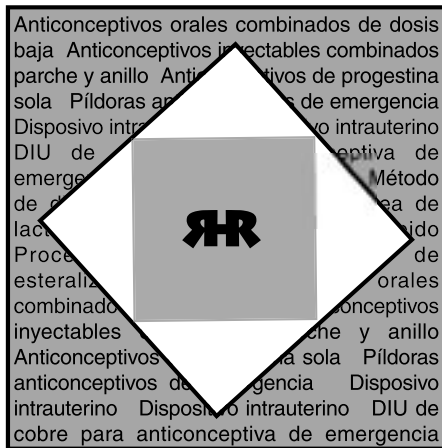


# CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS



Tercera edición



Organización Mundial de la Salud, Ginebra  
**RR** Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. -- 3ª ed..

1.Anticoncepción - métodos 2.Servicios de planificación familiar 3.Determinación de la elegibilidad - normas 4.Garantía de la calidad de atención de salud 5.Accesibilidad a los servicios de salud 6.Pautas I.Título.

ISBN 92 4 356266 5

(Clasificación NLM: WP 630)

© Organización Mundial de la Salud, 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Comercialización y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Comercialización y Difusión, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, 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 Organización Mundial de la Salud 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 Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in

---

# Índice

---

## Agradecimientos

## Resumen ejecutivo y consideraciones generales

## Tablas

Anticonceptivos orales combinados de dosis baja (AOC)

Anticonceptivos inyectables, parche y anillo combinados (AIC/PAC/AVC)

Anticonceptivos de progestina sola (APS)

Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

Dispositivo intrauterino (DIU)

DIU de cobre para anticoncepción de emergencia (DIU-E)

Métodos de barrera (BARR)

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF)

Método de amenorrea de lactancia (MELA)

Coito interrumpido (CI)

Procedimientos quirúrgicos de esterilización (EST)

Tablas resumen (RES)

## Apéndices

Apéndice 1. AOC y tratamientos antirretrovirales

Apéndice 2. Lista de participantes



---

## Agradecimientos

---

Este documento es el resultado de la colaboración entre el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud y numerosas agencias y organizaciones internacionales activas en el campo de políticas y programas de planificación familiar. El Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica (a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional, los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades y el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano), la Federación Internacional de Planificación de la Familia y el Fondo de las Naciones Unidas para la Población patrocinaron y brindaron apoyo de otra índole para este proyecto. Se agradece este apoyo.

Representantes de 10 agencias y organizaciones, junto con otras 19 personas, participaron como expertas/os en una reunión en la que se alcanzó un amplio consenso sobre estas recomendaciones para el uso de anticonceptivos. Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a todos ellos/as por contribuir con su tiempo y experiencia para lograr consenso en este proceso edificador.

La evidencia sobre la cual se basaron las decisiones en este documento se obtuvo en gran parte de las revisiones sistemáticas de la literatura realizadas y sintetizadas por las Dras KM Curtis, ME Gaffield, K Nanda y JS Smith y la Sra AP Mohllajee, quienes también proporcionaron un importante apoyo a la Secretaría. El Dr H Peterson fue el coordinador general del proyecto para la Secretaría de la OMS, que incluyó a las Sras K Church, K Curran, S Johnson y G Lamptey. La Sra C Hamill, que también fue parte de la Secretaría, contribuyó considerablemente a la reunión, y fue responsable del diseño y formato de la publicación. El diseño de la portada estuvo a cargo de la Sra M Ní Mhearáin. Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a estos individuos, al igual que a los Dres L Edouard, C Huezco y J Shelton por su firme apoyo a este esfuerzo.

Agradecemos a las siguientes personas que se desempeñaron como revisores expertas/os para el sistema de Identificación Continua de la Evidencia de la Investigación, Doctoras/es T Chipato, P Corfman, MC Cravioto, V Cullins, J Diaz, S Díaz, A Glasier, J Guillebaud, M Gulmezoglu, K Hagenfeldt, P Hannaford, R Hatcher, C Huezco, V Jennings, P Lynam, P Marchbanks, O Meirik, S Mittal, K Nanda, E Otolorin, A Pollack, H Rees, R. Rivera, D Skegg, C Smith, B Sood y E Weisberg. La revisión técnica de la traducción al español estuvo a cargo de las y los Doctoras/es MC Cravioto, S Díaz, E Ezcurra y C Huezco a quienes manifestamos nuestro agradecido reconocimiento.

Se agradece al Fondo de las Naciones Unidas para la Población que proporcionó parte del financiamiento para la impresión y difusión de esta publicación.

Para obtener más información sobre esta publicación, comuníquese con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza. Fax directo: + 41 22 791 4189; dirección de correo electrónico: [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)

Se pueden obtener copias adicionales en el: Centro de Documentación, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza. Fax directo: + 41 22 791 4189; teléfono: + 41 22 791 4447; dirección de correo electrónico: [hrpublications@who.int](mailto:hrpublications@who.int). El documento también está disponible en el sitio Web de Salud Reproductiva de la OMS en [www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health). Cualquier actualización de la información contenida en este documento se publicará primero en este sitio.



Índice	Resumen ejecutivo y consideraciones generales
<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>1</b>
<b>Consideraciones generales</b> .....	<b>1</b>
<b>Objetivo</b> .....	<b>3</b>
<b>Antecedentes</b> .....	<b>3</b>
<b>Cuidado de la salud sexual y reproductiva</b> .....	<b>3</b>
<b>Temas sobre calidad y acceso a los servicios que afectan el uso de un método</b> .....	<b>4</b>
<b>Eficacia de los metodos</b> .....	<b>5</b>
<b>Condiciones médicas que exponen a una mujer a riesgos mayores ocasionados por un embarazo no planificado</b> .....	<b>8</b>
<b>Retorno a la fertilidad</b> .....	<b>8</b>
<b>Las ITS y los anticonceptivos : Doble protección</b> .....	<b>9</b>
<b>Método de trabajo</b> .....	<b>9</b>
<b>Cómo usar este documento</b> .....	<b>11</b>
Uso de las tablas .....	11
Clasificación de las categorías .....	12
Uso de las categorías en la práctica .....	12
<b>Implicaciones programáticas</b> .....	<b>13</b>
<b>Personas con necesidades especiales</b> .....	<b>13</b>
Adolescentes .....	14
<b>Resumen de los cambios a la segunda edición</b> .....	<b>14</b>





---

## Resumen ejecutivo

---

Este documento representa un paso importante en el proceso para mejorar el acceso a una atención de calidad en la planificación familiar, al revisar los criterios médicos de elegibilidad para seleccionar los métodos anticonceptivos. Es una actualización de la segunda edición, publicada en 2000, de *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use* (Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos, ahora llamado Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivo). Resume las principales recomendaciones emitidas en la reunión de un Grupo de Trabajo celebrada en la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, del 21 al 24 de octubre de 2003. (Consulte el Apéndice 2 para ver la lista de participantes). El Grupo de Trabajo reunió a 36 participantes de 18 países, incluidos representantes de numerosas agencias y organizaciones.

El documento proporciona recomendaciones sobre criterios médicos de elegibilidad apropiados basados en la información clínica y epidemiológica más reciente, y está destinado a responsables de la formulación de políticas, directores de programas de planificación familiar y la comunidad científica. Se propone ofrecer una guía para los programas nacionales de planificación familiar/salud reproductiva en la preparación de recomendaciones que rijan la prestación de servicios en materia de anticonceptivos. El contenido de este documento no debe considerarse como recomendaciones estrictas, sino como una referencia.

El documento cubre los siguientes métodos de planificación familiar: anticonceptivos orales combinados de dosis bajas (AOC), anticonceptivos inyectables combinados (AIC), parche combinado (PAC / PCC), anillo vaginal combinado (AVC), anticonceptivos orales de progestina sola (AOPs), acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), enantato de noretisterona (EN-NET), implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG), píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), dispositivos intrauterinos de cobre (DIU-Cu), DIUs liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG), DIU de cobre para la anticoncepción de emergencia (DIU-E), métodos de barrera (BARR), métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF), coito interrumpido (CI), método de amenorrea de lactancia (MELA), y esterilización de masculina y femenina (EST).

La OMS actualizará y ampliará las recomendaciones en este documento a intervalos apropiados a través de las reuniones del Grupo de Trabajo realizadas cada tres a cuatro años y a través de contribuciones de su Grupo Directivo de las Guías para la planificación familiar, según sea necesario. Estas recomendaciones estarán disponibles en el sitio Web de la OMS ([www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health)). Además, el sitio Web brindará información adicional que la OMS considere relevante en cuanto a estas recomendaciones, en espera de la próxima reunión formal de consenso del Grupo de Trabajo. Quizás esas actualizaciones sean especialmente necesarias para asuntos en los que la base de la evidencia puede cambiar con rapidez. La OMS incentiva la investigación de asuntos clave no resueltos con la finalidad de establecer criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Asimismo, la OMS agradece comentarios y sugerencias para mejorar esta guía.

---

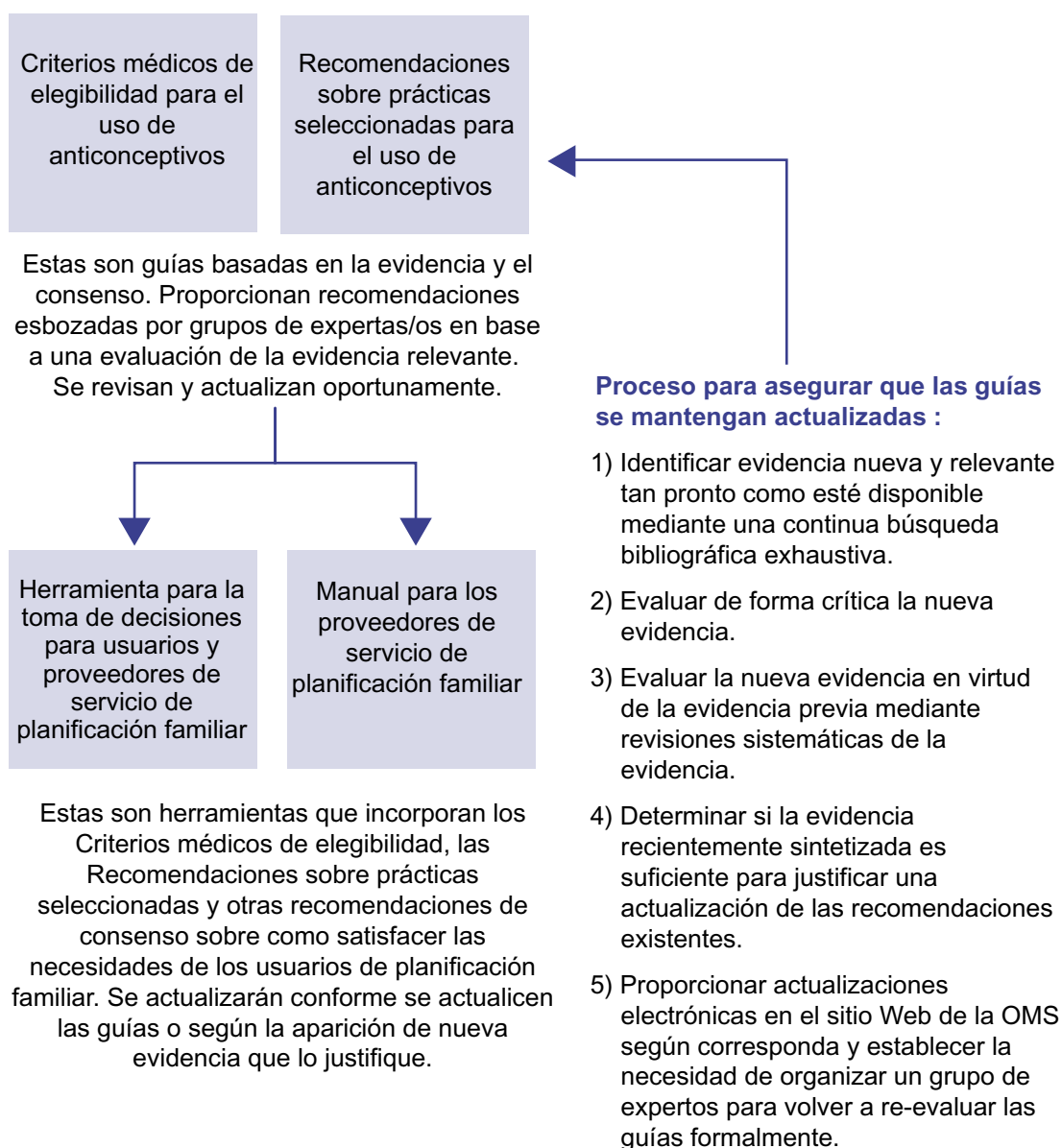
## Consideraciones generales

---

En 1999, la OMS revisó su guía de planificación familiar y estableció la justificación de la elaboración de nuevas guías basadas en la evidencia. Conforme a ello, la OMS inició una nueva serie de guías para la planificación familiar basada en la evidencia al comenzar con la segunda edición de los Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos, publicada en 2000. Las primeras dos guías de esta serie basada en la evidencia (Figura 1) son este documento, los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, que brinda una guía en cuanto a “quién” puede usar métodos anticonceptivos en forma segura y las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, que proporciona una guía con respecto a “cómo” usar los métodos anticonceptivos en forma segura y efectiva. Estos dos documentos proporcionan una guía basada en la evidencia para elegir (Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos) y utilizar (Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos) los métodos anticonceptivos. La tercera y el cuarta guía, una herramienta para la toma de decisiones destinada a

usuarias/os y las y los proveedoras/es y un manual para proveedoras/es de servicios de planificación familiar, están en preparación como herramientas prácticas para mejorar la calidad del asesoramiento en materia de planificación familiar y la prestación de servicios. Estas dos herramientas incorporan los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos y las Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Las cuatro guías se interpretan y se usan más adecuadamente en un contexto más amplio del cuidado de la salud sexual y reproductiva.

**Figura 1. Las guías esenciales de planificación familiar**



---

## Objetivo

---

El objetivo de este documento es brindar a los responsables de la formulación de políticas, y de la toma de decisiones y a la comunidad científica un conjunto de recomendaciones que pueda utilizarse para la elaboración o revisión de las guías nacionales sobre los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.

El documento no proporciona normas estrictas sino que brinda recomendaciones que sirven de base para la racionalización del suministro de diversos anticonceptivos, teniendo en cuenta la información más actualizada disponible sobre la seguridad de los métodos para las personas con ciertas condiciones médicas.

