xie Z, Meng F, Hong Y et al. The effects of three types of long-acting subcutaneous implants on menstrual blood loss. *Chinese J Fam Plann*. 1998;6:250–3.

18. Qi L, Liu J, Yu L, Ye L, Sun L, Liu K. Multicenter clinical study of two Sino-subdermal implants. *Chinese J Fam Plann.* 2002;79:87-95.
19. Du M, Zheng H, Guo W. Five-year clinical observation of China-made type II levonorgestrel subdermal implant (Sino-implant). *Chinese J Fam Plann.* 1996;4:201-3.
20. Halpern V, Combes SL, Dorflinger LJ, Weiner DH, Archer DF. Pharmacokinetics of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate injected in the upper arm. *Contraception.* 2014;89(1):31-5. doi:10.1016/j.contraception.2013.07.002.
21. Kapp N, Gaffield ME. Initiation of progestogen-only injectables on different days of the menstrual cycle and its effect on contraceptive effectiveness and compliance: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):576-82. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.017.
22. Paulen ME, Curtis KM. When can a woman have repeat progestogen-only injectables – depot medroxyprogesterone acetate or norethisterone enantate? *Contraception.* 2009;80(4):391-408. doi:10.1016/j.contraception.2009.03.023.
23. Goldberg AB, Cardenas LH, Hubbard AE, Darney PD. Post-abortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: a randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception.* 2002;66(4):215-20.
24. Harel Z, Biro F, Kollar L, Riggs S, Flanagan P, Vaz R. Supplementation with vitamin C and/or vitamin B(6) in the prevention of Depo-Provera side effects in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2002;15(3):153-8.
25. Jain JK, Nicosia AF, Nucatola DL, Lu JJ, Kuo J, Felix JC. Mifepristone for the prevention of breakthrough bleeding in new starters of depo-medroxyprogesterone acetate. *Steroids.* 2003;68(10-13):1115-9.
26. Parker RA, McDaniel EB. The use of quinesterol for the control of vaginal bleeding irregularities caused by DMPA. *Contraception.* 1980;22(1):1-7.
27. Said S, Sadek W, Rocca M, Koetsawang S, Kirwat O, Piya-Anant M et al. Clinical evaluation of the therapeutic effectiveness of ethinyl oestradiol and oestrone sulphate on prolonged bleeding in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. *Hum Reprod.* 1996;11(Suppl 2):1-13.
28. Sapiro KE. A study of bleeding patterns with two injectable contraceptives given postpartum and the effect of two non-hormonal treatments. *Adv Contracept.* 1991;7(4):379-87.
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(6):584-7. doi:10.1016/j.contraception.2005.09.013.
30. Tantiwattanakul P, Taneepanichskul S. Effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception.* 2004;70(4):277-9. doi:10.1016/j.contraception.2004.04.003.
31. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception.* 1994;50(6 Suppl 1):S1-195.
32. Elomaa K, Ranta S, Tuominen J, Lähteenmäki P. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Hum Reprod.* 2001;16(1):76-81.
33. 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(1):8-13. doi:10.1016/j.contraception.2004.07.016.
34. Phillips SJ, Zhang Wen. When can a woman start Sino-implant (II)? Systematic review. unpublished.
35. Tepper NK, Curtis KM, Steenland MW, Marchbanks PA. Blood pressure measurement prior to initiating hormonal contraception: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):631-8. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.025.
36. Tepper NK, Curtis KM, Steenland MW, Marchbanks PA. Physical examination prior to initiating hormonal contraception: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):650-4. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.010.
37. Tepper NK, Steenland MW, Marchbanks PA, Curtis KM. Laboratory screening prior to initiating contraception: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):611-24. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.009.
38. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):611-24. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.2017
39. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception.* 2013;87(5):625-30. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.018.
40. Brindis CD, Geierstanger SP, Wilcox N, McCarter V, Hubbard A. Evaluation of a peer provider reproductive health service model for adolescents. *Perspect Sex Reprod Health.* 2005;37(2):85-91. doi:10.1363/psrh.37.085.05.
41. Phillips SJ, Steyn PS, Zhang W, Curtis KM. How long may the Sino-implant (II) be left in place? (unpublished)

7.4 Anticonceptivos hormonales combinados

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHCs) hacen referencia a productos anticonceptivos que contienen un estrógeno combinado con un progestágeno. En esta sección, se ofrecen recomendaciones sobre el uso de diversos AHCs, incluidos los anticonceptivos orales combinados (AOCs), el parche anticonceptivo combinado (el parche), el anillo vaginal anticonceptivo combinado (AVC) y los anticonceptivos inyectables combinados (AICs). En esta sección, se tratan primero los AOCs, el parche y el AVC, seguidos de los AICs.

La mayoría de las mujeres pueden usar AHCs de manera segura. Para ayudar a determinar si las mujeres con determinadas condiciones médicas o características pueden usar AHCs de manera segura, consulte los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, quinta edición (CME) (1).

Los AHCs no protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de preservativos. Está comprobado que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH, cuando se usa de manera correcta y consistente. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero su uso no se encuentra tan extendido en los programas nacionales en comparación con los preservativos masculinos.

7.4.1 Anticonceptivos orales combinados (AOCs), el parche anticonceptivo combinado y el anillo vaginal anticonceptivo combinado (AVC)

Las recomendaciones de esta guía se refieren a los AOCs de dosis bajas que contienen $\leq 35 \mu\text{g}$ de etinilestradiol combinado con un progestágeno. Las recomendaciones de esta guía corresponden a todas las formulaciones de AOCs, independientemente del contenido de progestágeno.

El parche libera 20 μg de etinilestradiol y 150 μg de norelgestromina a diario.

El AVC libera 15 μg de etinilestradiol y 120 μg de etonogestrel a diario.

Por lo general, el tratamiento con los AOCs, el parche y el AVC consiste entre 21 y 24 días consecutivos con hormonas, seguidos de 4 a 7 días sin hormonas. Sin embargo, también se utilizan esquemas de administración con menos días sin hormonas, o ninguno.

Inicio del uso de los AOCs, del parche y del AVC¹

Los AOCs, el parche y el AVC pueden proporcionarse a una mujer con anticipación, junto con instrucciones adecuadas para iniciar el uso, siempre que la mujer reúna los requisitos médicos.

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

NUEVA recomendación 3.1:

Una mujer puede comenzar a usar el parche o el AVC en un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual. También puede empezar a usarlos en cualquier otro momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. También se proporcionan recomendaciones para casos en que se necesita protección adicional y para mujeres que tienen amenorrea, mujeres durante el puerperio o después de un aborto, o mujeres que estén cambiando de método.

Mujeres con amenorrea

- Puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: la mujer no debe usar AOCs, el parche ni el AVC (CME, categoría 4).
- De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente amamantando: el uso de AOCs, del parche y del AVC, generalmente,

no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).

- Más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.
- Más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: el uso de AOCs, del parche y del AVC, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3). Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- Veintiún días o más de puerperio: en el caso de mujeres que no presenten otros factores de riesgo de tromboembolia venosa, por lo general, puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC (CME, categoría 2).
- Mujeres que reúnen los requisitos médicos y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- Mujeres que reúnen los requisitos médicos y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Posaborto

- Puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC de inmediato después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada, puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC de inmediato. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- Si el método anterior de la mujer era un anticonceptivo inyectable, debe iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era un método no hormonal (tampoco el DIU)

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Cambio de método cuando el anterior era un DIU (incluido el DIU liberador de levonorgestrel)

- En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.
- Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOC, del parche y del AVC si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
 - Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
 - Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de

tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si tal protección adicional deberá proporcionarse mediante el DIU que está usando la mujer, se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.

- Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Comentarios (consulte las referencias 2 a 4)

El Grupo de elaboración de la guía (GEG) consideró que el riesgo de ovulación durante los primeros cinco días de menstruación es aceptablemente bajo. La inhibición de la ovulación se consideró menos fiable cuando el uso de AOCs se inicia después del quinto día. Se determinó que era necesario un período de siete días de uso de AOCs para impedir la ovulación de manera fiable.

Las recomendaciones con respecto a cuándo iniciar el uso de AOCs, del parche y del AVC se basan principalmente en datos de AOCs y en evidencia limitada sobre el parche y el AVC. En espera de más evidencia, el GEG concluyó que la evidencia disponible con respecto a cuándo iniciar el uso de AOC también se aplica al parche y al AVC.

La necesidad de protección anticonceptiva adicional entre las mujeres que cambian de un método hormonal a otro depende del método usado anteriormente.

Se ha expresado preocupación con respecto al riesgo de embarazo cuando se retira un DIU en pleno ciclo, cuando la mujer ya ha tenido relaciones sexuales. Esa preocupación dio origen a la recomendación de que el DIU se deje colocado hasta la siguiente menstruación.

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso de AOCs, del parche¹ y del AVC¹

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de AOCs, del parche o del AVC. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso de AOCs, del parche y del AVC. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso de AOCs, del parche o del AVC a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Examen o análisis	AOCs, parche, AVC*
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	C
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITS: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	‡

* Clase A: el examen o análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo. Clase B: el examen o análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario sopesar el riesgo de no realizar el examen o análisis y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo. Clase C: el examen o análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

‡ Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar AOCs, el parche y el AVC. Sin embargo, en algunas situaciones, no es posible medir la presión arterial. En muchos de estos casos, los riesgos de morbilidad relacionados con el embarazo son altos, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos métodos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar el uso de métodos hormonales a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

NUEVA recomendación 3.2:

Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar el parche o el AVC. No se debe negar el uso del parche o del AVC a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

NUEVA recomendación 3.3:

La exploración mamaria, el examen ginecológico, las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, los análisis de laboratorio de rutina, el análisis de hemoglobina, la evaluación de los riesgos de ITS (historia clínica y exploración física) y las pruebas de detección de ITS/VIH (análisis de laboratorio) no contribuyen de manera considerable al uso seguro y eficaz del parche y del AVC.

¹ Nueva recomendación para la tercera edición

Cantidad de paquetes de AOCs que deben suministrarse en las consultas iniciales y posteriores

Consultas iniciales y posteriores

- Se debe proporcionar un suministro de píldoras suficiente para un año como máximo, según la preferencia y el uso previsto de la mujer.
- Los programas deben equilibrar la conveniencia de otorgarles a las mujeres acceso máximo a las píldoras con las preocupaciones relativas al suministro y a la logística de los anticonceptivos.
- El sistema de reabastecimiento debe ser flexible para que la mujer pueda conseguir las píldoras con facilidad, en la cantidad y en el momento que las necesite.

Comentarios *(consulte las referencias 35 a 37)*

El GEG llegó a la conclusión de que limitar la cantidad de ciclos de píldoras puede acarrear la suspensión no deseada del método y un mayor riesgo de embarazo.

Manejo de vómitos o diarrea intensa durante el uso de AOCs

Vómitos (por cualquier motivo) durante las dos horas posteriores a la toma de una píldora activa (con hormonas)

- La mujer debe tomar otra píldora activa.

Vómitos o diarrea intensos durante más de 24 horas

- La mujer debe continuar tomando las píldoras (si puede) a pesar del malestar.
- Si los vómitos o la diarrea intensos continúan durante dos o más días, debe seguir los procedimientos para casos de olvido o imposibilidad de tomar las píldoras.

Comentarios *(consulte la referencia 5)*

El GEG no encontró evidencia directa para abordar esta cuestión, pero consideró que los vómitos o la diarrea tienen efectos similares a cuando una mujer se olvida o no puede tomar las píldoras.

Manejo en caso de olvido o imposibilidad de tomar los AOCs

Píldoras que contienen entre 30 y 35 µg de etinilestradiol

Olvido o imposibilidad de tomar una o dos píldoras activas (con hormonas) seguidas, o se empieza un paquete uno o dos días tarde:

- La mujer debe tomar una píldora activa (con hormonas) tan pronto como sea posible y luego continuar tomando las píldoras diariamente, una por día.
 - Si la mujer se olvida o no puede tomar dos o más píldoras activas (con hormonas), puede tomar la primera píldora que olvidó o no pudo tomar y luego continuar tomando el resto de las píldoras omitidas (una por día) o desecharlas para cumplir el calendario.
 - Según cuándo la mujer se dé cuenta de que se olvidó de tomar píldoras, puede tomar dos píldoras el mismo día (una al momento de recordar y la otra en el horario normal) o incluso a la misma hora.
- No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Olvido o imposibilidad de tomar tres o más píldoras activas (con hormonas) seguidas, o se empieza un paquete tres o más días tarde:

- La mujer debe tomar una píldora activa (con hormonas) tan pronto como sea posible y luego continuar tomando las píldoras diariamente, una por día.
 - Si la mujer se olvida o no puede tomar dos o más píldoras activas (con hormonas), puede tomar la primera píldora que olvidó y luego continuar tomando el resto de las píldoras omitidas (una por día) o desecharlas para cumplir el calendario.
 - Según cuándo la mujer se dé cuenta de que se olvidó de tomar píldoras, puede tomar dos píldoras el mismo día (una al momento de recordar y la otra en el horario normal) o incluso a la misma hora.
- La mujer también deberá usar preservativo o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya tomado píldoras activas (con hormonas) durante siete días seguidos.
- Si la mujer se olvidó o no pudo tomar píldoras en la tercera semana, debe terminar de

tomar las píldoras activas (con hormonas) que quedan en el paquete actual y empezar uno nuevo al día siguiente. No debe tomar las siete píldoras inactivas.

- Si la mujer se olvidó o no pudo tomar píldoras en la primera semana y tuvo relaciones sexuales sin protección, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Píldoras que contienen hasta 20 µg de etinilestradiol

Olvido o imposibilidad de tomar una píldora activa (con hormonas), o se empieza un paquete un día tarde:

- La mujer debe seguir la indicación anterior, bajo el título “Olvido o imposibilidad de tomar una o dos píldoras activas (con hormonas) seguidas, o se empieza un paquete uno o dos días tarde”.

Olvido o imposibilidad de tomar dos o más píldoras activas (con hormonas) seguidas, o se empieza un paquete dos o más días tarde:

- La mujer debe seguir la indicación anterior, bajo el título “Olvido o imposibilidad de tomar tres o más píldoras activas (con hormonas) seguidas, o se empieza un paquete tres o más días tarde”.

Píldoras que contienen hasta 20 µg o entre 30 y 35 µg de etinilestradiol

Olvido o imposibilidad de tomar cualquiera de las píldoras inactivas (sin hormonas):

- La mujer debe desechar las píldoras inactivas (sin hormonas) que olvidó o no pudo tomar y luego continuar tomando las píldoras diariamente, una por día.

Manejo de errores de dosis durante el uso del parche¹

NUEVA recomendación 3.4:

Es posible que una mujer necesite tomar medidas si presenta un error de dosis con el parche o con el AVC. Se incluyen recomendaciones para el manejo de la prolongación del intervalo sin el parche, el desprendimiento no programado del parche, el uso prolongado del parche, la prolongación del intervalo sin el AVC, la extracción no programada del AVC y el uso prolongado del AVC.

Prolongación del intervalo sin el parche (es decir, olvidarse de aplicarse un parche nuevo después del intervalo de siete días sin el parche)

- Si el intervalo sin el parche se prolonga durante ≤ 48 horas (es decir, si el intervalo total sin el parche es > 7 días y ≤ 9 días), debe aplicarse un parche nuevo lo antes posible. La mujer debe hacer el cambio de parche el mismo día de siempre, lo que significa que debe comenzar a usar/ cambiar el parche el día programado para hacerlo, como si no hubiera ocurrido un error de dosis. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Si el intervalo sin el parche se prolonga durante > 48 horas (es decir, si el intervalo total sin el parche es > 9 días), debe aplicarse un parche nuevo lo antes posible. La mujer debe hacer el cambio de parche el día programado. También deberá usar preservativo o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya usado el parche durante siete días seguidos. Si tuvo relaciones sexuales sin protección en el plazo de los cinco días anteriores, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Desprendimiento no programado del parche

- Si el parche queda desprendido durante ≤ 48 horas, debe aplicarse un parche nuevo lo antes posible (si el desprendimiento se produce < 24 horas después de aplicarse el parche, la mujer puede intentar volver a aplicarse el mismo parche o reemplazarlo por uno nuevo). La mujer debe hacer el cambio de parche el día programado. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Si el parche queda desprendido durante > 48 horas, debe aplicarse un parche nuevo lo antes posible. La mujer debe hacer el cambio de parche el día programado.
 - También deberá usar preservativo o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya usado el parche durante siete días seguidos.

¹ Nueva recomendación para la tercera edición

- Si el desprendimiento no programado se produjo durante la tercera semana de uso del parche, la mujer debe omitir la semana sin parche, terminar la tercera semana de uso del parche y comenzar a usar un parche nuevo de inmediato. Si no puede comenzar a usar un parche nuevo inmediatamente después de la tercera semana de uso del parche, también deberá usar preservativo o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya usado el parche durante siete días seguidos.
- Si el desprendimiento no programado se produjo durante la primera semana de uso del parche y la mujer tuvo relaciones sexuales sin protección en el plazo de los cinco días anteriores, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Uso prolongado del parche

- Si el desprendimiento del parche usado y la aplicación del parche nuevo se demora ≤ 48 horas (es decir, si el uso del parche se prolonga de 7 a ≤ 9 días) durante las primeras tres semanas de uso del parche, debe aplicarse un parche nuevo lo antes posible. La mujer debe hacer el cambio de parche el día programado. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Si el desprendimiento del parche usado y la aplicación del parche nuevo se demora > 48 horas (es decir, si el uso del parche se prolonga de 7 a > 9 días) durante la segunda y tercera semana de uso del parche, mientras la mujer está usando el primero o el segundo parche del ciclo, el parche debe retirarse o reemplazarse lo antes posible. La mujer debe hacer el cambio de parche el día programado. También deberá usar preservativo o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya usado el parche durante siete días seguidos.
- Si el desprendimiento demorado se produce durante la cuarta semana de uso del parche (es decir, la semana programada sin hormonas), mientras la mujer está usando el tercer parche del ciclo, debe retirarse el parche lo antes posible. La mujer debe comenzar a usar el parche el día programado. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Manejo de errores de dosis durante el uso del AVC¹

Prolongación del intervalo sin el AVC (es decir, olvidarse de insertarse un AVC nuevo después del intervalo de siete días sin el AVC)