Dado que las situaciones de los países y los lugares donde se implementan los programas varían enormemente, resulta poco apropiado definir un conjunto de normas estrictas sobre los criterios para el uso de anticonceptivos. No obstante, se espera que los programas nacionales los utilicen para actualizar o elaborar sus propios guías de elegibilidad anticonceptiva en virtud de las políticas de salud nacionales, las necesidades, las prioridades y los recursos. La finalidad de este documento es ayudar a mejorar tanto el acceso a los servicios de planificación familiar como la calidad de éstos. Estas mejoras deben realizarse dentro de un contexto de elecciones informadas por parte de las y los usuarias/os y seguridad médica. La adaptación no siempre es una tarea fácil y quienes mejor la realizan son aquéllos familiarizados con los problemas de salud preponderantes, las conductas y las culturas.

---

## Antecedentes

---

Durante los últimos 30 años hemos sido testigos de un notable progreso en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas, incluidas las transiciones de los anticonceptivos orales combinados de altas dosis a los de bajas dosis y de los DIUs inertes a los de cobre y a los liberadores de levonorgestrel. Además, se han introducido los anticonceptivos inyectables combinados, el parche y el anillo vaginal hormonales combinados, los implantes y los anticonceptivos inyectables de progestina sola. Sin embargo, las políticas y las prácticas en materia de cuidado de la salud vigentes en algunos países están basadas en estudios científicos de anticonceptivos que ya no se utilizan ampliamente, en preocupaciones teóricas inveteradas que nunca han sido fundamentadas, o en la preferencia personal o tendencia de las y los proveedoras/es de servicio. Estas políticas o prácticas anticuadas muchas veces originan limitaciones tanto en la calidad como en el acceso a los servicios de planificación familiar de las y los usuarias/os. Este documento pretende actualizar el criterio médico de elegibilidad utilizado en la provisión de todos los anticonceptivos hormonales, DIUs, métodos de barrera, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, coito interrumpido, método de amenorrea de lactancia, esterilización masculina y femenina, y anticonceptivos de emergencia.

---

## Cuidado de la salud sexual y reproductiva

---

“Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso relacionados. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos 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 para alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva”. (párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995)

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, no sólo es una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres y las niñas/os, sino que es además un derecho humano. Todos los individuos tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar. El enfoque basado en los derechos de disponer de anticonceptivos supone una consideración holística de las y los usuarias/os, lo que incluye tomar en consideración las necesidades de cuidado de su salud sexual y reproductiva, y analizar todos los criterios de elegibilidad para ayudar a las personas a elegir y usar un método de planificación familiar.

Si bien este documento trata principalmente los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, se deben tener en cuenta las consideraciones de los criterios sociales, de conducta y otros criterios no médicos, específicamente la preferencia de la o el usuario/a. Proporcionar las opciones anticonceptivas a las personas en una forma que respete y cumpla con los derechos humanos exige permitirles realizar elecciones informadas para sí mismos. Sin embargo, las elecciones de las mujeres generalmente están 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; las elecciones son complejas, multifactoriales y están sujetas a cambios. La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos generalmente requiere un intercambio entre los diferentes métodos, con las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos específicos, que están sujetas a las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales.

La prestación de la atención respetando los derechos humanos y reproductivos de las personas es fundamental para brindar un servicio de calidad. La elaboración de normas internacionales que rijan los criterios médicos de elegibilidad y las prácticas recomendadas para el uso de anticonceptivos es sólo un aspecto para mejorar la calidad de la atención de la salud reproductiva. Muchos programas de planificación familiar han incluido exámenes, tratamientos y procedimientos de seguimiento que reflejan altos estándares de salud pública y práctica clínica, pero éstos no deben considerarse requisitos de elegibilidad para métodos anticonceptivos específicos. Estos procedimientos incluyen la detección y el tratamiento del cáncer cervical, anemia e infecciones de transmisión sexual (ITS), y la promoción de la lactancia materna y el abandono del tabaquismo. 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 cuando no son necesarios para el uso o la continuación de un método en particular.

---

## **Temas sobre calidad y acceso a los servicios que afectan el uso de un método**

---

Si bien este documento trata principalmente los criterios médicos de elegibilidad, existen muchas otras consideraciones en cuanto a la provisión apropiada de métodos anticonceptivos que incluyen los criterios de entrega de servicios que se detallan más abajo. Estos criterios tienen relevancia universal para la iniciación y el seguimiento de todos los usos de métodos anticonceptivos.

- a) Se debe dar información adecuada a las personas para que realicen una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo. La información entregada a las y los usuarias/os, destinada a ayudarles en la elección, debe incluir por lo menos: comprensión de la eficacia anticonceptiva del método; uso correcto del método; cómo funciona; efectos secundarios comunes; riesgos y beneficios para la salud inherentes al método; signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud; información sobre el retorno a la fertilidad después de la interrupción del método, e información sobre protección contra las ITS.
- b) Para aquellos métodos que requieren procedimientos quirúrgicos, inserción, adaptación y/o retiro realizado por proveedoras/es de salud capacitadas/os (esterilización, implantes, DIUs, diafragmas, capuchones cervicales), se debe disponer de personal correctamente entrenado en instalaciones equipadas para tales fines, y se deben seguir los procedimientos adecuados para prevenir infecciones.

- c) Se debe mantener y contar con el equipamiento y los insumos adecuados y apropiados (por ejemplo, productos anticonceptivos, equipamiento e insumos para procedimientos de prevención de infecciones).
- d) Se deben entregar a las y los proveedoras/es de servicios guías (o tarjetas de usuaria/o u otras herramientas de evaluación) para permitir la adecuada evaluación de las y los usuarias/os a fin de detectar cuadros clínicos en los que el uso de métodos anticonceptivos implicaría riesgos inadmisibles para la salud.
- e) Se debe capacitar a las y los proveedoras/es de servicios en la entrega de orientación sobre planificación familiar para ayudar a las y los usuarias/os a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su fertilidad. La orientación es un elemento clave en la calidad de la atención, y también es una parte importante tanto de la iniciación como de las visitas de seguimiento y debe responder a las necesidades de las y los usuarias/os no sólo en la anticoncepción sino también en relación con la sexualidad y la prevención de ITS, incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

---

## **Eficacia de los métodos**

---

La elección anticonceptiva depende en parte de la eficacia del método anticonceptivo en la prevención de un embarazo no planificado, que –a su vez– depende para algunos métodos no sólo de la protección ofrecida por el mismo método, sino también de cuán correcta y consistentemente se lo usa. La Tabla 1 compara el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no planificado durante el primer año del uso del método anticonceptivo cuando el método se utiliza a la perfección (correcta y consistentemente) y cuando se lo usa típicamente. El uso correcto y consistente puede variar enormemente en función de algunos factores, tales como edad, ingresos, deseo de la o el usuaria/o de prevenir o demorar el embarazo, y cultura. Los métodos que dependen del uso correcto y consistente por parte de las personas tienen un amplio rango de eficacia. La mayoría de los hombres y las mujeres tienden a ser usuarios más efectivos a medida que adquieren mayor experiencia con un método. Sin embargo, los aspectos programáticos también tienen un efecto importante en el uso efectivo del método.

**Tabla 1. Porcentaje de mujeres con embarazo no planificado durante el primer año de uso y porcentaje que continúa uso del método al final del primer año, Estados Unidos de Norteamérica**

Método (1)	% de mujeres con embarazo no planificado dentro del primer año de uso		% de mujeres que continúan con el método después de un año <sup>3</sup>
	Uso típico <sup>1</sup> (2)	Uso perfecto <sup>2</sup> (3)	(4)
Ningún método <sup>4</sup>	85	85	
Espermicidas <sup>5</sup>	29	18	42
Coito interrumpido	27	4	43
Abstinencia periódica	25		51
Calendario		9	
Método de la ovulación		3	
Método sintotérmico <sup>6</sup>		2	
Método post-ovulación		1	
Capuchón <sup>7</sup>			
Mujeres que han tenido 1 o más partos	32	26	46
Nulíparas	16	9	57
Esponja anticonceptiva			
Mujeres que han tenido 1 o más partos	32	20	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma <sup>7</sup>	16	6	57
Condón <sup>8</sup>			
Feminino	21	5	49
Masculino	15	2	53
Anticonceptivos orales combinadas y de progestina sola	8	0.3	68
Parche anticonceptivo combinado	8	0.3	68
Anillo vaginal combinado	8	0.3	68
AMPD	3	0.3	56
Anticonceptivo inyectable combinado	3	0.05	56
DIU			
T de cobre 380	0.8	0.6	78
DIU-LNG	0.1	0.1	81
Implantes de LNG (Norplant, Norplant 2/Jadelle)	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100

**Píldoras anticonceptivas de emergencia** : El tratamiento iniciado dentro de las 72 horas después del coito sin protección reduce el riesgo de embarazo por lo menos en un 75%.

**Método de amenorrea de lactancia** : Éste es un método anticonceptivo temporal, de gran eficacia.<sup>9</sup>

Fuente : Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher RA, et al., Contraceptive technology: eighteenth revised edition. New York NY: Ardent Media, 2004.

Nota : Esta tabla ha sido adaptada del documento original con cambios en el título, cambios en los nombres comerciales de los métodos a nombres genéricos y con la modificación de las notas al pie de página.

## Notas :

- <sup>1</sup> Entre las parejas típicas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez), el porcentaje con un embarazo accidental durante el primer año si ellas no interrumpen el uso por ninguna otra razón. Los cálculos de la probabilidad de embarazo durante el primer año de uso típico para espermicidas, retiro, abstinencia periódica, diafragma, condón masculino, píldoras y AMPD se tomaron de la National Survey of Family Growth (Encuesta Nacional sobre Crecimiento Familiar) (1995) corregida en cuanto a la información sobre aborto que no siempre es completa; consulte la fuente original (Trussel J, 2004) citada arriba para obtener información acerca de la deducción de los cálculos para los otros métodos.
- <sup>2</sup> 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 con embarazo accidental durante el primer año si ellas no interrumpen el uso por ninguna otra razón; consulte la fuente original (Trussel J, 2004) citada arriba para obtener información acerca de la deducción de los cálculos para cada método.
- <sup>3</sup> Entre las parejas que tratan de evitar el embarazo, el porcentaje que continúa con el uso de un método durante un año.
- <sup>4</sup> Los porcentajes de embarazo en las columnas (2) y (3) están basados en datos de poblaciones donde la anticoncepción no se usa y de mujeres que dejan de usar la anticoncepción para quedar embarazadas. En esas poblaciones donde los anticonceptivos no se usan, casi el 89% de las mujeres quedan embarazadas en el plazo de un año. Este cálculo se redujo levemente (a 85%) para representar el porcentaje de mujeres que quedarían embarazadas en el plazo de un año entre mujeres que actualmente confían en métodos reversibles de anticoncepción si abandonan la anticoncepción totalmente.
- <sup>5</sup> Espumas, cremas, geles, supositorios vaginales y película vaginal.
- <sup>6</sup> El método del moco cervical (ovulación) complementado por el calendario en la fase pre-ovulatoria y la temperatura basal corporal en la fase post-ovulatoria.
- <sup>7</sup> Con crema o gel espermicida.
- <sup>8</sup> Sin espermicidas.
- <sup>9</sup> Sin embargo, para mantener una protección eficaz contra el embarazo, se debe usar otro método de anticoncepción tan pronto como se reanude la menstruación, se reduzca la frecuencia o la duración de la lactancia natural, se introduzca la alimentación por biberón, o el bebé alcance los seis meses de edad.

---

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

---

Las mujeres con condiciones médicas que pueden hacer del embarazo un riesgo de salud inadmisibles deben ser informadas que, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico, el uso exclusivo de los métodos de barrera para la anticoncepción y los métodos de anticoncepción basados en la conducta pueden no ser la elección más adecuada para ellas. Estas condiciones se enumeran en la Tabla 2.

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

---

Accidente cerebrovascular  
Anemia drepanocítica  
Cáncer de endometrio u ovárico  
Cáncer de mama  
Cardiopatía isquémica  
Cirrosis grave (descompensada)  
Diabetes : insulino dependiente, con nefropatía, retinopatía, neuropatía u otra enfermedad vascular; o de más de 20 años de duración  
Enfermedad trofoblástica gestacional maligna  
Esquistosomiasis con fibrosis del hígado  
ITS\*  
Mutaciones trombogénicas  
Presión arterial alta (sistólica >160 mmHg o diastólica >100 mmHg)<sup>†</sup>  
Tuberculosis  
Tumores malignos del hígado (hepatoma)  
Valvulopatía cardíaca complicada  
VIH/SIDA\*

---

† En todo este documento las medidas de la presión arterial están dadas en mm/Hg. Para convertir a kPa, multiplique por 0.1333. Por ejemplo : 120/80 mm Hg = 16.0/10.7 kPa.

\* Se recomienda enfáticamente la protección doble contra el VIH/SIDA y otras ITS cuando existe riesgo de transmisión de ITS/VIH. Esto puede lograrse a través del uso simultáneo de condones con otros métodos, o el uso correcto y consistente de los condones solos.

---

## Retorno a la fertilidad

---

El uso de métodos anticonceptivos, a excepción de la esterilización masculina y femenina, no ocasiona un cambio irreversible en la fertilidad. El retorno a la fertilidad es inmediato con todos los métodos, excepto con AMPD y 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. La esterilización masculina y femenina deben considerarse como métodos permanentes, y todas las personas y parejas que contemplen estos métodos deben ser informadas conforme a ello. Ningún otro método ocasiona infertilidad permanente.



---

## Las ITS y los anticonceptivos : Doble protección

---

En tanto que la elaboración de normas internacionales para la provisión de anticonceptivos es fundamental para la calidad de la atención en los servicios, también deben considerarse el contexto social, cultural y las conductas de cada persona. En este aspecto, los problemas de la exposición a ITS, incluido el VIH, merecen una consideración especial debido a la idéntica importancia de la prevención del embarazo y la prevención de la transmisión de la infección. Cuando existe riesgo de transmisión de ITS/VIH, es importante que las y los proveedoras/es de servicios de salud recomienden enfáticamente la doble protección a todas las personas en riesgo significativo, ya sea a través del uso simultáneo de condones con otros métodos o a través del uso correcto y consistente de los condones solos para la prevención del embarazo y la prevención de la enfermedad. Se debe recordar siempre a hombres y mujeres en busca de orientación en materia de anticonceptivos la importancia del uso del condón para prevenir la transmisión de ITS/VIH, y se debe alentar y facilitar dicho uso donde sea adecuado. Está comprobado que los condones masculinos de látex son altamente efectivos contra ITS/VIH cuando se usan de manera correcta y consistente.