- Si el intervalo sin el AVC se prolonga durante ≤ 48 horas (es decir, si el intervalo total sin el AVC es > 7 días y ≤ 9 días), debe insertarse un AVC nuevo lo antes posible. La mujer debe retirarse el AVC el mismo día de siempre, lo que significa que debe insertarse/retirarse el AVC el día programado para hacerlo, como si no hubiera ocurrido un error de dosis. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Si el intervalo sin el AVC se prolonga durante > 48 horas (es decir, si el intervalo total sin el AVC es > 9 días), debe insertarse un AVC nuevo lo antes posible. La mujer debe retirarse el AVC el día programado. También deberá usar preservativo o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya usado el AVC durante siete días seguidos. Si tuvo relaciones sexuales sin protección en el plazo de los cinco días anteriores, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Extracción no programada del AVC (es decir, si el AVC se retira antes de que finalice el ciclo)

- Si se retira el AVC de manera no programada y la mujer permanece sin el AVC durante ≤ 48 horas, debe volver a insertarse lo antes posible. La mujer debe dejarse el AVC colocado hasta el día programado originalmente para retirarlo. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Si se retira el AVC de manera no programada y la mujer permanece sin el AVC durante > 48 horas, debe volver a insertarse lo antes posible. La mujer debe dejarse el AVC colocado hasta el día programado originalmente para retirarlo.
 - También deberá usar preservativo o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya usado el AVC durante siete días seguidos.
 - Si la extracción no programada se produjo durante la tercera semana de uso del

¹ Nueva recomendación para la tercera edición

- AVC, la mujer debe omitir la semana sin AVC, terminar la tercera semana de uso del AVC y comenzar a usar un AVC nuevo de inmediato. Si no puede comenzar a usar un AVC nuevo inmediatamente después de la tercera semana de uso del AVC, también deberá usar preservativo o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que haya usado el AVC durante siete días seguidos.
- Si la extracción no programada se produjo durante la primera semana de uso del AVC y la mujer tuvo relaciones sexuales sin protección en el plazo de los cinco días anteriores, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Uso prolongado del AVC

- Si se usa el mismo AVC durante un período máximo de 28 días (< 4 semanas), no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Si la mujer lo desea, puede tomarse un intervalo sin hormonas, pero no debería exceder los siete días.
- Si se usa el mismo AVC durante 28 a 35 días (≥ 4 semanas pero < 5 semanas), se debe colocar un AVC nuevo y omitir el intervalo sin hormonas. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Comentarios *(consulte las referencias 3, 4, 6, 7, 40)*

El GEG consideró que el uso incorrecto o inconstante de las píldoras es una de las principales causas de los embarazos no deseados. Se determinó que era necesario un período de siete días de uso de AOCs para impedir la ovulación de manera fiable. Las mujeres que a menudo se olvidan de tomar píldoras o cometen errores de uso con el parche o con el AVC deberían considerar un método anticonceptivo alternativo que no dependa tanto de la usuaria para ser eficaz (p. ej., DIU, implante o anticonceptivo inyectable).

En la mayoría de los estudios considerados por el GEG sobre dosis tardías u omitidas de AHCs se examinaron AOCs. Sin embargo, en dos estudios se examinó el parche y en siete estudios, el AVC. El GEG observó que la evidencia relativa a recomendaciones en caso de “olvido o imposibilidad de tomar la píldora”, principalmente, se obtuvo de estudios con mujeres que tomaban píldoras con 30 a 35 μg de etinilestradiol.

Muchas mujeres (incluidas aquellas cuyos paquetes de píldoras están marcados con los días de la semana) siguen un calendario para tomar las píldoras que supone empezar un día determinado de la semana. Cuando una mujer se olvida o no puede tomar una píldora, es necesario desechar las píldoras omitidas para poder cumplir el calendario. Otras mujeres tal vez prefieran no desechar las píldoras omitidas, pero es posible que tengan la menstruación en intervalos que no son los previstos.

Los cuatro principios a continuación constituyen la base de las recomendaciones del GEG:

- Es importante reanudar el uso de los AOCs, del parche y del AVC (tomar una píldora activa, volver a aplicarse el parche o aplicarse uno nuevo, o volver a insertarse el AVC o insertarse uno nuevo) tan pronto como sea posible cuando se omite alguna dosis.
- Si se omite alguna dosis, la probabilidad de que se produzca un embarazo depende no solo de la duración de las dosis omitidas (es decir, cuántos días de uso de píldoras, parche o AVC se omitieron), sino también de cuándo se omitieron las dosis. Según datos sobre ovulación, el GEG determinó que el olvido o la imposibilidad de tomar tres o más píldoras activas (con hormonas) (dos o más píldoras que contengan $\leq 20 \mu\text{g}$ de etinilestradiol) en cualquier momento del ciclo justifica tomar precauciones adicionales. El riesgo de embarazo es mayor cuando se omiten píldoras activas (con hormonas) al principio o al final de la serie de píldoras activas, es decir, cuando se prolonga el intervalo sin hormonas. Aunque existe evidencia limitada sobre errores de dosis con el uso del parche y del AVC, estos métodos se consideran similares al uso de AOCs. Por lo tanto, estos principios se extrapolaron al uso del parche y del AVC.
- Según indica la evidencia limitada sobre las píldoras que contienen $\leq 20 \mu\text{g}$ de etinilestradiol, el riesgo de embarazo cuando se omiten estas píldoras puede ser mayor que cuando se omiten píldoras con 30 a 35 μg de etinilestradiol. En consecuencia, el GEG recomendó un enfoque más prudente cuando se omiten píldoras que contienen $\leq 20 \mu\text{g}$ de etinilestradiol.

- A partir de la experiencia práctica de la primera edición de las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, se destacó la necesidad de proporcionar recomendaciones sencillas en caso de “olvido o imposibilidad de tomar la píldora”.

Seguimiento adecuado tras iniciar el uso de AOCs, del parche y del AVC¹

Estas recomendaciones abordan la cuestión de la frecuencia mínima de seguimiento que se aconseja para el uso seguro y eficaz de estos métodos. Las recomendaciones se refieren a situaciones generales y pueden variar según las usuarias y los distintos contextos. Por ejemplo, las mujeres con condiciones médicas específicas tal vez necesiten consultas de seguimiento más frecuentes.

- Se recomienda una consulta anual de seguimiento.
- Un contacto de seguimiento a los tres meses tras iniciar el uso resulta aún más ventajoso.
- Se le debe aconsejar a la mujer que regrese en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas, o si desea cambiar de método.

NUEVA recomendación 3.5:

Se recomienda una consulta anual de seguimiento después de comenzar a usar el parche o el AVC.

Comentarios (consulte las referencias 8 a 11, 40)

El GEG concluyó que las consultas o los contactos de seguimiento deben incluir, como mínimo, asesoramiento que aborde cuestiones como los efectos secundarios u otros problemas, el uso correcto y consistente del método y la protección contra ITS. Es posible que sea adecuado proporcionar asesoramiento adicional.

7.4.2 Anticonceptivos inyectables combinados (AICs)

En este documento se consideran dos formulaciones de AICs:

1. Cyclofem[®] = 25 mg de acetato de medroxiprogesterona más 5 mg de cipionato de estradiol
2. Mesigyna[®] = 50 mg de enantato de noretisterona más 5 mg de valerato de estradiol

Inicio del uso de los AICs

Si no es posible administrarle la inyección a la mujer al momento de la consulta, se puede programar la inyección para más adelante mediante un servicio adecuado.

Mujeres con ciclos menstruales

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de AICs. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de AICs si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Mujeres con amenorrea

- Puede administrarse la primera inyección de AICs en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: no se deben usar AICs (CME, categoría 4).
- De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente amamantando: el uso de AICs, generalmente, no se recomienda (CME, categoría 3) a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables.
- Más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección de AICs tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.
- Más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de AICs tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

¹ Nueva recomendación para la tercera edición

Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: el uso de AICs, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
- Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de AICs de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- Veintiún días o más de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de AICs tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Posaborto

- La primera inyección de AICs puede administrarse inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada, la primera inyección de AICs puede administrarse de inmediato. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
- Si el método anterior de la mujer era otro anticonceptivo inyectable, la inyección de AICs debe administrarse en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Cambio de método cuando el anterior era un método no hormonal (tampoco el DIU)

- Puede administrarse la primera inyección de AICs de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario esperar la siguiente menstruación.
 - En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
 - Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

Cambio de método cuando el anterior era un DIU (incluido el DIU liberador de levonorgestrel)

- En un plazo de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de AICs. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento.
- Más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de AICs si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
 - Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
 - Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si tal protección adicional deberá proporcionarse mediante el DIU que está usando la mujer, se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación.
- Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, la inyección puede administrarse tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

Comentarios (consulte las referencias 3, 4, 12, 13)

El GEG consideró que una inyección de AICs administrada hasta el séptimo día del ciclo menstrual acarrea un riesgo bajo de ovulación que podría conducir a un embarazo.

La necesidad de protección anticonceptiva adicional entre las mujeres que cambian de un método hormonal a otro depende del método usado anteriormente.

Se ha expresado preocupación con respecto al riesgo de embarazo cuando se retira un DIU en pleno ciclo, cuando la mujer ya ha tenido relaciones sexuales. Esa preocupación dio origen a la recomendación de que el DIU se deje colocado hasta la siguiente menstruación.

Exámenes y análisis necesarios antes de iniciar el uso de AICs

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de AICs. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso de AICs. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso de AICs a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Examen o análisis	AIC*
Exploración mamaria	C
Examen ginecológico	C
Detección del cáncer de cuello uterino	C
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITS: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	‡

* Clase A: el examen o análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo. Clase B: el examen o análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario sopesar el riesgo de no realizar el examen o análisis y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo. Clase C: el examen o análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

‡ Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar AICs. Sin embargo, en algunas situaciones, no es posible medir la presión arterial. En muchos de estos casos, los riesgos de morbilidad relacionados con el embarazo son altos, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos métodos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar el uso de métodos hormonales a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Momento de repetir los AICs (reinyección) para continuar el método

Intervalo de reinyección

- Las nuevas inyecciones de AICs deben administrarse cada cuatro semanas.

Inyección temprana

- Si no es posible cumplir el intervalo de reinyección, la nueva inyección puede administrarse con hasta siete días de anticipación, pero esto puede alterar el ritmo del sangrado.

Inyección tardía

- Si no es posible cumplir el intervalo de reinyección, la nueva inyección puede administrarse hasta siete días tarde sin que sea necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- Si una mujer se demora más de siete días para recibir una inyección, esta puede administrarse si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Comentarios (consulte las referencias 14 a 18)

El GEG consideró que el riesgo de ovulación era mínimo durante los primeros días del segundo mes posterior a la última inyección.

Referencias correspondientes a los anticonceptivos hormonales combinados (AHCs)

- Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
- Brahmi D, Curtis KM. When can a woman start combined hormonal contraceptives (CHCs)? A systematic review. *Contraception*. 2013;87(5):524–38. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.010.
- Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321(7271):1259–62.
- Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.

5. Elomaa K, Ranta S, Tuominen J, Lähteenmäki P. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Hum Reprod.* 2001;16(1):76–81.
6. Zapata LB, Steenland MW, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Effect of missed combined hormonal contraceptives on contraceptive effectiveness: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):685–700. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.035.
7. Dragoman M, Petrie K, Torgal A, Thomas T, Cremers S, Westhoff CL. Contraceptive vaginal ring effectiveness is maintained during 6 weeks of use: a prospective study of normal BMI and obese women. *Contraception.* 2013;87(4):432–6. doi:10.1016/j.contraception.2012.12.001.
8. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks P, Curtis KM. Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):611–24. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.017.
9. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. *Contraception.* 2013;87(5):625–30. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.018.
10. Nisenbaum MG, Melo NR, Giribela CR, Morais TL, Guerra GM, de Angelis K et al. Effects of a contraceptive containing drospirenone and ethinyl estradiol on blood pressure and autonomic tone: a prospective controlled clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;175:62–6. doi:10.1016/j.ejogrb.2014.01.006.
11. Berenson AB, Rahman M. A randomized controlled study of two educational interventions on adherence with oral contraceptives and condoms. *Contraception.* 2012;86(6):716–24. doi:10.1016/j.contraception.2012.06.007.
12. Petta CA, Hays M, Brache V, Massai R, Hua Y, Alvarez-Sánchez F et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg E2 cypionate: effects on ovarian function. *Fertil Steril.* 2001;75(4):744–8.
13. Petta CA, Hays M, Brache V, Massai R, Hua Y, Alvarez-Sánchez F et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg medroxyprogesterone acetate and 5 mg estradiol-cypionate: effects on cervical mucus. *Contraception.* 2001;64(6):363–8.
14. Aedo AR, Landgren BM, Johannisson E, Diczfalusy E. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception.* 1985;31:453–69.
15. Bahamondes L, Lavin P, Ojeda G, Petta CA, Diaz J, Maradieu E et al. Return to fertility after discontinuation of the once a month injectable contraceptive Cyclofem. *Contraception.* 1997;55:307–10.
16. Bassol S, Hernandez C, Nava MP, Trujillo AM, Luz de la Cruz D. A comparative study on the return to ovulation following chronic use of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception.* 1995;51:307–11.
17. Garza-Flores J, Rodriguez V, Perez-Palacios G, Virutamasen P, TangKeow P, Konsayreepong R et al.; World Health Organization Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. A multi-centered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of DepoProvera. *Contraception.* 1987;36:441–57.
18. Rahimy MH, Ryan KK. Lunelle monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension): assessment of return of ovulation after three monthly injections in surgically sterile women. *Contraception.* 1999;60:189–200.

7.5 Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE), o anticoncepción poscoital, hace referencia a métodos anticonceptivos que pueden usarse para evitar el embarazo en los primeros días después del coito. También se utiliza en caso de emergencia después de tener relaciones sexuales sin protección, tras la falla o el uso incorrecto de un anticonceptivo (por ejemplo, olvidarse de tomar una píldora o un preservativo que se rompe) y después de sufrir una violación o ser forzada a tener relaciones sexuales.

En esta sección, se ofrecen recomendaciones sobre cuatro métodos de AE: el dispositivo intrauterino con cobre (DIU-Cu) para AE y tres tipos diferentes de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): con acetato de ulipristal (PAE-AUP), con levonorgestrel solo (PAE-LNG) y combinadas con estrógeno y progestágeno (PAE combinadas).

La AE es segura para la mayoría de las mujeres. Para ayudar a determinar si una mujer con una condición médica o característica en particular puede usar AE de manera segura, consulte los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, quinta edición (CME) (1).

Existen varias opciones para la anticoncepción de emergencia. El DIU-Cu es un método de AE eficaz que reduce el riesgo de embarazo en más de un 99 % si se coloca antes de que transcurran 120 horas después del coito (2–5). Las PAE también reducen el riesgo de embarazo considerablemente. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la eficacia

de cada método varía según las circunstancias particulares, lo que incluye el tipo de PAE elegido, el día del ciclo menstrual y el tiempo transcurrido entre el coito sin protección y el inicio del uso de las PAE. Además, la eficacia de las PAE puede verse reducida en caso de coito sin protección durante el mismo ciclo, si se las combina con el uso de otros medicamentos (p. ej., inductores enzimáticos del citocromo P450 3A4 [CYP 3A4]) o en caso de mayor peso corporal o índice de masa corporal (IMC) (6–7).

La AE no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de preservativos. Está comprobado que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH, cuando se usa de manera correcta y consistente. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero su uso no se encuentra tan extendido en los programas nacionales en comparación con los preservativos masculinos.

7.5.1 DIUs con cobre (DIU-Cu) para AE y píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

Esquemas de administración: debe seleccionarse una de las siguientes opciones

- DIU-Cu para AE
- PAE-AUP: Dosis única: 1 comprimido de 30 mg¹
- PAE-LNG:
 - Dosis única (esquema preferido para el LNG): 1,50 mg (2 comprimidos de 0,75 mg)
 - Dosis dividida: 1 dosis de 0,75 mg seguida de una segunda dosis de 0,75 mg 12 horas después
- PAE combinadas:
 - Dosis dividida: 1 dosis de 100 µg de etinilestradiol más 0,50 mg de LNG, seguida de una segunda dosis de 100 µg de etinilestradiol más 0,50 mg de LNG 12 horas después

Momento adecuado

- El DIU-Cu puede insertarse hasta 120 horas después de tener relaciones sexuales sin protección.
- Idealmente, las PAE-AUP, las PAE-LNG o las PAE combinadas deben tomarse lo antes posible después del coito sin protección, en un plazo de 120 horas. Sin embargo, se le debe informar a la mujer que la eficacia de las PAE se reduce cuanto más se prolongue el intervalo entre el coito sin protección y la toma de las PAE. Las PAE-AUP pueden ser más eficaces entre las 72 horas y las 120 horas después del coito sin protección que otras PAE.

NUEVA recomendación 4.1:

Una mujer debe tomar una dosis de una PAE-AUP lo antes posible después de tener relaciones sexuales, en un plazo de 120 horas.

Comentarios (consulte las referencias 8 a 17, 32)

El Grupo de elaboración de la guía (GEG) revisó evidencia de que las PAE son más eficaces cuanto antes se tomen después del coito sin protección, idealmente en un plazo de 72 horas. La evidencia también indicó que las PAE siguen siendo eficaces entre 72 horas y 120 horas, pero la eficacia se ve reducida, particularmente, después de las 96 horas. En un estudio se sugirió que las PAE-AUP son más eficaces que las PAE-LNG entre las 72 horas y las 120 horas después del coito sin protección. No se identificó ningún estudio en el que se compare las PAE-AUP directamente con las PAE combinadas. Se desconoce la eficacia pasadas las 120 horas.

El GEG consideró evidencia de que las PAE-AUP y las PAE-LNG son preferibles a las PAE combinadas porque provocan menos náuseas y vómitos.

El GEG también tuvo en cuenta evidencia de que el esquema de administración de dosis única de las PAE-LNG es por lo menos tan eficaz como el esquema de dosis dividida de las PAE-LNG (consulte los detalles anteriores). Los programas pueden proporcionar la opción de dosis única o la de dosis dividida, según los preparados disponibles. Sin embargo, el GEG consideró que la opción de dosis única es preferible a la de dosis dividida debido a las consideraciones relacionadas con el cumplimiento.

¹ Nueva recomendación para la tercera edición

Provisión de un suministro anticipado de PAE

- Se le puede proporcionar un suministro anticipado de PAE a una mujer para asegurarse de que las tenga a disposición cuando las necesite y de que pueda tomarlas lo antes posible tras el coito sin protección.

Comentarios *(consulte las referencias 18 a 24)*

El GEG observó que no puede proporcionarse un suministro anticipado en algunos países y que, en tales circunstancias, puede entregarse una receta anticipada.

El GEG revisó evidencia de que una mujer tiene mayores probabilidades de usar PAE después del coito sin protección si se le proporciona un suministro anticipado, y que proporcionar tal suministro no afecta los hábitos de uso de anticonceptivos, no aumenta la frecuencia de uso de PAE ni aumenta la frecuencia del coito sin protección.