---

## Método de trabajo

---

Este documento se sustenta en un proceso iniciado en 1994 que culminó con la publicación en 1996 del documento, Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar : criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos (ahora llamado Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos). En el proceso inicial, que se creó para llegar a un acuerdo sobre los criterios médicos de elegibilidad adecuados para los métodos anticonceptivos utilizados ampliamente, diversas agencias y organizaciones colaboraron en una revisión profunda de la evidencia epidemiológica y clínica relevante para los criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos bien establecidos. El proceso incluyó la comparación de los criterios de elegibilidad utilizados por diferentes agencias para diversos anticonceptivos, la preparación de resúmenes de la literatura médica y epidemiológica publicada relevante para los criterios médicos de elegibilidad, y la preparación de una clasificación en borrador para revisión por un grupo grande de expertas/os y agencias. La OMS organizó dos reuniones del Grupo de Trabajo, en marzo de 1994 y mayo de 1995, para revisar las clasificaciones de base y formular recomendaciones; en 1996 se publicó el documento.

La primera revisión del documento de 1996 se basó en las recomendaciones de la reunión de un Grupo de Trabajo celebrada en la OMS del 8 al 10 de marzo de 2000, que contó con 32 participantes de 17 países, incluyendo a los representantes de muchas agencias y organizaciones. El Grupo de Trabajo revisó la nueva evidencia a partir de las últimas reuniones del Grupo de Trabajo en 1994 y 1995. Esta nueva evidencia se obtuvo principalmente de una revisión sistemática de la literatura más reciente, que se llevó a cabo para identificar y resumir la evidencia nueva en materia de criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos.

La tercera revisión del documento se basa en las recomendaciones de la reunión de un Grupo de Trabajo celebrada en la OMS del 21 al 24 de octubre de 2003, que contó con 36 participantes de 18 países, incluidos los representantes de distintas agencias y organizaciones. El Grupo de Trabajo estuvo formado por expertas/os internacionales en planificación familiar, entre los que se contaban médicas/os, epidemiólogas/os, responsables de formulación de políticas y directoras/es en programas. Además, el Grupo de Trabajo incluyó a expertas/os en identificación y síntesis de evidencia y a usuarias/os de las guías. Para esta edición se estableció un Grupo Directivo de las Guías para la Planificación Familiar. Se pidió a todos las y los miembros/os del Grupo de Trabajo que declararan conflictos de intereses si los había, pero no fue el caso.

Mediante un sistema para identificar la evidencia nueva en forma continua (el sistema de Identificación Continua de la Evidencia de la Investigación o CIRE, [www.infoforhealth.org/cire/cire\\_pub.pl](http://www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl)), la OMS identificó 151 recomendaciones actuales para las que se contaba con evidencia nueva desde la segunda edición. La OMS también decidió desarrollar recomendaciones para tres nuevas condiciones y tres métodos anticonceptivos nuevos en esta tercera edición. Se realizaron

revisiones sistemáticas para evaluar la totalidad de la evidencia para estas 151 recomendaciones, y para las nuevas condiciones y métodos. Una búsqueda sistemática y exhaustiva en las bases de datos bibliográficos, como MEDLINE, obtuvo todos los estudios principales, hasta agosto de 2003, que describían el uso de los métodos anticonceptivos entre las mujeres con ciertas condiciones (por ejemplo, el riesgo de accidente cerebrovascular en mujeres con migrañas usuarias de AOC). La finalidad de estas revisiones sistemáticas fue identificar la evidencia directa para la conveniencia del uso del método anticonceptivo en mujeres con condiciones especiales. Se obtuvo información sobre evidencia indirecta o consideraciones teóricas para estas recomendaciones cuando en la búsqueda no se encontró evidencia directa. La solidez y calidad de la evidencia fueron calificadas usando el sistema de Grados de Valoración, Creación y Evaluación de la Recomendación (GRADE) ([www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)). El Grupo de Trabajo proporcionó la clasificación de la evidencia a medida que se consideró cada recomendación relevante. Los aspectos de costos fueron considerados fundamentalmente en términos de la disponibilidad y acceso a los servicios de anticoncepción, así como de las posibles limitaciones de recursos. El Grupo de Trabajo también consideró las implicaciones programáticas de las recomendaciones. Las recomendaciones reflejan fundamentalmente cuestiones de seguridad y estas cuestiones se consideraron en vista de su aplicabilidad en una variedad de entornos.

Para la mayoría de las recomendaciones (combinaciones de método y condiciones), existe una cantidad limitada de estudios que tratan el uso de un método específico en mujeres con una condición específica. De este modo, la mayoría de las decisiones relacionadas con los criterios de elegibilidad que usan la evidencia se basaron necesariamente en extrapolaciones de estudios que incluyeron fundamentalmente mujeres sanas, así como en consideraciones teóricas y opiniones de expertas/os. La evidencia fue particularmente limitada para los productos más nuevos y para aquéllos de uso limitado. La totalidad de la evidencia que consideró el Grupo de Trabajo incluyó :

- evidencia basada en estudios directos u observaciones del método anticonceptivo utilizado por mujeres (u hombres) con la condición;
- evidencia derivada de los efectos del método anticonceptivo utilizado por mujeres (u hombres) sin la condición;
- evidencia indirecta o inquietudes teóricas basadas en estudios en modelos animales adecuados, estudios de laboratorio en personas o situaciones clínicas análogas.

En los casos en los que el Grupo de Trabajo contó con una revisión sistemática de la evidencia para considerar a los fines de emitir una recomendación, esa evidencia se cita en este documento junto a la recomendación. Las recomendaciones para las que no se cita evidencia se basaron en opiniones de expertas/os y/o evidencia obtenida de fuentes que no son revisiones sistemáticas. Como se advierte a continuación, más de 1000 de las recomendaciones en esta edición no se modificaron en comparación con las realizadas en la primera edición. La evidencia para la primera edición se proporcionó a los Grupos de Trabajo de 1994 y 1995 en una serie de documentos preliminares preparados para el proyecto.

La segunda edición incluyó 1287 recomendaciones. Estas recomendaciones se utilizan ampliamente en todo el mundo y, por lo tanto, la OMS determinó que cualquier cambio debe basarse en evidencia nueva a menos que hubiera una razón convincente para lo contrario. Grupo Directivo de las Guías para la Planificación Familiar sobre las guías de planificación familiar que se reunió el 21 de octubre de 2003, propuso que el Grupo de Trabajo considerara sólo aquellas recomendaciones de la segunda edición para las que había evidencia nueva o para las que hubiera una justificación convincente. El Grupo de Trabajo aceptó esta propuesta el 22 de octubre y, de este modo, el resto de la reunión del Grupo de Trabajo se centró en las 151 recomendaciones ya existentes, las tres condiciones nuevas y los tres métodos anticonceptivos nuevos.

Se le encomendó al Grupo de Trabajo que estableciera los criterios de elegibilidad para cada condición y método anticonceptivo a través de la selección de una categoría (de 1 a 4, como se describe a continuación). Cuando el Grupo de Trabajo determinó que además de la categoría se requería mayor orientación, este Grupo de Trabajo la proporcionó a modo de "Aclaraciones". La evidencia nueva analizada por el Grupo de Trabajo abajo se resume y presenta en la sección

“Evidencia”, en la columna denominada “Aclaraciones/Evidencia”. Además de las aclaraciones a los recomendaciones y los resúmenes de la evidencia, al final de cada sección de los métodos anticonceptivos, la Secretaría de la OMS proporciona comentarios para métodos o condiciones particulares.

La lista final de 1705 recomendaciones fue aprobada por todos las y los miembros/os del Grupo Directivo de las Guías para la Planificación Familiar y el Grupo de Trabajo al concluir la reunión del 24 de octubre de 2003.

---

## Cómo usar este documento

---

El presente documento está destinado a responsables de la formulación de políticas, directores de programas de planificación familiar y la comunidad científica. Su objetivo es ofrecer orientación para los programas nacionales de planificación familiar/salud reproductiva en la preparación de guías para la prestación de servicios de anticonceptivos. El contenido de este documento no debe ser considerado o utilizado como la guía propiamente dicha, sino como una referencia.

La orientación provista en este documento deberá interpretarse en función de cada país y programa de manera que refleje la diversidad de las situaciones y lugares en los que se proporcionan los anticonceptivos. Si bien no se espera que la clasificación de las categorías en este documento cambie durante este proceso, es muy probable que la relevancia de estas categorías varíe en función de cada país. En particular, se recomienda tener en cuenta el nivel de conocimiento clínico y la experiencia en esa área de los diversos tipos de proveedoras/es de servicios y los recursos disponibles en el lugar de la prestación de los servicios.

### Uso de las tablas

---

El Grupo de Trabajo trató los criterios médicos para el inicio y la continuación del uso de todos los métodos evaluados. El tema de los criterios de continuación es clínicamente relevante siempre que una mujer desarrolle la condición mientras está usando el método. Cuando el Grupo de Trabajo determinó que las categorías para el inicio y la continuación eran diferentes, estas diferencias se anotaron en las columnas ‘I=Inicio’ y ‘C=Continuación’. Donde no se indican I y C, la categoría es la misma para el inicio y la continuación del uso.

En función de este sistema de clasificación, los criterios de elegibilidad para el inicio y la continuación del uso de un método anticonceptivo específico se presentan en este documento en varias tablas. La primera columna indica la condición médica. Varias de éstas se subdividieron para distinguir entre los distintos grados que presentan. La segunda columna clasifica la condición para el inicio y/o continuación en una de las cuatro categorías descritas a continuación. Si es necesario, la tercera columna brinda las aclaraciones o la nueva evidencia acerca de la clasificación, como se describe en la sección anterior.

Se incluye una tabla de resumen al final del documento que abarca los criterios médicos de elegibilidad por condición para los métodos hormonales y los DIUs. Al final de esta sección se incluye un resumen de las condiciones o categorías que fueron revisadas para esta edición.

TIPO DE ANTICONCEPTIVO		
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación	NUEVA EVIDENCIA/ ACLARACIÓN
Condición	Condición clasificada de 1 a 4  Las categorías para el método de días fijos y la esterilización quirúrgica se describen al comienzo de la sección correspondiente	Aclaraciones y evidencia relacionada con la clasificación

NA indica una condición para la cual el Grupo de Trabajo no dió una clasificación pero proporcionó aclaraciones.

## Clasificación de las categorías

Los criterios médicos de elegibilidad de este documento se basaron en el método de trabajo descrito anteriormente y se proponen asegurar un margen adecuado de seguridad.

Cada condición se definió como una representación de características de una persona (por ejemplo, edad, antecedentes de embarazo) o una condición médica/patológica preexistente conocida (por ejemplo, diabetes, hipertensión). Se espera que los lugares de prestación de servicio y salud institucional y nacional decidan los medios más adecuados de detección para las condiciones de acuerdo con su importancia en la salud pública. Los antecedentes de la o el usuario/a generalmente son el método más apropiado.

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasificaron en una de las cuatro categorías siguientes :

- 1. Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.**
- 2. Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.**
- 3. Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.**
- 4. Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.**

## Uso de las categorías en práctica

Las categorías 1 y 4 se explican por sí mismas. La clasificación de un método/condición como categoría 2 indica que el método puede usarse en general, pero se requiere un seguimiento cuidadoso. Sin embargo, la provisión de un método a una mujer con una condición clasificada como categoría 3 requiere un criterio clínico prudente y acceso a los servicios clínicos. En este caso, se deben tener en cuenta la gravedad de la condición y la disponibilidad, factibilidad y aceptabilidad de métodos alternativos. Para un método /condición clasificada como categoría 3, generalmente no se recomienda el uso de ese método a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptables. Se requerirá un seguimiento cuidadoso.

Donde los recursos para el criterio clínico son limitados, como en los servicios basados en la comunidad, el esquema de clasificación en cuatro categorías se puede simplificar a dos categorías. Con esta simplificación, una clasificación de categoría 3 indica que una mujer no es médicamente elegible para usar el método.

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia	Sí (Use el método)
2	En general, use el método	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	No (No use el método)
4	No se debe usar el método	

---

## Implicaciones programáticas

---

Las implicaciones programáticas que se deben tratar incluyen :

- elección informada,
- elementos de la calidad de la atención,
- procedimientos esenciales de detección para la administración de los métodos,
- capacitación y habilidades de las y los proveedoras/es de servicios,
- referencia y seguimiento para el uso de anticonceptivos según corresponda.

En la aplicación de los criterios de elegibilidad a los programas, las prácticas de prestación de los servicios que son fundamentales para el uso seguro de la anticoncepción se deben distinguir de las prácticas que pueden ser apropiadas para un buen cuidado de la salud, pero no se relacionan con el uso del método. La promoción de las prácticas de buen cuidado de la salud no relacionadas con una anticoncepción segura no debe considerarse como un requisito previo ni como un obstáculo para la provisión de un método anticonceptivo, aunque sí como un complemento.

Como paso siguiente, las recomendaciones sobre los criterios de elegibilidad se deben considerar en virtud de las circunstancias del país, de modo que sean aplicables para las y los proveedoras/es en todos los niveles del sistema de entrega de servicios. Los países deberán determinar cuánto y con qué medios puede ser posible extender los servicios a los niveles más periféricos. Esto puede incluir la actualización del personal y las instalaciones donde sea viable y asequible, o puede requerir la ampliación de las habilidades de ciertas categorías del personal de salud o el aumento modesto de equipo e insumos, y la reorganización del espacio. También será necesario considerar cuestiones de percepciones equivocadas que a veces tienen las y los proveedoras/es de servicios y las y los usuarias/os sobre los riesgos y los efectos secundarios de los métodos, y observar con atención las necesidades y las perspectivas de las mujeres y los hombres en el contexto de una elección informada.

---

## Personas con necesidades especiales

---

Los criterios médicos de elegibilidad tratan el uso de anticonceptivos en personas con trastornos médicos específicos. Además, la provisión de anticonceptivos a las personas con necesidades especiales requiere una mayor consideración. Los individuos con una discapacidad física representan ese grupo. Las decisiones sobre una anticoncepción apropiada deben tener en cuenta la naturaleza

de la discapacidad, los deseos expresos de la persona y la naturaleza del método. Las decisiones se deben basar en una elección informada. De manera similar, deben tomarse consideraciones especiales para las personas con discapacidad mental o con enfermedades psiquiátricas graves. Cuando la naturaleza de la condición no permite una elección informada, los anticonceptivos se deben proporcionar sólo después de una discusión exhaustiva con todas las partes, incluidos los tutores o personas a cargo. Los derechos reproductivos del individuo se deben considerar en cualquiera de estas decisiones.