Las usuarias de otros métodos anticonceptivos tal vez deseen considerar el uso de la anticoncepción de emergencia en las siguientes circunstancias, según sea necesario:

- Usuarias de anticonceptivos inyectables con progestágeno solo (AIPS): si una mujer se demora más de dos semanas para recibir una nueva inyección de AMPD o de EN-NET, esta puede administrarse si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de AE.
- Usuarias de anticonceptivos orales con progestágeno solo (AOPS): si una mujer que tiene ciclos menstruales (incluso si está amamantando) se olvidó o no pudo tomar una o más píldoras durante más de tres horas, tal vez desee considerar el uso de AE, según corresponda.
- Usuarias de anticonceptivos orales combinados (AOCs, píldoras con 30 a 35 µg de etinilestradiol): si la mujer se olvidó o no pudo tomar tres o más píldoras activas (con

hormonas) durante la primera semana (lo que incluye empezar un paquete tres o más días tarde) y tuvo relaciones sexuales sin protección, tal vez desee considerar el uso de AE.

- Usuarias de anticonceptivos inyectables combinados (AICs): si una mujer se demora más de siete días para recibir una inyección, esta puede administrarse si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si corresponde, tal vez desee considerar el uso de AE.
- Usuarias del Standard Days Method® (SDM, método de días fijos): si la mujer tuvo relaciones sexuales sin protección en los días 8 a 19 del ciclo, tal vez desee considerar el uso de AE, según corresponda.

Prevención de náuseas y vómitos cuando se toman PAE

- Las PAE-LNG y las PAE-AUP son preferibles a las PAE combinadas porque provocan menos náuseas y vómitos.
- No se recomienda el uso habitual de antieméticos antes de tomar las PAE. El tratamiento previo con ciertos antieméticos puede considerarse según la disponibilidad y el criterio del médico.

NUEVA recomendación 4.2:

Las PAE-LNG y las PAE-AUP son preferibles a las PAE combinadas porque provocan menos náuseas y vómitos. No se recomienda el uso habitual de antieméticos antes de tomar las PAE. El tratamiento previo con ciertos antieméticos puede considerarse según la disponibilidad y el criterio del médico.

Comentarios *(consulte las referencias 17 y 25 a 30)*

El GEG consideró que muchas mujeres no tienen náuseas ni vómitos cuando toman PAE y que es difícil prever cuáles mujeres sí presentarán esos efectos. Aunque el GEG no recomendó el uso habitual de antieméticos antes de tomar PAE, observó que los antieméticos son eficaces en algunas mujeres y que pueden ofrecerse según corresponda.

Cuando las personas prestadoras del servicio decidan si ofrecer antieméticos a las mujeres que toman PAE, deben tener en cuenta lo siguiente:

- Las mujeres que toman PAE combinadas tienen mayores probabilidades de tener náuseas y vómitos que las mujeres que toman PAE-LNG o PAE-AUP.
- La evidencia indica que los antieméticos reducen la incidencia de náuseas y vómitos en mujeres que toman PAE combinadas.
- Las mujeres que toman antieméticos pueden presentar otros efectos secundarios de los antieméticos.
- En algunas situaciones, puede limitarse la disponibilidad de antieméticos.

A partir de la evidencia limitada que tuvo en cuenta el GEG, no pudo establecerse si tomar PAE con alimentos modifica el riesgo de náuseas o vómitos.

Manejo de los vómitos después de tomar PAE

Vómitos en un plazo de dos horas después de tomar una dosis de píldoras (PAE-LNG o PAE combinadas)

- Debe tomarse otra dosis de PAE lo antes posible. Si la mujer está tomando PAE combinadas, tal vez desee usar un antiemético antes de tomar la segunda dosis.
- Si los vómitos continúan, puede administrarse otra dosis de PAE por vía vaginal.

Vómitos en un plazo de tres horas después de tomar una dosis de PAE-AUP¹

- Debe tomarse otra dosis de AUP lo antes posible.

NUEVA recomendación 4.3:

Si la mujer vomita en un plazo de tres horas después de tomar una dosis de una PAE-AUP, debe tomar otra dosis lo antes posible.

Comentarios

El GEG observó que las PAE-LNG y las PAE-AUP presentan menores probabilidades de causar náuseas y vómitos que las PAE combinadas.

El GEG consideró que dos horas eran tiempo suficiente para la absorción de las hormonas de las PAE-LNG o de las PAE combinadas, y que no es necesario tomar ninguna medida si la mujer

vomita después de ese plazo. Se consideró que un plazo de tres horas era suficiente para la absorción del AUP.

7.5.2 Reanudación o inicio de la anticoncepción regular después de usar la AE²

Después de usar un DIU con cobre (DIU-Cu) para AE

- No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional si la mujer tiene un DIU-Cu colocado.

Después de tomar PAE-LNG y PAE combinadas

NUEVA recomendación 4.4:

Tras la administración de PAE-LNG o PAE combinadas, una mujer puede reanudar el uso de su anticonceptivo o comenzar a usar cualquier anticonceptivo de inmediato, incluido un DIU-Cu.

Momento adecuado:

- Tras la administración de PAE-LNG o PAE combinadas, una mujer puede reanudar el uso de su anticonceptivo o comenzar a usar cualquier anticonceptivo de inmediato, incluido un DIU-Cu. Si desea empezar a usar un DIU-LNG, se le puede colocar en cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada.
 - Si la mujer no inicia un método nuevo de inmediato, sino que vuelve a usar un método anterior, puede empezar a tomar anticonceptivos hormonales combinados (AOCs, parche, AVC o anticonceptivos inyectables) o anticonceptivos con progestágeno solo (AOPS, anticonceptivos inyectables con AMPD o EN-NET o implantes) en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada.
 - Si la mujer no inicia un método nuevo de inmediato, sino que vuelve a usar un DIU, se le puede colocar en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. Si tiene amenorrea, se le puede colocar un DIU en cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada.

¹ Nueva recomendación para la tercera edición

² Nueva recomendación para la tercera edición

Necesidad de protección anticonceptiva adicional:

Se le debe recomendar a la mujer que se abstenga de tener relaciones sexuales o que use un método anticonceptivo de barrera durante dos días después de iniciar el uso de AOPS o durante siete días después de iniciar el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AOCs, parche, AVC o anticonceptivos inyectables) u otros anticonceptivos con progestágeno solo (anticonceptivos inyectables con AMPD o EN-NET, implantes o DIU-LNG), y que se realice una prueba de detección temprana del embarazo en el momento adecuado, si se justifica (p. ej., si no presenta sangrado por privación en un plazo de tres semanas).

Comentarios

Tal como se afirmó en los CME, el DIU no está indicado durante el embarazo y no debe utilizarse debido al riesgo de infección pélvica grave y aborto séptico espontáneo. El GEG reconoció que la lista de comprobación de seis criterios resultará útil para que el prestador determine si una mujer que se encuentra en el puerperio y amamantando puede estar embarazada (ver la sección 7.1: ¿Cómo una persona prestadora de servicios de salud puede estar razonablemente seguro de que una mujer no está embarazada?). Sin embargo, en el caso de una mujer que se encuentra en el puerperio y que no está amamantando, o de una mujer que tiene amenorrea (sin relación con el puerperio), estos seis criterios no se aplican, y deben utilizarse otros medios para determinar si está embarazada.

Después de tomar PAE-AUP¹

NUEVA recomendación 4.5:

Tras la administración de PAE-AUP, la mujer puede reanudar o comenzar cualquier método que contenga progestágeno (ya sean anticonceptivos hormonales combinados o anticonceptivos con progestágeno solo) el sexto día después de tomar AUP. Se le puede colocar un DIU-LNG de inmediato si puede determinarse que no está embarazada. Se le puede colocar el DIU-Cu de inmediato.

Momento adecuado:

- Tras la administración de PAE-AUP, la mujer puede reanudar o comenzar cualquier método que contenga progestágeno (ya sean anticonceptivos hormonales combinados [AHCs] o anticonceptivos con progestágeno

solo [APS]) el sexto día después de tomar AUP. Se le puede colocar un DIU-LNG de inmediato si puede determinarse que no está embarazada.

- Si la mujer no inicia un método nuevo el sexto día, sino que vuelve a usar un método anterior, puede empezar a tomar AHCs (AOCs, parche, AVC o anticonceptivos inyectables) o APS (AOPS, anticonceptivos inyectables con AMPD o EN-NET, implantes o el DIU-LNG) en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. Si tiene amenorrea, se le puede colocar un DIU-LNG en cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada.
- Tras la administración de PAE-AUP, se le puede colocar el DIU-Cu de inmediato.
 - Si la mujer no inicia un método nuevo de inmediato, sino que vuelve a usar el DIU-Cu, se le puede colocar en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada. Si tiene amenorrea, se le puede colocar el DIU-Cu en cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada.

Necesidad de protección anticonceptiva adicional:

Se le debe recomendar a la mujer que se abstenga de tener relaciones sexuales o que use un método anticonceptivo de barrera desde el momento que tome AUP hasta que esté protegida por el nuevo método anticonceptivo. Si la anticoncepción hormonal regular se inicia seis días después de tomar AUP, deberá seguir absteniéndose de tener relaciones sexuales o usando un método anticonceptivo de barrera según las recomendaciones para el inicio de métodos anticonceptivos (p. ej., dos días adicionales en caso de AOPS o siete días adicionales para todos los demás métodos hormonales). También se le debe recomendar que se realice una prueba del embarazo en el momento adecuado, si se justifica (p. ej., si no presenta metrorragia de privación). No necesita abstenerse de tener relaciones sexuales ni usar protección anticonceptiva adicional si tiene un DIU-Cu colocado.

¹ Nueva recomendación para la tercera edición

Comentarios *(consulte la referencia 31)*

Los métodos anticonceptivos con AUP (un antiprogestágeno) y con progestágeno solo pueden interactuar entre sí, lo que podría disminuir la eficacia de cualquiera de los fármacos. El GEG determinó que iniciar un método regular con progestágeno solo (incluido un método hormonal combinado) el sexto día después de tomar AUP era tiempo suficiente para evitar posibles interacciones farmacológicas mientras el espermatozoides es viable en el aparato genital femenino después del coito sin protección.

El GEG consideró que, si demorar el inicio de métodos con progestágeno solo durante seis días después de tomar AUP resulta inadmisibles para una mujer, puede iniciar cualquier método nuevo de inmediato y necesitará hacerse una prueba de detección temprana del embarazo en el momento adecuado (p. ej., si no presenta sangrado por privación en un plazo de tres semanas).

El GEG determinó que, si se inicia la anticoncepción hormonal regular el sexto día después de tomar AUP, continuar absteniéndose de tener relaciones sexuales o usando un método anticonceptivo de barrera durante el tiempo recomendado para el inicio de un método anticonceptivo habitual (p. ej., dos días adicionales en caso de AOPS o siete días adicionales para todos los demás métodos hormonales) sería suficiente para evitar el embarazo.

Tal como se afirmó en los CME, el DIU no está indicado durante el embarazo y no debe utilizarse debido al riesgo de infección pélvica grave y aborto séptico espontáneo. El GEG reconoció que la lista de comprobación de seis criterios resultará útil para que el prestador determine si una mujer que se encuentra en el puerperio y amamantando puede estar embarazada (ver la sección 7.1: ¿Cómo una persona prestadora de servicios de salud puede estar razonablemente seguro de que una mujer no está embarazada?). Sin embargo, en el caso de una mujer que se encuentra en el puerperio y que no está amamantando, o de una mujer que tiene amenorrea (sin relación con el puerperio), estos seis criterios no se aplican, y deben utilizarse otros medios para determinar si está embarazada.

Referencias correspondientes a la anticoncepción de emergencia (AE)

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
2. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod.* 2012;27(7):1994–2000. doi:10.1093/humrep/des140.
3. Wu S, Godfrey EM, Wojdyla D, Dong J, Cong J, Wang C et al. CopperT380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial. *BJOG.* 2010;117(10):1205–10. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02652.x.
4. Turok DK, Godfrey EM, Wojdyla D, Dermish A, Torres L, Wu SC. Copper T380 intrauterine device for emergency contraception: highly effective at any time in the menstrual cycle. *Hum Reprod.* 2013;28(10):2672–6. doi:10.1093/humrep/det330.
5. Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception.* 2001;64(2):107–12.
6. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception.* 2011;84(4):363–7. doi:10.1016/j.contraception.2011.02.009.
7. Trussell J, Rodríguez G, Ellertson C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception.* 1999;59(3):147–51.
8. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod.* 2012;27(7):1994–2000. doi:10.1093/humrep/des140.
9. Glasier, AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet.* 2010;375(9714):555–62. doi:10.1016/S0140-6736(10)60101-8.
10. Raymond E, Taylor D, Trussell J, Steiner MJ. Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of EC. *Contraception.* 2004;69(1):79–81.
11. Fine P, Mathe H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48–120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol.* 2010;115(2 Pt 1):257–63. doi:10.1097/AOG.0b013e3181c8e2aa.
12. Dada OA, Godfrey EM, Piaggio G, von Hertzen H. A randomized, double blind, noninferiority study to compare two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigeria. *Contraception.* 2010;82(4):373–8. doi:10.1016/j.contraception.2010.06.004.
13. Ngai SW, Fan S, Li S, Cheng L, Ding J, Jing X et al. A randomized trial to compare 24h versus 12h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. *Hum Reprod.* 2005;20(1):307–11.

14. Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol.* 2003;101(6):1168–71.
15. Piaggio G, von Hertzen H. Effect of delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception. Presentado en el XVII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia de la FIGO, del 2 al 7 de noviembre de 2003, Santiago, Chile.
16. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(4):531–7. doi:10.1067/mob.2001.111102.
17. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G et al.; WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet.* 2002;360(9348):1803–10. doi:10.1016/S0140-6736(02)11767-3.
18. Belzer M, Yoshida E, Tejirian T, Tucker D, Chung K, Sanchez K. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *J Adolesc Health.* 2003;32:122–3.
19. Ellertson C, Ambardekar S, Hedley A, Coyaji K, Trussell J, Blanchard K. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstet Gynecol.* 2001;98(4):570–5.
20. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *New Engl J Med.* 1998;339(1):1–4. doi:10.1056/NEJM199807023390101.
21. Jackson RA, Bimla Schwartz E, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2003;102(1):8–16.
22. Lovvorn A, Nerquaye-Tetteh J, Glover EK, Amankwah-Poku A, Hays M, Raymond E. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception.* 2000;61(4):287–93.
23. Raine T, Harper C, Leon K, Darney P. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstet Gynecol.* 2000;96(1):1–7.
24. Royce CF. Routine provisions of emergency contraception to teens and subsequent condom use: a preliminary study [carta]. *J Adolesc Health.* 2001;28(3):165–6.
25. Rodriguez MI, Godfrey EM, Warden M, Curtis KM. Prevention and management of nausea and vomiting with emergency contraception: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):583–9. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.031.
26. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception.* 2002;66(4):269–73.
27. Ellertson C, Webb A, Blanchard K, Bigrigg A, Haskell S, Shochet T, Trussell J. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2003;101(6):1160–7.
28. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod.* 1993;8(3):389–92.
29. Ragan RE, Rock RW, Buck HW. Metoclopramide pretreatment attenuates emergency contraceptive-associated nausea. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(2):330–3.
30. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvorn AE, Rountree RW, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2000;95(2):271–7.
31. Salcedo J, Rodriguez MI, Curtis KM, Kapp N. When can a woman resume or initiate contraception after taking emergency contraceptive pills? A systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):602–4. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.013.
32. Rodriguez MI, Gaffield ME. How can a woman take emergency contraceptive pills? (unpublished, available upon request).

7.6 Standard Days Method® (método de días fijos)

El Standard Days Method® (SDM, método de días fijos) es un tipo de método basado en el conocimiento de la fertilidad (MBCF). Los MBCF, que también incluyen el método de la ovulación, el de los dos días (TwoDay Method) y el sintotérmico, pueden usarse junto con la abstinencia o con métodos de barrera durante el período fértil. Específicamente, con el SDM, una mujer que tenga un ciclo regular de entre 26 y 32 días de duración debe evitar tener relaciones sexuales sin protección en los días 8 a 19 del ciclo. Para conocer más detalles sobre todos los MBCF, consulte *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores (1)*.

La mayoría de las mujeres pueden usar el SDM de manera segura. A las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles se les debe informar que el SDM para evitar el embarazo podría no ser adecuado para ellas debido a su porcentaje relativamente alto de fallas en el uso típico. Para ayudar a determinar si las mujeres con determinadas condiciones médicas o características pueden usar el SDM de manera segura, consulte los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición (2)*.

El SDM no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH, se recomienda el uso

correcto y consistente de preservativos. Está comprobado que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH, cuando se usa de manera correcta y consistente. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero su uso no se encuentra tan extendido en los programas nacionales en comparación con los preservativos masculinos.

Inicio del uso del SDM

Provisión inicial del SDM para mujeres cuyos ciclos menstruales se encuentran dentro del intervalo de 26 a 32 días

- Debe proporcionarse otro método anticonceptivo para asegurar la protección los días 8 a 19 del ciclo si la mujer así lo desea. El suministro se debe proporcionar con anticipación.

Usuaris del SDM que tuvieron relaciones sexuales sin protección entre los días 8 y 19

- Si corresponde, se debe considerar el uso de anticoncepción de emergencia.

Uso del SDM en mujeres que tienen dos o más ciclos fuera del intervalo de 26 a 32 días durante un año de uso

- Se le debe informar a la mujer que el método tal vez no sea adecuado para ella debido a un mayor riesgo de embarazo y ayudarla a elegir otro método.

Comentarios *(consulte las referencias 3 a 5)*

El Grupo de elaboración de la guía (GEG) llegó a la conclusión de que la probabilidad de embarazo aumenta cuando el ciclo menstrual se encuentra fuera del intervalo de 26 a 32 días, incluso si se evita el coito sin protección entre los días 8 y 19.

Referencias correspondientes al Standard Days Method® (SDM, método de días fijos)

1. Family planning: a global handbook for providers: 2011 update. Organización Mundial de la Salud, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, United States Agency for International Development; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).

2. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
3. Arévalo M, Sinau I, Jennings V. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception*. 2000;60(6):357–60.
4. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *BMJ*. 2000;321:1259–62. doi:10.1136/bmj.321.7271.1259.
5. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*. 2001;63(4):211–5.