## Adolescentes

---

En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de elecciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes. Aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos en adolescentes (por ejemplo, el uso de inyectables de progestina sola en menores de 18 años), estas preocupaciones deben sopesarse con las ventajas de evitar el embarazo. Está claro que muchos de los mismos criterios de elegibilidad que se aplican a personas mayores también se aplican a personas jóvenes. No obstante, algunos trastornos (por ejemplo, las alteraciones cardiovasculares) que pueden limitar el uso de algunos métodos en mujeres mayores no afectan generalmente a las mujeres jóvenes, debido a su baja frecuencia en los grupos jóvenes. Los aspectos sociales y conductuales deben ser consideraciones importantes en la elección de los métodos anticonceptivos para los adolescentes. Por ejemplo, en algunos ámbitos, los adolescentes también están expuestos a un riesgo mayor de ITS, incluido el VIH. Aunque las adolescentes 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 ser más apropiado. También se ha demostrado que las adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuación. La elección del método también puede estar influenciada por factores como patrones de relaciones sexuales esporádicas y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, las adolescentes sexualmente activas que no están casadas tienen necesidades muy diferentes de aquéllas que están casadas 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 el asesoramiento apropiados, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las adolescentes a tratar sus problemas específicos, y a tomar decisiones informadas y voluntarias. Es preciso hacer todo lo posible para evitar que el costo de los servicios y el método limite las opciones disponibles.

---

## Resumen de los cambios a la segunda edición

---

En la Tabla 3 se muestra un resumen de los cambios en la clasificación o modificaciones importantes en las condiciones con respecto a la segunda edición.

Se admite que algunos de los criterios de elegibilidad en este informe deberán revisarse en virtud de los nuevos hallazgos de la investigación en estudios que se están finalizando o en curso en la actualidad. Se intentará actualizar este documento en forma continua para reflejar las evidencias y los hallazgos científicos más recientes.

**Tabla 3. Resumen de los cambios a la segunda edición**

(Condiciones para las que hubo un cambio en la clasificación para uno o más métodos, o una modificación importante en la descripción de la condición. Las clasificaciones cambiadas están resaltadas en azul).

CONDICIÓN	AOC	AIC	AOP	AMPD EN/NET	LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU- LNG
I = Inicio, C = Continuación							
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b>							
<b>OBESIDAD</b> Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	2	2	1	1	1	1	1
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>							
<b>MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS</b> (por ejemplo : factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	4	4	2	2	2	1	2
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>							
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	1	1	1	1	1	1	1
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b>							
<b>FIBROMAS UTERINOS</b>							
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	1
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	4	4
<b>ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)</b>							
a) Antecedentes de EPI (sin factores actuales de riesgo de ITS)						I	C
(i) con embarazo posterior	1	1	1	1	1	1	1
(ii) sin embarazo posterior	1	1	1	1	1	2	2
b) EPI – actual	1	1	1	1	1	4	2

CONDICIÓN	AOC	AIC	AOP	AMPD EN/NET	LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU- LNG	
I = Inicio, C = Continuación									
<b>ITS</b>						I	C	I	C
a) Cervicitis purulenta o infección por clamidia o gonorrea actual	1	1	1	1	1	4	2	4	2
b) Otras ITS (excluyendo VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginitis (incluyendo tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
<b>VIH/SIDA</b>									
						I	C	I	C
<b>ALTO RIESGO DE VIH</b>	1	1	1	1	1	2	2	2	2
<b>INFECCIÓN POR VIH</b>	1	1	1	1	1	2	2	2	2
<b>SIDA</b>	1	1	1	1	1	3	2	3	2
Clínicamente bien en tratamiento con ARV	Ver abajo TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL					2	2	2	2
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>									
<b>MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPÁTICAS</b>									
a) Rifampicina	3	2	3	2	3	1		1	
b) Ciertos anticonvulsivos (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3	2	3	2	3	1		1	
<b>ANTIBIOTICOS (excluyendo rifampicina)</b>									
a) Griseofulvina	2	1	2	1	2	1		1	
b) Otros antibióticos	1	1	1	1	1	1		1	
<b>TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL</b>						I	C	I	C
	2	2	2	2	2	2/3	2	2/3	2



Además, los siguientes cambios realizados no se incluyen en el resumen de cambios :

### **1. Parche, anillo vaginal e implantes de etonogestrel**

Se agregaron tres métodos nuevos (parche y anillo vaginal combinados e implantes de etonogestrel). El parche y el anillo vaginal están agrupados con los AIC, pero se les otorga la misma categoría que a los AOC. Los implantes de etonogestrel están agrupados y se les otorga la misma categoría que a los implantes de levonorgestrel.

### **2. Métodos de barrera**

Para las condiciones de alto riesgo de VIH, infección por VIH y SIDA, el uso de espermicida es Categoría 4.

Para las condiciones de alto riesgo de VIH, infección por VIH y SIDA, el diafragma (con espermicida) y capuchón cervical son Categoría 3.

### **3. Esterilización quirúrgica femenina**

La condición de mutaciones trombogénicas conocidas (por ejemplo, Factor V de Leiden; mutación de la protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina) se ha agregado para la esterilización quirúrgica femenina y es Categoría A.

La condición de trastornos depresivos se ha agregado para la esterilización quirúrgica femenina y es Categoría C.

Para la condición de otras ITS (menos VIH y hepatitis), la esterilización quirúrgica femenina es Categoría A.

Para la condición de cirugía abdominal o pélvica anterior, la esterilización quirúrgica femenina es Categoría C.

### **4. Esterilización quirúrgica masculina**

La condición de edad joven se ha agregado para la esterilización quirúrgica masculina y es Categoría C.

La condición de trastornos depresivos se ha agregado para la esterilización quirúrgica masculina y es Categoría C.



<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b> .....	1
Embarazo .....	1
Edad.....	1
Paridad .....	1
Lactancia materna.....	1
Posparto.....	1
Post-aborto .....	1
Historia de embarazo ectópico .....	1
Historia de cirugía pélvica.....	1
Tabaquismo .....	2
Obesidad.....	2
Medición de la presión arterial no disponible .....	2
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b> .....	2
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.....	2
Hipertensión .....	3
Historia de presión arterial alta durante el embarazo .....	3
Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar .....	4
Mutaciones trombogénicas conocidas .....	4
Trombosis venosa superficial.....	4
Cardiopatía isquémica .....	4
Accidente cerebrovascular.....	4
Hiperlipidemias conocidas.....	4
Valvulopatía cardíaca.....	5
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b> .....	5
Cefaleas.....	5
Epilepsia.....	5
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b> .....	5
Trastornos depresivos .....	5
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b> .....	6
Patrones de sangrado vaginal .....	6
Sangrado vaginal de etiología desconocida .....	6
Endometriosis .....	6
Tumores ováricos benignos.....	6
Dismenorrea severa .....	6
Enfermedad del trofoblasto.....	6
Ectropión cervical .....	6
Neoplasia intraepitelial cervical.....	6
Cáncer cervical.....	6
Enfermedades de la mama .....	7
Cáncer de endometrio .....	7
Cáncer de ovario .....	7
Fibromas uterinos .....	7
Enfermedad pélvica inflamatoria .....	7
ITS.....	8
<b>VIH/SIDA</b> .....	8
Alto riesgo de VIH.....	8
Infección por VIH .....	8
SIDA.....	8

<b>OTRAS INFECCIONES .....</b>	<b>9</b>
Esquistosomiasis.....	9
Tuberculosis .....	9
Paludismo .....	9
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS .....</b>	<b>9</b>
Diabetes .....	9
Trastornos tiroideos.....	9
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES .....</b>	<b>9</b>
Enfermedades de la vesícula biliar.....	9
Historia de colestasis .....	10
Hepatitis viral.....	10
Cirrosis.....	10
Tumores del hígado .....	10
<b>ANEMIAS .....</b>	<b>10</b>
Talasemia .....	10
Anemia drepanocítica.....	10
Anemia ferropénica.....	10
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS.....</b>	<b>10</b>
Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas.....	10
Antibióticos.....	11
Terapia antirretroviral .....	11
<b>COMENTARIOS ADICIONALES .....</b>	<b>12</b>
<b>REFERENCIAS PARA LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA .....</b>	<b>15</b>

## ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA $\leq 35 \mu\text{g}$ d'etinil estradiol		Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación	ACLARACIONES/EVIDENCIA
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b>		
<b>EMBARAZO</b>	NA	<b>Aclaración</b> : No se requiere el uso de AOCs. No se conoce ningún daño para la mujer, el curso de su embarazo o el feto si los AOCs son usados accidentalmente durante el embarazo.
<b>EDAD*</b>		
a) Menarquia a < 40 años	1	
b) $\geq 40$ años	2	
<b>PARIDAD</b>		
a) Nulípara	1	
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	
<b>LACTANCIA MATERNA*</b>		
a) < 6 semanas posparto	4	
b) $\geq 6$ semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna)	3	
c) $\geq 6$ meses posparto	2	
<b>POSPARTO*</b> (en mujeres que no estén amamantando)		
a) < 21 días	3	
b) $\geq 21$ días	1	
<b>POST-ABORTO</b>		
a) Primer trimestre	1	<b>Aclaración</b> : Los AOCs se pueden comenzar inmediatamente después de un aborto.
b) Segundo trimestre	1	
c) Inmediatamente post-aborto séptico	1	
<b>HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO*</b>	1	
<b>HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA</b>	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA <math>\leq 35 \mu\text{g}</math> d'etinil estradiol		Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación	ACLARACIONES/EVIDENCIA
<b>TABAQUISMO</b> a) Edad <math>< 35</math> ans b) Edad <math>\geq 35</math> ans (i) <math>< 15</math> cigarrillos/día (ii) <math>\geq 15</math> cigarrillos/día	2  3 4	<b>Evidencia</b> : Las usuarias de AOCs que fumaban tuvieron un riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares, en especial infarto agudo de miocardio, en comparación con aquéllas que no fumaban. Los estudios también mostraron un riesgo mayor de infarto agudo de miocardio a medida que aumentaba el número de cigarrillos fumados por día. <sup>1-12</sup>
<b>OBESIDAD</b> Indice de masa corporal (IMC) <math>\geq 30\text{kg}/\text{m}^2</math>	2	<b>Evidencia</b> : Las mujeres obesas que usaban AOCs tuvieron un riesgo aumentado de tromboembolismo venoso comparadas con las mujeres que no los usaban. El riesgo absoluto de tromboembolismo venoso siguió siendo pequeño. Los datos concernientes al impacto de la obesidad en la efectividad de los AOCs son limitados. <sup>6,13,14</sup>
<b>MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE</b>	NA	<b>Aclaración</b> : Se aconseja tomar la presión arterial antes de iniciar el uso de AOCs. Sin embargo, en algunos lugares la medición de la presión arterial no está disponible. En muchos de estos sitios la morbilidad del embarazo y los riesgos de mortalidad son altos, y los AOCs constituyen uno de los pocos métodos ampliamente disponibles. En esos lugares, no se debe negar a las mujeres el uso de AOCs simplemente por no poder tomarles la presión arterial.
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>		
<b>MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL</b> (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	3/4	<b>Aclaración</b> : Cuando una mujer tiene múltiples factores de riesgo importantes, –cualquiera de los que por sí solo aumentaría considerablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular–, el uso de AOCs puede aumentar su riesgo hasta niveles inadmisibles. Sin embargo, no debe realizarse una simple suma de categorías de los factores de riesgo, dado que – por ejemplo – una combinación de dos riesgos cualesquiera a los que se les ha asignado una categoría 2 no necesariamente justifica una categoría mayor.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA <math>\leq 35</math> <math>\mu\text{g}</math> d'etinil estradiol</b>		Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>HIPERTENSIÓN*</b>		
Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.		
a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	3	<b>Aclaración</b> : Se recomienda la evaluación de la causa y el nivel de la hipertensión, lo antes posible. <b>Evidencia</b> : Las mujeres a quienes no se les tomó la presión arterial antes del uso de los AOCs tuvieron un riesgo mayor de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular. <sup>15-19</sup>
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	3	<b>Aclaración</b> : Las mujeres que reciben el tratamiento adecuado para la hipertensión están expuestas a un menor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con aquellas sin tratar. Aunque no hay datos, las usuarias de AOCs con hipertensión adecuadamente controlada y vigilada deberían tener un riesgo menor de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con las usuarias de AOCs con hipertensión sin tratar.
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)		
(i) sistólica 140–159 ó diastólica 90–99	3	<b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con hipertensión, las usuarias de AOCs tuvieron un riesgo mayor de accidente cerebrovascular, infarto agudo del miocardio y enfermedad arterial periférica en comparación con aquellas que no los usaban. <sup>1, 3, 9-11, 15-31</sup>
(ii) sistólica $\geq 160$ ó diastólica $\geq 100$	4	
d) Enfermedad vascular	4	
<b>HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO</b> (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	2	<b>Evidencia</b> : Las mujeres con antecedentes de presión arterial alta durante el embarazo, que también usaban AOCs, tuvieron un mayor riesgo de infarto agudo del miocardio y tromboembolismo venoso, en comparación con las usuarias de AOCs sin antecedentes de presión arterial alta en el embarazo. El riesgo absoluto de infarto agudo del miocardio y tromboembolismo venoso en esta población siguió siendo pequeño. <sup>11, 17-19, 21, 32-37</sup>

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA &lt;35 µg d'etinil estradiol</b>		Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.	
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>	
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*</b>			
a) Historia de TVP/EP	4		
b) TVP/EP actual	4		
c) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	2		
d) Cirugía mayor			
(i) con inmovilización prolongada	4		
(ii) sin inmovilización prolongada	2		
e) Cirugía menor sin inmovilización	1		
<b>MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS</b> (por ejemplo : factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	4	<p><b>Aclaración</b> : No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes.</p> <p><b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con mutaciones trombogénicas, las usuarias de AOCs tuvieron un riesgo de trombosis entre dos y veinte veces más alto que aquellas que no los usaban.<sup>38-51</sup></p>	
<b>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL *</b>			
a) Venas varicosas	1		
b) Tromboflebitis superficial	2		
<b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA*</b> (enfermedad actual o historia)*	4		
<b>ACCIDENTE CEREBROVASCULAR*</b> (historia de accidente cerebrovascular)	4		
<b>HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS</b>	2/3	<p><b>Aclaración</b> : No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes. Si bien algunos tipos de hiperlipidemias constituyen factores de riesgo para enfermedad vascular, la categoría debe evaluarse de acuerdo con el tipo, la gravedad y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.</p>	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla



ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA $\leq 35 \mu\text{g}$ d'etinil estradiol		Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.	
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación		ACLARACIONES/EVIDENCIA
<b>VALVULOPATÍA CARDÍACA*</b>			
a) Sin complicaciones		2	
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda)		4	
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b>			
<b>CEFALEAS*</b>	I	C	
a) No migrañosas (leves o intensas)	1	2	<b>Aclaración</b> : La clasificación depende de un diagnóstico preciso de los dolores de cabeza intensos que son migrañosos y los que no lo son. Debe evaluarse cualquier cefalea nueva o cambio notable en los dolores de cabeza. La clasificación es para las mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular. El riesgo de accidente cerebrovascular aumenta con la edad, la hipertensión y el hábito de fumar.
b) Migraña			<b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con migraña, aquéllas que también tenían aura tuvieron un riesgo más alto de accidente cerebrovascular que las mujeres sin aura. <sup>52-54</sup> Entre las mujeres con migraña, aquéllas que usaban AOCs tuvieron un riesgo de accidente cerebrovascular de dos a cuatro veces más alto en comparación con las mujeres que no usaban AOCs. <sup>20, 26-28, 53-58</sup>
(i) Sin aura			
Edad < 35 ans	2	3	
Edad > 35 ans	3	4	
(ii) Con aura, a cualquier edad	4	4	
<b>EPILEPSIA</b>	1		<b>Aclaración</b> : Si una mujer está tomando anticonvulsivantes, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. Ciertos medicamentos para la epilepsia disminuyen la eficacia anticonceptiva de los AOCs.
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>			
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	1		<b>Aclaración</b> : La clasificación se basa en los datos de mujeres con trastornos depresivos seleccionados. No se existen datos acerca del trastorno bipolar o la depresión posparto. Existe la probabilidad de interacciones farmacológicas entre ciertos medicamentos antidepresivos y los anticonceptivos hormonales. <b>Evidencia</b> : El uso de AOC no aumentó los síntomas de depresión en las mujeres con esta afección, en comparación con su estado inicial o con aquellas mujeres con depresión que no usan estos anticonceptivos. <sup>59-61</sup>

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA $\leq 35 \mu\text{g}$ d'etinil estradiol		Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación	ACLARACIONES/EVIDENCIA
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b>		
<b>PATRONES DE SANGRADO VAGINAL*</b>		
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1	
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	1	<b>Aclaración</b> : Un sangrado inusualmente abundante debe despertar la sospecha de una condición grave subyacente.
<b>SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA*</b> (sospecha de una condición grave)  Antes de la evaluación	2	<b>Aclaración</b> : Ante la sospecha de embarazo o de una condición patológica subyacente (tal como una neoplasia pélvica), debe realizarse una evaluación y ajustar la categoría después de ésta.
<b>ENDOMETRIOSIS*</b>	1	
<b>TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS</b> (incluyendo quistes)	1	
<b>DISMENORREA SEVERA</b>	1	<b>Evidencia</b> : No hubo un mayor riesgo de efectos secundarios con el uso de AOC entre las mujeres con dismenorrea, en comparación con aquéllas que no usaban AOC. Algunas usuarias de AOC tuvieron reducción del dolor y el sangrado. <sup>62, 63</sup>
<b>ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO</b>		
a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna	1	<b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con enfermedad trofoblástica gestacional benigna o maligna, no hubo diferencia en los tiempos medios para la normalización de la hCG ni en la incidencia de enfermedad trofoblástica post-molar para las usuarias de AOC, en comparación con aquéllas que no usaban hormonas. <sup>64-71</sup>
b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna	1	
<b>ECTROPIÓN CERVICAL*</b>	1	
<b>NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)</b>	2	<b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con infección persistente por VPH, el uso prolongado de AOC ( $\geq 5$ años) puede aumentar el riesgo de carcinoma in situ y de carcinoma invasor. <sup>72</sup>
<b>CÁNCER CERVICAL*</b> (en espera de tratamiento)	2	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA <math>\leq 35 \mu\text{g}</math> d'etinil estradiol</b>		Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>ENFERMEDADES DE LA MAMA*</b>		
a) Nódulo sin diagnóstico	2	<b>Aclaración</b> : Debe realizarse una evaluación lo antes posible.
b) Enfermedad benigna de la mama	1	
c) Antecedentes familiares de cáncer	1	
d) Cáncer de mama (i) actual	4	
(ii) cáncer en remisión después 5 años	3	<b>Aclaración</b> : Entre las usuarias de AOC con antecedentes familiares de cáncer de mama, no se registró un mayor riesgo de cáncer de mama en comparación con aquellas que no usaban AOC y tenían antecedentes familiares de cáncer de mama. <sup>73-80</sup> Entre las mujeres con mutaciones BRCA1, las usuarias de AOC pueden tener un riesgo de cáncer de mama levemente mayor, en comparación con aquellas que no los usaban. <sup>81-83</sup>
<b>CÁNCER DE ENDOMETRIO*</b>	1	
<b>CÁNCER DE OVARIO*</b>	1	
<b>FIBROMAS UTERINOS*</b>		
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	
<b>ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)*</b>		
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)		
(i) con embarazo posterior	1	
(ii) sin embarazo posterior	1	
b) EPI - actual	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA $\leq 35 \mu\text{g}$ d'etinil estradiol		Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación	ACLARACIONES/EVIDENCIA
<b>ITS*</b>		
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	<b>Evidencia</b> : La evidencia sugiere que puede haber un mayor riesgo de cervicitis por clamidia entre las usuarias de AOC con alto riesgo de contagio de ITS. Para otras ITS, hay evidencia de que no existe asociación entre el uso de AOC y la infección por ITS, o bien la evidencia es limitada para sacar alguna conclusión. <sup>84-160</sup>
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	
d) Mayor riesgo de ITS	1	
<b>VIH/SIDA</b>		
<b>ALTO RIESGO DE VIH*</b>	1	<b>Evidencia</b> : En términos generales, la evidencia es contradictoria con respecto a si existe un mayor riesgo de infección por VIH entre las usuarias de AOC, en comparación con aquéllas que no lo son. <sup>161-198</sup>
<b>INFECCIÓN POR VIH</b>	1	<b>Evidencia</b> : Una cantidad limitada de evidencia sugiere que no existe asociación entre el uso de AOC y los cambios en los niveles de ARN o recuentos de CD4 entre las mujeres VIH positivas. Asimismo, es limitada la evidencia que demuestra la ausencia de una asociación entre el uso de AOC y la transmisión del VIH de mujer a hombre, y hay resultados variados con respecto a un mayor riesgo de transmisión de VIH y virus del herpes simple (VHS) entre las mujeres VIH positivas que usan anticonceptivos hormonales. <sup>161, 199-204</sup>
<b>SIDA</b> Con tratamiento antirretroviral	1 2	<b>Aclaración</b> : Si una mujer recibe tratamiento antirretroviral (ARV), consulte la sección sobre interacciones farmacológicas, porque podrían existir interacciones de esta índole entre los anticonceptivos hormonales y los ARV. El SIDA con tratamiento ARV está clasificado como Categoría 2.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA ≤35 µg d'etinil estradiol</b>		Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>OTRAS INFECCIONES</b>		
<b>ESQUISTOSOMIASIS</b>		
a) Sin complicaciones	1	<b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con esquistosomiasis sin complicaciones, el uso de AOC no tiene efectos adversos en la función hepática. <sup>205-211</sup>
b) Fibrosis del hígado (si es grave, consulte cirrosis)	1	
<b>TUBERCULOSIS</b>		
a) No pélvica	1	<b>Aclaración</b> : Si una mujer está tomando rifampicina, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. La rifampicina probablemente disminuya la efectividad de los AOC.
b) Pélvica conocida	1	
<b>PALUDISMO</b>	1	
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS</b>		
<b>DIABETES*</b>		
a) Historia de enfermedad gestacional	1	<b>Aclaración</b> : La categoría debe ser evaluada de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico.
b) Enfermedad no vascular		
(i) no insulino dependiente	2	
(ii) insulino dependiente	2	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	3/4	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	3/4	<b>Aclaración</b> : La categoría debe ser evaluada de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico.
<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b>		
a) Bocio simple	1	
b) Hipertiroidismo	1	
c) Hipotiroidismo	1	
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES</b>		
<b>ENFERMEADES DE LA VESÍCULA BILIAR*</b>		
a) Sintomática		
(i) tratada con colecistectomía	2	
(ii) tratada médicamente	3	
(iii) actual	3	
b) Asintomática	2	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA &lt;math&gt;\leq 35 \mu\text{g}&lt;/math&gt; d'etinil estradiol</b>		Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.	
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>	
<b>HISTORIA DE COLESTASIS*</b>			
a) Relacionada con el embarazo	2		
b) Relacionada con uso previo de AOC	3		
<b>HEPATITIS VIRAL*</b>			
a) Activa	4		
b) Portadora	1		
<b>CIRROSIS*</b>			
a) Leve (compensada)	3		
b) Grave (descompensada)	4		
<b>TUMORES DEL HÍGADO*</b>			
a) Benigno (adenoma)	4		
b) Maligno (hepatoma)	4		
<b>ANEMIAS</b>			
<b>TALASEMIA*</b>	1		
<b>ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>	2		
<b>ANEMIA FERROPÉNICA*</b>	1		
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>			
<b>MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPÁTICAS</b>			
a) Rifampicina	3		<p><b>Aclaración</b> : Aunque la interacción de la rifampicina o ciertos anticonvulsivos con los AOCs no es perjudicial para las mujeres, puede reducir la efectividad de los AOCs. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en mujeres sometidas a tratamientos prolongados con estos medicamentos. Aún resta por esclarecer si es beneficioso aumentar la dosis de hormonas de los AOCs.</p> <p><b>Evidencia</b> : El uso de rifampicina y ciertos anticonvulsivos disminuye la efectividad anticonceptiva de los AOCs.<sup>212-237</sup></p>
b) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3		

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE DOSIS BAJA $\leq 35$ $\mu\text{g}$ d'etinil estradiol	Los AOCs no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.	
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación	ACLARACIONES/EVIDENCIA
<b>ANTIBIÓTICOS</b> (menos rifampicina) a) Griseofulvina b) Otros antibióticos	  2 1	  <b>Evidencia</b> : La administración conjunta de la mayoría de los antibióticos de amplio espectro no influyó en la efectividad de los AOCs. <sup>238-290</sup>
<b>TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL</b>	2	<b>Aclaración</b> : Cabe destacar que los fármacos antirretrovirales (ARV) tienen el potencial tanto para disminuir como para aumentar la biodisponibilidad de las hormonas esteroidales en los anticonceptivos hormonales. Los datos disponibles limitados (expuestos en el Apéndice 1) sugieren que las probables interacciones farmacológicas entre varios ARV (particularmente algunos inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa [INNTI] e inhibidores de la proteasa [IP]) y los anticonceptivos hormonales pueden alterar la seguridad y la efectividad de los anticonceptivos hormonales y los ARV. Se desconoce si la efectividad anticonceptiva de los anticonceptivos inyectables de progestina sola (como acetato de medroxiprogesterona de depósito y enantato de noretisterona) estaría comprometida, ya que estos métodos proporcionan niveles de hormona en sangre mayores que otros anticonceptivos hormonales de progestina sola y que los AOCs. Actualmente hay estudios en curso destinados a evaluar las interacciones potenciales entre el acetato de medroxiprogesterona de depósito y fármacos IP e INNTI seleccionados. De este modo, si una mujer con tratamiento ARV decide iniciar o continuar el uso de anticonceptivos hormonales, debe aconsejarse paralelamente el uso de condones para prevenir la transmisión del VIH. Además, este método puede compensar cualquier reducción posible en la efectividad de la anticoncepción hormonal. <b>Evidencia</b> : Consulte el Apéndice 1.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

## Comentarios adicionales

### EDAD

**Menarquía a <40 años** : Las preocupaciones teóricas acerca del uso de los anticonceptivos hormonales combinados entre los jóvenes adolescentes no han sido respaldadas con evidencia científica.

**≥ 40 años** : El riesgo de enfermedad cardiovascular aumenta con la edad y también puede aumentar con el uso de anticonceptivos hormonales combinados. En ausencia de otros cuadros clínicos adversos, los anticonceptivos hormonales combinados pueden usarse hasta la menopausia.

### LACTANCIA MATERNA

**< 6 semanas posparto** : Existe cierta preocupación teórica que los neonatos puedan encontrarse en riesgo debido a la exposición a hormonas durante las primeras seis semanas posparto.

**≥ 6 semanas a < 6 meses (principalmente con lactancia materna)** : En los primeros seis meses después del parto, el uso de AOCs durante la lactancia materna disminuye la cantidad de leche materna y la duración de la lactancia, hecho que puede tener un efecto adverso en el crecimiento del bebé.

### POSPARTO

**< 21 días** : También hay cierta preocupación teórica concerniente a la asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales combinados hasta tres semanas posparto y el riesgo de trombosis en la madre. Básicamente, la coagulación de la sangre y la fibrinólisis se normalizan a las 3 semanas después del parto.

### HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO

El riesgo de un embarazo ectópico futuro aumenta en mujeres con antecedentes de embarazo ectópico. Los anticonceptivos hormonales combinados brindan protección anticonceptiva en general, incluido el embarazo ectópico.

### HIPERTENSIÓN

**Enfermedad vascular** : Entre las mujeres con enfermedad vascular subyacente, debería evitarse el riesgo elevado de trombosis arterial asociado al uso de anticonceptivos hormonales combinados.

### TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLIA PULMONAR (EP)

**Antecedentes familiares de TVP/EP (familiares de primer grado)** : Algunos cuadros clínicos que aumentan el riesgo de TVP/EP son hereditarios.

**Cirugía mayor** : El grado de riesgo de TVP/EP asociado con una cirugía mayor depende del tiempo que la mujer permanezca inmovilizada. No hay necesidad de interrumpir el uso de los anticonceptivos hormonales combinados antes de una esterilización quirúrgica femenina.

### TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

**Venas varicosas** : Las venas varicosas no son un factor de riesgo de TVP/EP.

### CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)

Entre las mujeres con enfermedad vascular subyacente, debería evitarse el riesgo elevado de trombosis arterial asociado con el uso de los anticonceptivos hormonales combinados.

### ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Entre las mujeres con enfermedad vascular subyacente, debería evitarse el riesgo elevado de trombosis arterial asociado con el uso de anticonceptivos hormonales combinados

### VALVULOPATÍA CARDÍACA

Entre las mujeres con valvulopatía cardíaca, el uso de anticonceptivos hormonales combinados puede incrementar aún más el riesgo de trombosis arterial; las mujeres con valvulopatía cardíaca con complicaciones están expuestas a un riesgo mayor.

### CEFALEAS

Aura es un síntoma neurológico focal específico. Para obtener más información sobre esto y otros criterios de diagnóstico, consulte: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1- 150. [http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc\\_II\\_main\\_no\\_print.pdf](http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf)

### PATRONES DE SANGRADO VAGINAL

Los patrones irregulares de sangrado menstrual son comunes en mujeres sanas.



## **SANGRADO VAGINAL INEXPLICABLE**

No hay cuadros clínicos que causen sangrado vaginal que puedan empeorar a corto plazo debido al uso de anticonceptivos hormonales combinados.

## **ENDOMETRIOSIS**

Los anticonceptivos hormonales combinados no empeoran los síntomas de endometriosis, incluso pueden aliviarlos.

## **ECTROPIÓN CERVICAL**

El ectropión cervical no es un factor de riesgo de cáncer cervical, y no hay necesidad de restringir el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

## **CÁNCER CERVICAL (EN ESPERA DE TRATAMIENTO)**

Existe cierta preocupación teórica de que los métodos hormonales combinados puedan afectar el pronóstico de la enfermedad ya existente. Mientras se espera el tratamiento, las mujeres pueden usar anticonceptivos hormonales combinados. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta afección.