7.7 Esterilización masculina

La esterilización masculina, o vasectomía, es un procedimiento de bajo riesgo que consiste en el cierre de los conductos deferentes y que puede realizarse en modalidad ambulatoria. Ambos tipos de procedimiento, con incisión convencional y sin bisturí, son rápidos, seguros y eficaces. La esterilización debe considerarse un método permanente y se debe proporcionar el asesoramiento correspondiente a todas las personas y parejas que contemplen esta opción a fin de garantizar que cada persona usuaria tome una decisión informada y voluntaria. Se debe prestar especial atención en el caso de personas jóvenes, hombres que todavía no son padres y personas usuarias con problemas de salud mental, incluidos trastornos depresivos. Además de recibir asesoramiento sobre la naturaleza permanente del método, se debe aconsejar cuidadosamente a todas las personas usuarias sobre la disponibilidad de métodos alternativos de acción prolongada y alta eficacia para mujeres. En el proceso de toma de decisiones deben considerarse las leyes nacionales y las normas vigentes para la realización de los procedimientos de esterilización.

No existe ninguna condición médica que constituya una contraindicación absoluta para la esterilización masculina, aunque algunas condiciones médicas y circunstancias requieren que se tomen determinadas precauciones. Para ayudar a determinar si los hombres con determinadas condiciones médicas o características pueden

someterse a una vasectomía de manera segura, consulte los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición (1)*. Para conocer más detalles sobre la vasectomía, consulte *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores (2)*.

La esterilización no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de preservativos. Está comprobado que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH, cuando se usa de manera correcta y consistente. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero su uso no se encuentra tan extendido en los programas nacionales en comparación con los preservativos masculinos.

7.7.1 Vasectomía

Confianza en la vasectomía como método anticonceptivo

- Se le debe recomendar al hombre que espere tres meses antes de confiar en la vasectomía como método anticonceptivo.
- Durante este período, debe reanudar la actividad sexual, pero él o su pareja deberán utilizar protección anticonceptiva
- El análisis de semen, si está disponible, puede confirmar la eficacia anticonceptiva tras el período de espera de tres meses.

Comentarios (consulte las referencias 3 a 92)

El Grupo de elaboración de la guía (GEG) consideró que la vasectomía es sumamente eficaz si el procedimiento se realiza correctamente y si el hombre espera tres meses a partir de la intervención para tener relaciones sexuales sin protección. El GEG revisó evidencia de que el período de espera de tres meses tras la vasectomía es tiempo suficiente para que la mayoría de los hombres tengan garantías de la eficacia del procedimiento, pero observó que el análisis de semen, si está disponible, es el método más fiable para documentar la eficacia de la vasectomía.

El GEG también revisó evidencia de que haber tenido 20 eyaculaciones tras la vasectomía

(si no se espera tres meses) no es un factor determinante fiable de la eficacia de la vasectomía. No obstante, se recomienda que el hombre reanude la actividad sexual (mientras usa protección anticonceptiva) durante el período de espera de tres meses tras la vasectomía a fin de eliminar todo el esperma restante del semen.

Exámenes y análisis antes de practicar una vasectomía

En hombres sanos, solamente un examen genital es esencial y obligatorio antes de practicar la vasectomía. Sin embargo, es aconsejable medir la presión arterial en el caso de procedimientos realizados con anestesia local.

Examen o análisis	Vasectomía*
Examen genital	A
Análisis de laboratorio de rutina	C
Análisis de hemoglobina	C
Evaluación de los riesgos de ITS: historia clínica y exploración física	C
Detección de ITS/VIH: análisis de laboratorio	C
Medición de la presión arterial	C†

* Clase A: el examen o análisis es esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso seguro y eficaz del método anticonceptivo. Clase B: el examen o análisis contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz, pero la implementación puede considerarse en el contexto del servicio o de la salud pública. Es necesario sopesar el riesgo de no realizar el examen o análisis y las posibles ventajas de proporcionar el método anticonceptivo. Clase C: el examen o análisis no contribuye de manera considerable al uso seguro y eficaz del método anticonceptivo.

† En el caso de procedimientos realizados con anestesia local.

Referencias correspondientes a la esterilización masculina

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
2. Family planning: a global handbook for providers: 2011 update. Organización Mundial de la Salud, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, United States Agency for International Development; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf, fecha de acceso: 8 de julio de 2016).
3. Albert PS, Mininberg DT, Davis JE. The nitrofurans as sperm immobilising agents: their tissue toxicity and their clinical application. *Br J Urol.* 1975;47:459–62.
4. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as adjunct in vasectomy. *Urology.* 1977;10:450–1.
5. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as an adjunct in vasectomy. *Fertil Steril.* 1978;29:442–3.
6. Albert PS, Salerno RG, Kapoor SN, Davis JE. The nitrofurans as sperm immobilizing agents. *J Urol.* 1975;113:69–70.

7. Albert PS, Salerno RG, Kapoor SN, Davis JE. The nitrofurans as sperm-immobilizing agents, their tissue toxicity, and their clinical application in vasectomy. *Fertil Steril*. 1975;26:485–91.
8. Alderman PM. The lurking sperm. A review of failures in 8879 vasectomies performed by one physician. *JAMA*. 1988;259:3142–4.
9. Alderman PM. General and anomalous sperm disappearance characteristics found in a large vasectomy series. *Fertil Steril*. 1989;51:859–62.
10. Anónimo. One thousand vasectomies. *BMJ*. 1973;4(5886):216–21.
11. Arellano Lara S, Gonzalez Barrera JL, Hernandez Ono A, Moreno Alcazar O, Espinosa Perez J. No-scalpel vasectomy: review of the first 1000 cases in a family medicine unit. *Arch Med Res*. 1997;28:517–22.
12. Badrakumar C, Gogoi NK, Sundaram SK. Semen analysis after vasectomy: when and how many? *Br J Urol Int*. 2000;86(4):479–81.
13. Barone MA, Nazerali H, Cortes M, Chen-Mok M, Pollack AE, Sokal D. A prospective study of time and number of ejaculations to azoospermia after vasectomy by ligation and excision. *J Urol*. 2003;170:892–6. doi:10.1097/01.ju.0000075505.08215.28.
14. Barros D'Sa IJ, Guy PJ. No-scalpel vasectomy: a cautionary tale of failure. *Br J Urol Int*. 2003;92:331–2.
15. Bedford JM, Zelikovsky G. Viability of spermatozoa in the human ejaculate after vasectomy. *Fertil Steril*. 1979;32:460–3.
16. Belker AM, Sexter MS, Sweitzer SJ, Raff MJ. The high rate of noncompliance for post-vasectomy semen examination: medical and legal considerations. *J Urol*. 1990;144 (2 Pt 1):284–6.
17. Berthelsen JG. [Irrigation of the vas deferens during vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*. 1975;137:1527–9 (en danés).
18. Berthelsen JG. Perioperative irrigation of the vas deferens during vasectomy. *Scand J Urol Nephrol*. 1976;10:100–2.
19. Berthelsen JG, Gandrup P. [Investigation of fertility after vasectomy by means of eosin differential staining (vital staining) of the spermatozoa]. *Ugeskrift for Laeger*. 1979;141:2116–8 (en danés).
20. Bradshaw HD, Rosario DJ, James MJ, Boucher NR. Review of current practice to establish success after vasectomy. *Br J Surg*. 2001;88(2):290–3.
21. Chan J, Anderson R, Glasier A. Post-vasectomy semen analysis: unnecessary delay or belt and braces? *Br J Fam Plann*. 1997;23(3):77–9.
22. Cortes M, Flick A, Barone MA, Amatya R, Pollack AE, Otero-Flores J et al. Results of a pilot study of the time to azoospermia after vasectomy in Mexico City. *Contraception*. 1997;56:215–22.
23. Craft I. Irrigation at vasectomy and the onset of "sterility". *Br J Urol*. 1973;45:441–2.
24. Craft I, McQueen J. Effect of irrigation of the vas on post-vasectomy semen-counts. *Lancet*. 1972;1(7749):515–6.
25. Davies AH, Sharp RJ, Cranston D, Mitchell RG. The long-term outcome following "special clearance" after vasectomy. *Br J Urol*. 1990;66:211–2.
26. De Knijff DW, Vrijhof HJ, Arends J, Janknegt RA. Persistence or reappearance of nonmotile sperm after vasectomy: does it have clinical consequences? *Fertil Steril*. 1997;67:332–5.
27. Edwards IS. Vasectomy: elimination of motile sperm [carta]. *Med J Aust* 1976;1(25):978.
28. Edwards IS. Vasectomy: a simple postoperative regimen. *Med J Aust*. 1977;1:814–7.
29. Edwards IS. Vasectomy: irrigation with euflavine. *Med J Aust*. 1977;1:847–9.
30. Edwards IS. Postvasectomy testing: reducing the delay [carta]. *Med J Aust*. 1981;1:649.
31. Edwards IS. Earlier testing after vasectomy, based on the absence of motile sperm. *Fertil Steril*. 1993;59:431–6.
32. Edwards IS, Farlow JL. Non-motile sperms persisting after vasectomy: do they matter? *BMJ*. 1979;1(6156):87–8.
33. Esho JO, Cass AS. Recanalization rate following methods of vasectomy using interposition of fascial sheath of vas deferens. *J Urol*. 1978;120:178–9.
34. Esho JO, Cass AS, Ireland GW. Morbidity associated with vasectomy. *J Urol*. 1973;110:413–5.
35. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Recanalization following vasectomy. *Urology*. 1974;3:211–4.
36. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Vasectomy: comparison of ligation and fulguration methods. *Urology*. 1974;3:337–8.
37. Freund M, Davis JE. Disappearance rate of spermatozoa from the ejaculate following vasectomy. *Fertil Steril*. 1969;20:163–70.
38. Gandrup P, Berthelsen JG, Nielsen OS. Irrigation during vasectomy: a comparison between sterile water and the spermicide euflavine. *J Urol*. 1982;127:60–1.
39. Goldstein M. Vasectomy failure using an open-ended technique. *Fertil Steril*. 1983;40:699–700.
40. Gupta AS, Kothari LK, Devpura TP. Vas occlusion by tantalum clips and its comparison with conventional vasectomy in man: reliability, reversibility, and complications. *Fertil Steril*. 1977;28:1086–9.
41. Haldar N, Cranston D, Turner E, MacKenzie I, Guillebaud J. How reliable is a vasectomy? Long-term follow-up of vasectomised men. *Lancet*. 2000;356(9223):43–4.
42. Hamilton DW. Immediate sterility after vasectomy. *Med J Aust*. 1977;1:402–3.
43. Jackson P, Phillips B, Prosser E et al. A male sterilization clinic. *BMJ*. 1970;4:295–7.
44. Jensen UH, Siemsen SJ. [Vasectomy with immediate sterility]. *Ugeskrift for Laeger*. 1978;140:916–7 (en danés).
45. Jones JS. Percutaneous vasectomy: a simple modification eliminates the steep learning curve of no-scalpel vasectomy. *J Urol*. 2003;169(4):1434–6. doi:10.1097/01.ju.0000047366.58553.1c.
46. Jouannet P, David G. Evolution of the properties of semen immediately following vasectomy. *Fertil Steril*. 1978;29:435–41.