## **ENFERMEDADES DE LA MAMA**

**Antecedentes familiares de cáncer :** Las mujeres con BRCA1 o BRCA2 tienen un riesgo inicial de cáncer de mama más alto que las mujeres que no tienen estas mutaciones. La mayoría de las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama no tienen estas mutaciones.

**Cáncer de mama :** El cáncer de mama es un tumor sensible a las hormonas, y el pronóstico de mujeres que tienen o que tuvieron cáncer recientemente puede empeorar con el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

## **CÁNCER DE ENDOMETRIO**

El uso de AOC reduce el riesgo de desarrollar cáncer de endometrio. Mientras esperan tratamiento, las mujeres pueden usar AOCs. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta afección.

## **CÁNCER DE OVARIO**

El uso de AOC reduce el riesgo de desarrollar cáncer de ovario. Mientras esperan tratamiento, las mujeres pueden usar AOCs. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta afección.

## **FIBROMAS UTERINOS**

Los AOCs no parecen causar crecimiento de fibromas uterinos.

## **ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)**

Los AOCs pueden reducir el riesgo de EPI en mujeres con ITS, pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

## **ITS**

Los AOCs pueden reducir el riesgo de EPI en mujeres con ITS, pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

## **ALTO RIESGO DE VIH**

Los AOCs pueden reducir el riesgo de EPI en mujeres con ITS, pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

## **DIABETES**

Aún cuando la tolerancia a los carbohidratos puede cambiar con el uso de anticonceptivos hormonales combinados, la preocupación principal es la enfermedad vascular ocasionada por la diabetes y el riesgo adicional de trombosis arterial por el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

## **ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR**

Los AOCs pueden causar un pequeño aumento en el riesgo de enfermedades de la vesícula biliar. También existe la preocupación de que los AOCs agraven enfermedades existentes de la vesícula biliar.

## **ANTECEDENTES DE COLESTASIS**

**Relacionada con el embarazo :** La colestasis relacionada con el embarazo puede predecir un aumento en el riesgo de desarrollar colestasis asociada a los AOCs.

**Relacionada con uso previo de AOC :** La colestasis relacionada con el uso previo de los AOC predice un aumento en el riesgo con el uso posterior de los AOC.

## **HEPATITIS VIRAL**

**Activa :** Los AOCs son metabolizados por el hígado y su uso puede tener un efecto adverso en las mujeres con función hepática comprometida.

### **CIRROSIS**

Los AOCs son metabolizados por el hígado y su uso puede tener un efecto adverso en las mujeres con función hepática comprometida.

### **TUMORES DEL HÍGADO**

Los AOCs son metabolizados por el hígado y su uso puede tener un efecto adverso en las mujeres con función hepática comprometida. Además, el uso de AOC puede inducir el crecimiento del tumor.

### **TALASEMIA**

Hay evidencia anecdótica de países con prevalencia de talasemia que indica que el uso de AOC no empeora la enfermedad.

### **ANEMIA FERROPÉNICA**

El uso de anticonceptivos hormonales combinados puede disminuir la pérdida de sangre debida a la menstruación.

## Referencias para anticonceptivos orales combinados de dosis baja

1. Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA*, 2000, 284:72-8.
2. Jick SS et al. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1989, 59:618-21.
3. Khader YS et al. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*, 2003, 68:11-7.
4. Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *BMJ*, 1977, 2:729-30.
5. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*, 1998, 57:291-301.
6. Nightingale AL et al. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:265-74.
7. Petitti DB et al. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA*, 1979, 242:1150-4.
8. Straneva P et al. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:78-83.
9. Tanis BC et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:1787-93.
10. Van den Bosch MA et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2003, 1:439-44.
11. WHO. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet*, 1995, 346:1575-82.
12. Rosenberg L et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:1065-70.
13. Abdollahi MC. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:493-8.
14. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:820-7.
15. Heinemann LA et al. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. *Transnational Research Group on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. Contraception*, 1998, 57:29-37.
16. Lewis MA et al. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1997, 56:129-40.
17. WHO. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet*, 1996, 348:505-10.
18. WHO. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. *WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet*, 1996, 348:498-505.
19. WHO. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. *WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet*, 1997, 349:1202-9.
20. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *JAMA*, 1975, 231:718-22.
21. Croft P, Hannaford PC. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*, 1989, 298:165-8.
22. D'Avanzo B et al. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48:324-5.
23. Dunn NR et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*, 1999, 82:581-3.
24. Hannaford PC, Croft PR, Kay CR. Oral contraception and stroke. Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*, 1994, 25:935-42.

25. Kemmeren JM et al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischemic stroke. *Stroke*, 2002, 33:1202-8.
26. Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ*, 1993, 306:956-63.
27. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1995, 102:153-9.
28. Lidegaard O, Kreiner S. Contraceptives and cerebral thrombosis: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002, 65:197-205.
29. Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*, 2003, 67:19-24.
30. Narkiewicz K et al. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *American Journal of Hypertension*, 1995, 8:249-53.
31. Siritho S et al. Risk of ischemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke*, 2003, 34:1575-80.
32. Aberg H, Karlsson L, Melander S. Studies on toxemia of pregnancy with special reference to blood pressure. II. Results after 6-11 years' follow-up. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 1978, 83:97-102.
33. Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstetrics & Gynecology*, 1970, 35:371-6.
34. Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1987, 109:527-31.
35. Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:733-9.
36. Sibai BM et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:501-9.
37. Sibai BM et al. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1995, 172:125-9.
38. Andersen BS et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 1998, 79:28-31.
39. Andersen BS, Olsen J. Oral contraception and factor V Leiden mutation in relation to localization of deep vein thrombosis. *Thrombosis Research*, 1998, 90:191-4.
40. Bloemenkamp KW et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*, 1995, 346:1593-6.
41. Bloemenkamp KW et al. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:49-52.
42. de Bruijn SF et al. Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group.[erratum appears in *BMJ* 1998 Mar 14;316(7134):822]. *BMJ*, 1998, 316:589-92.
43. Emmerich J et al. Combined effect of factor V Leiden and prothrombin 20210A on the risk of venous thromboembolism--pooled analysis of 8 case-control studies including 2310 cases and 3204 controls. Study Group for Pooled-Analysis in Venous Thromboembolism.[erratum appears in *Thromb Haemost* 2001 Dec;86(6):1598]. *Thrombosis & Haemostasis*, 2001, 86:809-16.
44. Legnani C et al. Venous thromboembolism in young women; role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *European Heart Journal*, 2002, 23:984-90.
45. Martinelli I et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1793-7.
46. Martinelli I et al. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 1999, 19:700-3.

47. Middeldorp S et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 135:322-7.
48. Santamaria A et al. Risk of thrombosis associated with oral contraceptives of women from 97 families with inherited thrombophilia: high risk of thrombosis in carriers of the G20210A mutation of the prothrombin gene. *Haematologica*, 2001, 86:965-71.
49. Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk for venous thromboembolism? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:105-12.
50. Vandenbroucke JP et al. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. *Lancet*, 1994, 344:1453-7.
51. Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:452-7.
52. Carolei A, Marini C, De Matteis G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. *Lancet*, 1996, 347:1503-6.
53. Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ*, 1999, 318:13-8.
54. Tzourio C et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*, 1995, 310:830-3.
55. Donaghy M, Chang CL, Poulter N. Duration, frequency, recency, and type of migraine and the risk of ischaemic stroke in women of childbearing age. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2002, 73:747-50.
56. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease (Letter). *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1996, 103:94.
57. MacGregor EA, Guillebaud J. Combined oral contraceptives, migraine and ischaemic stroke. Clinical and Scientific Committee of the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care and the Family Planning Association. *British Journal of Family Planning*, 1998, 24:55-60.
58. Schwartz SM et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*, 1998, 29:2277-84.
59. Cromer BA et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94:687-94.
60. Deijen JB et al. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 1992, 46:359-67.
61. Herzberg BN et al. Oral contraceptives, depression, and libido. *BMJ*, 1971, 3:495-500.
62. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002, 66:393-9.
63. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, CD002120.
64. Berkowitz RS et al. Oral contraceptives and postmolar trophoblastic disease. *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 58:474-7.
65. Curry SL et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study) *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:805-9.
66. Deicas RE et al. The role of contraception in the development of postmolar gestational trophoblastic tumor. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-6.
67. Eddy GL et al. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstetrics & Gynecology*, 1983, 62:736-40.
68. Goldberg GL et al. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1987, 94:22-5.
69. Morrow P et al. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 151:906-14.
70. Stone M et al. Relationship of oral contraception to development of trophoblastic tumour after evacuation of a hydatidiform mole. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1976, 83:913-6.

71. Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentrations of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-7.
72. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-67.
73. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*, 1996, 347:1713-27.
74. Brinton LA et al. Modification of oral contraceptive relationships on breast cancer risk by selected factors among younger women. *Contraception*, 1997, 55:197-203.
75. Colditz GA, Rosner BA, Speizer FE for the Nurses' Health Study Research Group. Risk factors for breast cancer according to family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1996, 88:365-71.
76. Egan KM et al. Risk factors for breast cancer in women with a breast cancer family history. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1998, 7:359-64.
77. Grabrick DM et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *JAMA*, 2000, 284:1791-8.
78. Harris RE, Zang EA, Wynder EL. Oral contraceptives and breast cancer risk: a case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 1990, 19:240-6.
79. Marchbanks PA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:2025-32.
80. Rosenberg L et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 143:25-37.
81. Heimdal K, Skovlund E, Moller P. Oral contraceptives and risk of familial breast cancer. *Cancer Detection & Prevention*, 2002, 26:23-7.
82. Narod SA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002, 94:1773-9.
83. Ursin G et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Research*, 1997, 57:3678-81.
84. The Italian MEGIC Group. Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. *Genitourinary Medicine*, 1993, 69:123-5.
85. Ackers JP et al. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with *T. vaginalis*. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:319-23.
86. Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, Escobedo de la Pena J. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in low-income rural and suburban populations of Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:283-8.
87. Addiss DG et al. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Family Planning Perspectives*, 1987, 19:252-6.
88. Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:118-24.
89. Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1984, 251:2822-4.
90. Avonts D et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:23-9.
91. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-5.
92. Barbone F et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:510-4.
93. Barnes RC et al. Quantitative culture of endocervical Chlamydia trachomatis. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:774-80.
94. Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:307-9.
95. Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhoea in women--Influence of the contraceptive pill. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 2:21-4.

96. Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and Chlamydia trachomatis infection. *Advances in Contraception*, 1988, 4:233-9.
97. Bontis J et al. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Advances in Contraception*, 1994, 10:309-15.
98. Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit *Trichomonas vaginalis*? *Sexually Transmitted Diseases*, 1979, 6:261-3.
99. Bro F, Juul S. Predictors of Chlamydia trachomatis infection in women in general practice. *Family Practice*, 1990, 7:138-43.
100. Burns DC et al. Isolation of Chlamydia from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:314-8.
101. Ceruti M et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1994, 21:119-23.
102. Chacko MR, Lovchik JC. Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, 1984, 73:836-40.
103. Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:209-16.
104. Crowley T et al. Hormonal factors and the laboratory detection of Chlamydia trachomatis in women: implications for screening? *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8:25-31.
105. Edwards D, Phillips D, Stancombe S. Chlamydia trachomatis infection at a family planning clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:333-5.
106. Evans BA et al. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *International Journal of STD & AIDS*, 2003, 14:30-6.
107. Evans DL et al. Detection of Chlamydia trachomatis in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clinical Pediatrics*, 1988, 27:223-8.
108. Fish AN et al. Chlamydia trachomatis infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1989, 31:67-74.
109. Fouts AC, Kraus SJ. *Trichomonas vaginalis*: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *Journal of Infectious Diseases*, 1980, 141:137-43.
110. Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis and *Neisseria gonorrhoeae* in female adolescents. *Pediatrics*, 1983, 71:333-6.
111. Gertig DM et al. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourinary Medicine*, 1997, 73:39-43.
112. Green J. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *British Journal of Cancer*, 2003, 88:1713-20.
113. Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourinary Medicine*, 1985, 61:67.
114. Han Y et al. Risk profile for Chlamydia infection in women from public health clinics in New York State. *Journal of Community Health*, 1993, 18:1-9.
115. Handsfield HH et al. Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis infection in women attending family planning clinics. *JAMA*, 1986, 255:1730-4.
116. Hanna NF et al. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1985, 92:1267-71.
117. Harrison HR et al. Cervical Chlamydia trachomatis infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:244-51.
118. Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:217-20.
119. Herrmann B et al. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine*, 1996, 72:20-6.
120. Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *British Journal of Venereal Diseases*, 1970, 46:106-7.
121. Hilton AL et al. Chlamydia A in the female genital tract. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:1-10.
122. Hiltunen-Back E et al. A nationwide sentinel clinic survey of chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:252-8.

123. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-9.
124. Jaffe LR et al. Chlamydia trachomatis detection in adolescents. A comparison of direct specimen and tissue culture methods. *Journal of Adolescent Health Care*, 1986, 7:401-4.
125. Jick H et al. Vaginal spermicides and gonorrhea. *JAMA*, 1982, 248:1619-21.
126. Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:176-7.
127. Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhea in women using different methods of contraception. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 3:17-9.
128. Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with Chlamydia trachomatis in women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:187-90.
129. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-63.
130. Lefevre JC et al. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 1988, 15:110-3.
131. Louv WC et al. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:396-402.
132. Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of Neisseria gonorrhoeae from women with gonorrhea. *Journal of Infectious Diseases*, 1976, 133:621-6.
133. Lycke E et al. The risk of transmission of genital Chlamydia trachomatis infection is less than that of genital Neisseria gonorrhoeae infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1980, 7:6-10.
134. Macaulay ME et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. Chlamydia infection--the identification of a high-risk group. *Epidemiology & Infection*, 1990, 104:55-61.
135. Magder LS et al. Factors related to genital Chlamydia trachomatis and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:298-308.
136. Magder LS et al. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical Chlamydia trachomatis infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:781-4.
137. Masse R et al. Chlamydia trachomatis cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 1991, 145:953-61.
138. McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of Neisseria gonorrhoeae. *JAMA*, 1982, 247:1292-4.
139. Nayyar KC et al. Isolation of Chlamydia trachomatis from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:396-8.
140. Oh MK et al. Chlamydia trachomatis cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989, 10:376-81.
141. Oriel JD et al. Infection of the uterine cervix with Chlamydia trachomatis. *Journal of Infectious Diseases*, 1978, 137:443-51.
142. Paavonen J, Vesterinen E. Chlamydia trachomatis in cervicitis and urethritis in women. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1982, 32:45-54.
143. Park BJ et al. Contraceptive methods and the risk of Chlamydia trachomatis infection in young women. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:771-8.
144. Pereira LH et al. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 131:683-92.
145. Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of Gardnerella vaginalis, Candida albicans, and Trichomonas vaginalis infections of the vagina. *Journal of Family Practice*, 1989, 28:673-80.
146. Ripa KT et al. Chlamydia trachomatis cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstetrics & Gynecology*, 1978, 52:698-702.
147. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-97.
148. Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *Western Journal of Medicine*, 1983, 138:375-9.



149. Sellors JW et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 2003, 168:421-5.
150. Sessa R et al. Epidemiology of urogenital infections caused by *Chlamydia trachomatis* and outline of characteristic features of patients at risk. *Journal of Medical Microbiology*, 1994, 41:168-72.
151. Shafer MA et al. *Chlamydia trachomatis*: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *Journal of Pediatrics*, 1984, 104:141-6.
152. Smith JS et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:187-94.
153. Staerfelt F et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1983, 40:53-7.
154. Svensson L, Westrom L, Mardh PA. *Chlamydia trachomatis* in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:259-62.
155. Tait IA et al. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1980, 56:37-45.
156. Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *British Journal of Venereal Diseases*, 1978, 54:341-3.
157. Winer RL et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students.[erratum appears in *Am J Epidemiol.* 2003 May 1;157(9):858]. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 157:218-26.
158. Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of *Chlamydia trachomatis* in rural and urban populations. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:30-6.
159. Wolinska WH, Melamed MR. Herpes genitalis in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytologica*, 1970, 14:239-42.
160. Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1977, 53:93-5.
161. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-13.
162. Aklilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
163. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-10.
164. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
165. Chao A et al. National University of Rwanda-Johns Hopkins University AIDS Research Team. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23:371-80.
166. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26:233-41.
167. de Vincenzi I. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:341-6.
168. Ellerbrock TV et al. Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:1704-9.
169. Gray JA et al. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*, 1997, 11:89-94.
170. Guimaraes MD et al. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:538-47.
171. Hira SK et al. Oral contraceptive use and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS*, 1990, 1:447-8.
172. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
173. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.

174. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-40.
175. Kunanusont C et al. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *Lancet*, 1995, 345:1078-83.
176. Laga M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS*, 1993, 7:95-102.
177. Latif AS et al. Genital ulcers and transmission of HIV among couples in Zimbabwe. *AIDS*, 1989, 3:519-23.
178. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-5.
179. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
180. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
181. Moss GB et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: results of a study of couples in Nairobi, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 164:588-91.
182. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-72.
183. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994, 5:570-5.
184. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-21.
185. Pineda JA et al. HIV-1 infection among non-intravenous drug user female prostitutes in Spain. No evidence of evolution to pattern II. *AIDS*, 1992, 6:1365-9.
186. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
187. Plummer FA et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:233-9.
188. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-31.
189. Saracco A et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:497-502.
190. Simonsen JN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4:139-44.
191. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
192. Siraprasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-82.
193. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-5.
194. Stephenson JM. Systematic review of hormonal contraception and risk of HIV transmission: when to resist meta-analysis. *AIDS*, 1998, 12:545-53.
195. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-8.
196. Temmerman M et al. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:495-501.
197. Ungchusak K et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-7.

198. Wang CC, Reilly M, Kreiss JK. Risk of HIV infection in oral contraceptive pill users: a meta-analysis.[erratum appears in J Acquir Immune Defic Syndr 1999 Aug 15;21(5):428]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 1999, 21:51-8.
199. Cejtin HEJ. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-4.
200. Clemetson DB et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 1993, 269:2860-4.
201. Kreiss J et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-601.
202. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:1822-5.
203. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
204. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus-infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:58-63.
205. el Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-7.
206. Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenologica*, 1969, 16:308-10.
207. Gad-el-Mawla N et al. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *Journal of the Egyptian Medical Association*, 1972, 55:137-47.
208. Shaaban MM et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception*, 1982, 26:75-82.
209. Shaaban MM et al. Effect of oral contraception on serum bile acid. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1984, 22:111-5.
210. Sy FS et al. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*, 1986, 34:283-94.
211. Tagy AH et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-6.
212. Back DJ et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1979, 15:193-7.
213. Back DJ et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. *Contraception*, 1980, 21:135-43.
214. Barditch-Crovo P et al. The effects of rifampin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1999, 65:428-38.
215. Bessot JC et al. [Rifampicin interference with oral contraceptives]. *Journal de Médecine de Strasbourg*, 1977, 8:131-3.
216. Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinyloestradiol in man. *Acta Endocrinologica*, 1977, 85:189-97.
217. Gelbke HP, Gethmann U, Knuppen R. Influence of rifampicin treatment on the metabolic fate of [4-14C] mestranol in women. *Hormone and Metabolic Research*, 1977, 9:415-9.
218. Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Medical Journal of Zambia*, 1980, 15:23.
219. Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1973, 2:2957.
220. Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contraires de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: à propos de trois embarazos non désirées chez trois malades. *Revue Française des Maladies Respiratoires*, 1975, 2:174-82.
221. Joshi JV et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception*, 1980, 21:617-29.
222. Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1974, 28:270-2.
223. LeBel M et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 38:1042-50.

224. Meyer B et al. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1990, 47:671-4.
225. Nocke-Finck L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1521-3.
226. Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1975, 4:115-6.
227. Reimers D, Jezek A. [The simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1971, 25:255-62.
228. Skolnick JL et al. Rifampin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA*, 1976, 236:1382.
229. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:31S-8S.
230. Back DJ et al. The interaction of phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 1980, 22:495-503.
231. Bartoli A et al. A double-blind, placebo-controlled study on the effect of vigabatrin on in vivo parameters of hepatic microsomal enzyme induction and on the kinetics of steroid oral contraceptives in healthy female volunteers. *Epilepsia*, 1997, 38:702-7.
232. Crawford P et al. The lack of effect of sodium valproate on the pharmacokinetics of oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1986, 33:23-9.
233. Eldon MA et al. Gabapentin does not interact with a contraceptive regimen of norethindrone acetate and ethinyl estradiol. *Neurology*, 1998, 50:1146-8.
234. Fattore C et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*, 1999, 40:783-7.
235. Ragueneau-Majlessi I, Levy RH, Janik F. Levetiracetam does not alter the pharmacokinetics of an oral contraceptive in healthy women. *Epilepsia*, 2002, 43:697-702.
236. Rosenfeld WE et al. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997, 38:317-23.
237. Sabers A et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, 2001, 47:151-4.
238. Back DJ et al. The effects of ampicillin oral contraceptive steroids in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1982, 14:43-8.
239. Back DJ et al. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*, 1984, 30:289-95.
240. Back DJ et al. Evaluation of Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1988, 25:527-32.
241. Back DJ et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1991, 43:317-23.
242. Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *BMJ*, 1980, 280:293.
243. Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 1986, 61:453-5.
244. Biron CR. Questions surface over whether antibiotics neutralized 'the pill,' resulting in pregnancy. *RDH*, 1996, 16:34-6.
245. Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. *Australian Family Physician*, 1995, 24:928-9.
246. Bromham DR, Cartmill RS. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ*, 1993, 306:556-7.
247. Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990, 22:124-5.
248. Csemiczky G, Alvendal C, Landgren BM. Risk for ovulation in women taking a low-dose oral contraceptive (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with a fluoroquinolone (ofloxacin). *Advances in Contraception*, 1996, 12:101-9.
249. de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficacy of oral contraception during use of minocycline]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, 134:1227-9.

250. DeSano EA, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertility & Sterility*, 1982, 37:853-4.
251. Devenport MH et al. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 27:851-9.
252. Donley TG, Smith RF, Roy B. Reduced oral contraceptive effectiveness with concurrent antibiotic use: a protocol for prescribing antibiotics to women of childbearing age. *Compendium*, 1990, 11:392-6.
253. Dosseter J. Drug interaction with oral contraceptives. *BMJ*, 1984, 4:467-8.
254. Driver J. Use of antibiotics during pregnancy. *British Dental Journal*, 1982, 153:48.
255. el-Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-7.
256. Friedman CI et al. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 1980, 55:33-7.
257. Grimmer SF et al. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*, 1983, 28:53-9.
258. Helms SE et al. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1997, 36:705-10.
259. Hempel E et al. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1973, 95:1451-7.
260. Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. [German]. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung (Jena)*, 1978, 72:924-6.
261. Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica*, 1989, 37:86-9.
262. Hilbert J et al. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:218-23.
263. Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. *British Journal of Dermatology*, 1990, 122:717-8.
264. Joshi JV et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*, 1980, 22:643-52.
265. Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *British Journal of Family Planning*, 1994, 20:33-5.
266. Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *British Journal of Family Planning*, 1992, 18:41-4.
267. Kovacs GT et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Medical Journal of Australia*, 1989, 150:549-51.
268. Kovacs I, Somos P, Hamori M. Examination of the potential interaction between ketoconazole (Nizoral) and oral contraceptives with special regard to products of low hormone content (Rigevidon, Anteovin). *Therapia Hungarica*, 1986, 34:167-70.
269. Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. *Louvain Médical*, 1980, 99:413-4.
270. London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Archives of Dermatology*, 1994, 130:392-3.
271. Lunell NO et al. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal healthy women. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 1991, 32:91-7.
272. Maggiolo F et al. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs under Experimental and Clinical Research*, 1991, 17:451-4.
273. McDaniel PA, Caldrony RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986, 20:384.
274. Meyboom RH et al. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *New Zealand Medical Journal*, 1997, 110:300.
275. Murphy AA et al. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991, 164:28-33.
276. Neely JL et al. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, norethindrone, and endogenous progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 77:416-20.
277. Organon. Nuvaring prescribing information. 2001.
278. Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. *New Zealand Medical Journal*, 1993, 106:436.

279. Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new triazole antifungal drug]. [German]. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1989, 139:370-4.
280. Scholten PC et al. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. Antimicrobial Agents & Chemotherapy, 1998, 42:3266-8.
281. Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. Journal of Adolescent Health Care, 1983, 4:287-9.
282. Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1998, 178:300-4.
283. Sparrow MJ. Pill method failures. New Zealand Medical Journal, 1987, 100:102-5.
284. Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. New Zealand Medical Journal, 1989, 102:575-7.
285. Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion: fourteen years experience. New Zealand Medical Journal, 1998, 111:386-8.
286. van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. British Medical Journal Clinical Research Edition, 1984, 288:1125-6.
287. van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. [Dutch]. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1998, 142:146-9.
288. van Puijenbroek EP et al. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. British Journal of Clinical Pharmacology, 1999, 47:689-93.
289. Wermeling DP et al. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. Obstetrics & Gynecology, 1995, 86:78-84.
290. Young LK et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. New Zealand Medical Journal, 1994, 107:189-92.

<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b> .....	<b>3</b>
Embarazo .....	3
Edad.....	3
Paridad .....	3
Lactancia materna.....	3
Posparto.....	3
Post-aborto .....	3
Historia de embarazo ectópico .....	3
Historia de cirugía pélvica.....	3
Tabaquismo .....	4
Obesidad.....	4
Medición de la presión arterial no disponible .....	4
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b> .....	<b>4</b>
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.....	4
Hipertensión .....	5
Historia de presión arterial alta durante el embarazo .....	5
Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar .....	6
Mutaciones trombogénicas conocidas .....	6
Trombosis venosa superficial.....	6
Cardiopatía isquémica .....	6
Accidente cerebrovascular.....	6
Hiperlipidemias conocidas.....	7
Valvulopatía cardíaca.....	7
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b> .....	<b>7</b>
Cefaleas.....	7
Epilepsia.....	8
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b> .....	<b>8</b>
Trastornos depresivos .....	8
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b> .....	<b>8</b>
Patrones de sangrado vaginal .....	8
Sangrado vaginal de etiología desconocida .....	8
Endometriosis .....	8
Tumores ováricos benignos.....	8
Dismenorrea severa .....	8
Enfermedad del trofoblasto.....	9
Ectropión cervical .....	9
Neoplasia intraepitelial cervical.....	9
Cáncer cervical.....	9
Enfermedades de la mama .....	9
Cáncer de endometrio .....	9
Cáncer de ovario .....	9
Fibromas uterinos .....	9
Enfermedad pélvica inflamatoria .....	10
ITS.....	10
<b>VIH/SIDA</b> .....	<b>10</b>
Alto riesgo de VIH.....	10
Infección por VIH .....	10
SIDA.....	10

<b>OTRAS INFECCIONES .....</b>	<b>10</b>
Esquistosomiasis.....	10
Tuberculosis .....	11
Paludismo .....	11
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS .....</b>	<b>11</b>
Diabetes .....	11
Trastornos tiroideos.....	11
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES .....</b>	<b>11</b>
Enfermedades de la vesícula biliar.....	11
Historia de colestasis .....	12
Hepatitis viral.....	12
Cirrosis.....	12
Tumores del hígado .....	12
<b>ANEMIAS .....</b>	<b>12</b>
Talasemia .....	12
Anemia drepanocítica.....	12
Anemia ferropénica.....	12
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS.....</b>	<b>12</b>
Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas.....	12
Antibióticos.....	13
Terapia antirretroviral .....	13
<b>COMENTARIOS ADICIONALES .....</b>	<b>14</b>
<b>REFERENCIAS PARA LOS ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES, PARCHES Y ANILLO VAGINAL COMBINADOS .....</b>	<b>17</b>



## ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)

Los anticonceptivos inyectables combinados (AIC) producen la liberación de un estrógeno natural más una progestina (progestágeno), y actúan por medio de la inhibición de la ovulación.<sup>1-5</sup> En este documento se consideran dos formulaciones de AIC :

- 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.

Debido a que los estrógenos en los AIC pueden ser más fisiológicos y menos potentes en comparación con los estrógenos sintéticos de los AOC, el tipo y la magnitud de los efectos secundarios relacionados con los estrógenos asociados a los AIC pueden diferir de los que experimentan las usuarias de AOC. De hecho, estudios de corto plazo sobre los AIC han demostrado poco efecto en la presión arterial, la hemostasis y la coagulación, el metabolismo de los lípidos y la función hepática, en comparación con los AOC.<sup>6-8</sup> Además, la administración por vía parenteral de los AIC elimina los efectos de primer paso de las hormonas en el hígado.

Sin embargo, los AIC son un método anticonceptivo relativamente nuevo, y hay pocos datos epidemiológicos sobre sus efectos a largo plazo. También existe cierta preocupación de que si bien el efecto de la exposición hormonal asociada al uso de AOC y los anticonceptivos orales de progestina sola (AOPS) puede reducirse inmediatamente con la interrupción de su uso, éste no es el caso con los inyectables, cuyo efecto continúa durante cierto tiempo después de la última inyección.