47. Klapproth HJ, Young IS. Vasectomy, vas ligation and vas occlusion. *Urology*. 1973;1:292–300.
48. Koneitzko D, Reinecke F. [Prolonged demonstration of spermatozoa after vasectomy]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 1973;98:1221–3 (en alemán).
49. Kumar V, Kaza RM. A combination of check tug and fascial interposition with no-scalpel vasectomy. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2001;27(2):100.
50. Labrecque M, Nazerali H, Mondor M, Fortin V, Nasution M. Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques. *J Urol*. 2002;168(6):2495–8. doi:10.1097/01.ju.0000032801.68305.3f.
51. Lauritsen NP, Klove-Mogensen M, Glavind K. Vasectomy with rivanol injection and fertility control by vital staining with eosin. *Int Urol Nephrol*. 1987;19:419–22.
52. Lee C, Paterson IS. Review of current practice to establish success after vasectomy. *Br J Surg*. 2001;88:1267–8.
53. Lehtonen T. Effect of irrigation of vas deferens on sperm analyses after vasectomy. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*. 1975;64:224–6.
54. Lehtonen T. Vasectomy for voluntary male sterilisation. *Scand J Urol Nephrol*. 1975;9:174–6.
55. Lemack GE, Goldstein M. Presence of sperm in the pre-vasectomy reversal semen analysis: incidence and implications. *J Urol*. 1996;155(1):167–9.
56. Leungwattanakis S, Lertsuwanaroj A, Ratana-Olarn K. Irrigation of the distal vas deferens during vasectomy: does it accelerate the post-vasectomy sperm-free rate? *Int J Androl*. 2001;24(4):241–5.
57. Lewis EL, Brazil CK, Overstreet JW. Human sperm function in the ejaculate following vasectomy. *Fertil Steril*. 1984;42:895–8.
58. Linnet L. [Control of vasectomy. A prospective study of the semen of 45 vasectomized patients and experience from control study of 197 patients in whom vasectomy was undertaken employing fascial interposition]. *Ugeskrift for Laeger*. 1977;139:1708–14 (en danés).
59. Linnet L, Linnet-Jepsen P. [Acceptability of offers of vasectomy control]. *Ugeskrift for Laeger*. 1980;142:637–40 (en danés).
60. Maatman TJ, Aldrin L, Carothers GG. Patient noncompliance after vasectomy. *Fertil Steril*. 1997;68:552–5.
61. McEwan J, Newton J, Yates-Bell A. Hospital family planning: a vasectomy service. *Contraception*. 1974;9:177–92.
62. Madrigal V, Edelman DA, Goldsmith A. Male sterilization in El Salvador: a preliminary report. *J Reprod Med*. 1975;14:167–70.
63. Marshall S, Lyon RP. Transient reappearance of sperm after vasectomy. *JAMA*. 1972;219:1753–4.
64. Marshall S, Lyon RP. Variability of sperm disappearance from the ejaculate after vasectomy. *J Urol*. 1972;107:815–7.
65. Marwood RP, Beral V. Disappearance of spermatozoa from ejaculate after vasectomy. *BMJ*. 1979;1(6156):87.
66. Mason RG, Dodds L, Swami SK. Sterile water irrigation of the distal vas deferens at vasectomy: does it accelerate clearance of sperm? A prospective randomized trial. *Urology*. 2002;59(3):424–7.
67. Nazerali H, Thapa S, Hays M, Pathak LR, Pandey KR, Sokal DC. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. *Contraception*. 2003;67(5):397–401.
68. O'Brien TS, Cranston D, Ashwin P, Turner E, MacKenzie IZ, Guillebaud J. Temporary reappearance of sperm 12 months after vasectomy clearance. *Br J Urol*. 1995;76:371–2.
69. Orr D, Moore B. Vasectomy as a contraceptive method. *Irish Med J*. 1989;82:19–20.
70. Pearce I, Adeyoku A, Bhatt RI, Mokete M, Brown SCW. The effect of perioperative distal vasal lavage on subsequent semen analysis after vasectomy: a prospective randomized controlled trial. *Br J Urol Int*. 2002;90:282–5.
71. Penna RM, Potash J, Penna SM. Elective vasectomy: a study of 843 patients. *J Fam Pract*. 1979;8:857–8.
72. Philp T, Guillebaud J, Budd D. Late failure of vasectomy after two documented analyses showing azoospermic semen. *BMJ (Clinical Research Edition)*. 1984;289(6437):77–9.
73. Poddar AK, Roy S. Disappearance of spermatozoa from semen after vasectomy. *J Pop Res*. 1976;3:61–70.
74. Rees RW. Vasectomy: problems of follow up. *Proc R Soc Med*. 1973;66:2–4.
75. Rhodes DB, Mumford SD, Free MJ. Vasectomy: efficacy of placing the cut vas in different fascial planes. *Fertil Steril*. 1980;33:433–8.
76. Richardson DW, Aitken RJ, Loudon NB. The functional competence of human spermatozoa recovered after vasectomy. *J Reprod Fertil*. 1984;70:575–9.
77. Robson AJ, Hunt PK. Flushing of the vas deferens during vasectomy. *Can Med Assoc J*. 1978;118:770–1.
78. Santiso R, Pineda MA, Marroquín M, Bertrand JT. Vasectomy in Guatemala: a follow-up study of five hundred acceptors. *Soc Biol*. 1981;28:253–64.
79. Schmidt SS. Vasectomy by section, luminal fulguration and fascial interposition: results from 6248 cases. *Br J Urol*. 1995;76:373–4.
80. Schraibman IG. One thousand vasectomies. *BMJ*. 1973;4:418.
81. Sekhon GS. Percutaneous vasectomy: a comparative study using a new instrument and technique. *Indian J Med Res*. 1970;58:1433–42.
82. Sivanesaratnam V. Onset of azoospermia after vasectomy. *NZ Med J*. 1985;98(778):331–3.
83. Smith AG, Crooks J, Singh NP, Scoot R, Lloyd SN. Is the timing of post-vasectomy seminal analysis important? *Br J Urol*. 1998;81:458–60.
84. Sokal DC, Irsula B, Hays M, Chen-Mok M, Barone MA; the Investigator Study Group. Vasectomy by ligation and excision, with versus without fascial interposition: a randomized controlled trial. *BMC Med*. 2004;2:6. doi:10.1186/1741-7015-2-6.
85. Sorensen TT, Knudsen PR, Hangaard J. [Outpatient vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*. 1980;143:26–7 (en danés).
86. Stamm H, Acheampong A. [Vasectomy within the scope of contraception]. *Gynakologische Rundschau*. 1984;24:85–97 (en danés).

87. Tailly G, Vereecken RL, Verduyn H. A review of 357 bilateral vasectomies for male sterilization. *Fertil Steril*. 1984;41:424–7.
88. Temmerman M, Cammu H, Devroey P, Ad Amy JJ. Evaluation of one-hundred open-ended vasectomies. *Contraception*. 1986;33:529–32.
89. Thompson B, MacGregor JE, MacGillivray I, Garvie WH. Experience with sperm counts following vasectomy. *Br J Urol*. 1991;68:230–3.
90. Urquhart-Hay D. Immediate sterility after vasectomy. *BMJ*. 1973;3(5876):378–9.
91. Varela Rico J et al. Vasectomy with immediate sterilization using intraductal phenylmercuric acetate. *Curr Ther Res Clin Exp*. 1979;26:881–4.
92. Yu HY, Halim A, Evans PR. Chlorhexidine for irrigation of vas: a clinical trial and the study of viability of non-motile sperms in post-vasectomy patients with trypan blue uptake. *Br J Urol*. 1976;48:371–5.



Contacto:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27
Suiza
Fax: +41.22.791.4171
Email: reproductivehealth@who.int
Twitter: @HRPresearch

www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978-92-4-356540-8