El Grupo de Trabajo, en espera de más evidencia, concluyó que la evidencia disponible para los AOC se aplica a los AIC en muchas instancias, aunque no en todas. Por lo tanto, el Grupo de Trabajo asignó para los AIC categorías intermedias entre las categorías para los AOC y las AOPS. Sin embargo, para patologías graves (por ejemplo, cardiopatía isquémica), la clasificación de las condiciones médicas fue la misma que para los AOC. Por lo tanto, las categorías asignadas deben ser consideradas como el mejor juicio preliminar que será reevaluado según se disponga de nueva información.

## PARCHE ANTICONCEPTIVO COMBINADO (PAC)

El parche anticonceptivo combinado utiliza un sistema de 20 cm<sup>2</sup> y tres capas aplicado en la región glútea, el torso, el abdomen o el antebrazo, para liberar etinil estradiol y una progestina (norelgestromina) por vía transdérmica. El efecto anticonceptivo del parche combinado se obtiene a través de la inhibición de la ovulación.<sup>9</sup> El parche anticonceptivo combinado disponible actualmente para consideración en este documento fue:

**Evra** = 17-diacetil norgestimato (norelgestromina) 150 µg más etinil estradiol 20 µg (ambas dosis son tasas de liberación diaria aproximada).

El parche anticonceptivo combinado es un nuevo método anticonceptivo. Se dispone de información relativamente limitada acerca de la seguridad del parche anticonceptivo combinado en mujeres sanas; la información disponible para mujeres con condiciones médicas específicas es aún más escasa. Por otra parte, el Grupo de Trabajo no pudo revisar los datos epidemiológicos sobre los efectos a largo plazo del parche anticonceptivo combinado debido a que éstos no estaban disponibles, y todos los estudios disponibles recibieron el apoyo económico del fabricante del parche.

Según la evidencia disponible, el parche anticonceptivo combinado proporciona una seguridad y un perfil farmacocinético comparables al de los AOC con formulaciones hormonales similares.<sup>9-18</sup> Se informaron molestias mamarias y reacciones cutáneas locales, temporales y a corto plazo, en menos del 25% de las usuarias del parche anticonceptivo combinado.<sup>10-11</sup> Evidencia limitada sugiere que la efectividad del parche puede ser menor en las mujeres que pesan 90 kg o más.<sup>10-11</sup> A la fecha, ningún estudio ha examinado si la ausencia del efecto de primer paso de las hormonas en el hígado con el uso del parche atenúa los problemas relacionados con las interacciones farmacológicas o el uso del parche en mujeres con trastornos hepáticos.

El Grupo de Trabajo, en espera de más evidencia, concluyó que la evidencia disponible para los AOC se aplica al parche. Por consiguiente, el parche debe tener las mismas categorías que los AOC. Por lo tanto, las categorías asignadas deben ser consideradas como el mejor juicio preliminar que será reevaluado según se disponga de nueva información.

### **ANILLO VAGINAL COMBINADO (AVC)**

El anillo vaginal anticonceptivo combinado libera etinil estradiol y una progestina (etonogestrel) a través de un anillo de 54 mm de copolímero de vinilacetato y etileno. El efecto anticonceptivo del anillo vaginal combinado se obtiene a través de la inhibición de la ovulación.<sup>19-20</sup> La formulación del anillo vaginal disponible actualmente para consideración en este documento fue :

**NuvaRing = etonogestrel 120 µg más etinil estradiol 15 µg (ambas dosis son tasas de liberación diaria aproximadas).**

El anillo vaginal anticonceptivo combinado es un método anticonceptivo nuevo. Se dispone de información relativamente limitada acerca de la seguridad del anillo anticonceptivo combinado en mujeres sanas; la información disponible para mujeres con condiciones médicas específicas es aún más escasa. Por otra parte, el Grupo de Trabajo no pudo revisar los datos epidemiológicos sobre los efectos a largo plazo del anillo anticonceptivo combinado debido a que éstos no estaban disponibles, y todos los estudios disponibles recibieron el apoyo económico del fabricante del anillo.

Según la evidencia disponible, el anillo vaginal anticonceptivo combinado proporciona una seguridad y un perfil farmacocinético comparables a los de los AOC con fórmulas hormonales similares.<sup>20-25</sup> La evidencia en mujeres sanas sugiere que el anillo vaginal no altera la flora,<sup>23-24</sup> y evidencia limitada sobre mujeres con lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado indica que el uso del anillo vaginal no empeora este cuadro clínico.<sup>23</sup> A la fecha, ningún estudio ha examinado si la ausencia del efecto del primer paso de las hormonas en el hígado con el uso del anillo vaginal atenúa los problemas relacionados con las interacciones farmacológicas o el uso del anillo vaginal en mujeres con trastornos hepáticos.

El Grupo de Trabajo, en espera de más evidencia, concluyó que la evidencia disponible para los AOC se aplica al anillo vaginal. Por consiguiente, el anillo vaginal debe tener las mismas categorías que los AOC. Por lo tanto, las categorías asignadas deben ser consideradas como el mejor juicio preliminar que será reevaluado según se disponga de nueva información.

<b>ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHES (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS</b>		Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación			<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>AIC</b>	<b>PAC</b>	<b>AVC</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b>				
<b>EMBARAZO</b>	NA	NA	NA	<b>Aclaración :</b> No se requiere el uso de AIC, parches ni anillos. No se conoce ningún daño para la mujer, el curso de su embarazo o el feto si los AIC, PAC o AVC son usados accidentalmente durante el embarazo.
<b>EDAD*</b>				
a) Menarquia a < 40 años	1	1	1	
b) ≥ 40 años	2	2	2	
<b>PARIDAD</b>				
a) Nulípara	1	1	1	
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	1	
<b>LACTANCIA MATERNA*</b>				
a) < 6 semanas posparto	4	4	4	
b) ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna)	3	3	3	
c) ≥ 6 meses posparto	2	2	2	
<b>POSPARTO*</b> (en mujeres que no estén amamantando)				
a) < 21 días	3	3	3	
b) ≥ 21 días	1	1	1	
<b>POST-ABORTO</b>				
a) Primer trimestre	1	1	1	<b>Aclaración :</b> Los AIC, los parches y los anillos pueden iniciarse inmediatamente después de un aborto.
b) Segundo trimestre	1	1	1	
c) Inmediatamente post-aborto séptico	1	1	1	
<b>HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO*</b>	1	1	1	
<b>HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA</b>	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHES (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS	Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AIC	PAC	AVC	
<b>TABAQUISMO</b>				
a) Edad < 35 ans	2	2	2	
b) Edad ≥ 35 ans				
(i) <15 cigarrillos/día	3	3	3	
(ii) ≥15 cigarrillos/día	3	4	4	
<b>OBESIDAD</b> Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30kg/m <sup>2</sup>	2	2	2	<b>Evidencia</b> : Evidencia limitada sugiere que la efectividad del parche puede disminuir en mujeres que pesan 90 kg o más. <sup>10-11</sup>
<b>MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE</b>	NA	NA	NA	<b>Aclaración</b> : Se aconseja tomar la presión arterial antes de iniciar el uso de AIC, PAC o AVC. Sin embargo, en algunos lugares no hay mediciones de presión arterial disponibles. En muchos de estos lugares el riesgo de morbilidad y mortalidad durante el embarazo es alto, y los AIC, los parches y los anillos pueden ser uno de los pocos métodos disponibles. En esos lugares, no se debe negar a las mujeres el uso de AIC, parches o anillos simplemente por no poder tomarles la presión arterial.
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>				
<b>MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL</b> (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	3/4	3/4	3/4	<b>Aclaración</b> : Cuando una mujer tiene múltiples factores de riesgo importantes, –cualquiera de los que por sí solos aumentaría considerablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular–, el uso de AIC, parches o anillos puede aumentar su riesgo hasta niveles inadmisibles. Sin embargo, no debe realizarse una simple suma de categorías de los factores de riesgo, dado que –por ejemplo– una combinación de dos riesgos cualesquiera a los que se les ha asignado una categoría 2 no necesariamente justifica una categoría mayor.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHES (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS</b>		Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AIC	PAC	AVC	
<b>HIPERTENSIÓN*</b>				
Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.				
a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	3	3	3	<b>Aclaración</b> : Se recomienda la evaluación de la causa y el nivel de la hipertensión, lo antes posible.
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	3	3	3	
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)				<b>Aclaración</b> : Las mujeres que reciben el tratamiento adecuado para la hipertensión están expuestas a un menor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con otras mujeres no tratadas. Aunque no hay datos, las usuarias de AIC, PAC o AVC con hipertensión adecuadamente controlada y vigilada deben tener un riesgo menor de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con las usuarias de AIC, PAC o AVC con hipertensión sin tratar.
(i) sistólica 140–159 ó diastólica 90–99	3	3	3	
(ii) sistólica $\geq$ 160 ó diastólica $\geq$ 100	4	4	4	
d) Enfermedad vascular	4	4	4	
<b>HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO</b> (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	2	2	2	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHES (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS</b>		Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación			<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>AIC</b>	<b>PAC</b>	<b>AVC</b>	
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*</b>				
a) Historia de TVP/EP	4	4	4	
b) TVP/EP actual	4	4	4	
c) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	2	2	2	
d) Cirugía mayor				
(i) con inmovilización prolongada	4	4	4	
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	2	
e) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	
<b>MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS</b> (por ejemplo : factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	4	4	4	<b>Aclaración :</b> No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes.
<b>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL*</b>				
a) Venas varicosas	1	1	1	
b) Tromboflebitis superficial	2	2	2	
<b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA*</b> (enfermedad actual o historia)*	4	4	4	
<b>ACCIDENTE CEREBROVASCULAR*</b> (historia de accidente cerebrovascular)	4	4	4	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHES (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS	Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.						
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA			
	AIC	PAC	AVC				
<b>HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS</b>	2/3	2/3	2/3	<b>Aclaración :</b> No es necesario el examen de lípidos de rutina para el uso seguro de anticonceptivos, dada la baja frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes. Si bien algunos tipos de hiperlipidemias constituyen factores de riesgo para enfermedades vasculares, la categoría debe evaluarse de acuerdo con el tipo, la gravedad y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.			
<b>VALVULOPATÍA CARDÍACA*</b>							
a) Sin complicaciones	2	2	2				
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda)	4	4	4				
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b>							
<b>CEFALEAS*</b>	I	C	I	C	I	C	
a) No migrañosas (leves o intensas)	1	2	1	2	1	2	<b>Aclaración :</b> La clasificación depende de un diagnóstico preciso de los dolores de cabeza intensos que son migrañosos y los que no lo son. Debe evaluarse cualquier cefalea nueva o cambio notable en los dolores de cabeza. La clasificación es para las mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular. El riesgo de accidente cerebrovascular aumenta con la edad, la hipertensión y el hábito de fumar.
b) Migraña							
(i) Sin aura							
Edad < 35 ans	2	3	2	3	2	3	
Edad ≥ 35 ans	3	4	3	4	3	4	
(ii) Con aura, a cualquier edad	4	4	4	4	4	4	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHES (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS</b>		Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación			<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>AIC</b>	<b>PAC</b>	<b>AVC</b>	
<b>EPILEPSIA</b>	1	1	1	<b>Aclaración</b> : Si una mujer está tomando anticonvulsivos, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. Ciertos medicamentos para la epilepsia disminuyen la efectividad de los AOC. Aún no se ha aclarado el grado en que el uso de los AIC, los parches o los anillos es similar a los AOC en este aspecto.
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>				
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	1	1	1	<b>Aclaración</b> : La clasificación se basa en los datos de mujeres con trastornos depresivos seleccionados. No existen datos acerca del trastorno bipolar o la depresión posparto. Existe la probabilidad de interacciones farmacológicas entre ciertos medicamentos antidepresivos y los anticonceptivos hormonales.
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b>				
<b>PATRONES DE SANGRADO VAGINAL *</b>				
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1	1	1	
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	1	1	1	<b>Aclaración</b> : Un sangrado inusualmente abundante debe despertar la sospecha de una condición grave subyacente.
<b>SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA*</b> (sospecha de una condición grave)				
Antes de la evaluación	2	2	2	<b>Aclaración</b> : Ante la sospecha de embarazo o de una condición patológica subyacente, (tal como una neoplasia pélvica), debe realizarse una evaluación y ajustar la categoría después de ésta.
<b>ENDOMETRIOSIS*</b>	1	1	1	
<b>TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS</b> (incluyendo quistes)	1	1	1	
<b>DISMENORREA SEVERA</b>	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla



<b>ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHES (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS</b>		Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación			<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>AIC</b>	<b>PAC</b>	<b>AVC</b>	
<b>ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO</b>				
a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna	1	1	1	
b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna	1	1	1	
<b>ECTROPIÓN CERVICAL*</b>	1	1	1	
<b>NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)</b>	2	2	2	<b>Evidencia</b> : Evidencia limitada en mujeres con lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado indicó que el uso del anillo vaginal no empeora esta enfermedad. <sup>23</sup>
<b>CÁNCER CERVICAL*</b> (en espera de tratamiento)	2	2	2	
<b>ENFERMEDADES DE LA MAMA*</b>				<b>Aclaración</b> : Debe realizarse una evaluación lo antes posible.
a) Nódulo sin diagnóstico	2	2	2	
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	
c) Antecedentes familiares de cáncer	1	1	1	
d) Cáncer de mama				
(i) actual	4	4	4	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años	3	3	3	
<b>CÁNCER DE ENDOMETRIO*</b>	1	1	1	
<b>CÁNCER DE OVARIO*</b>	1	1	1	
<b>FIBROMAS UTERINOS*</b>				
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHES (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS</b>		Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación			<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>AIC</b>	<b>PAC</b>	<b>AVC</b>	
<b>ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)*</b>				
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)				
(i) con embarazo posterior	1	1	1	
(ii) sin embarazo posterior	1	1	1	
b) EPI - actual	1	1	1	
<b>ITS*</b>				
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	
<b>VIH/SIDA</b>				
<b>ALTO RIESGO DE VIH*</b>	1	1	1	
<b>INFECCIÓN POR VIH</b>	1	1	1	
<b>SIDA</b>	1	1	1	
Con tratamiento antirretroviral	2	2	2	<b>Aclaración</b> : Si una mujer recibe tratamiento antirretroviral (ARV), consulte la sección sobre interacciones farmacológicas, porque podrían existir interacciones de esta índole entre los anticonceptivos hormonales y los ARV. El SIDA con tratamiento ARV está clasificado como Categoría 2.
<b>OTRAS INFECCIONES</b>				
<b>ESQUISTOSOMIASIS</b>				
a) Sin complicaciones	1	1	1	
b) Fibrosis del hígado (si es grave, consulte cirrosis)	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHES (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS</b>		Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación			<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>AIC</b>	<b>PAC</b>	<b>AVC</b>	
<b>TUBERCULOSIS</b>				
a) No pélvica	1	1	1	Si una mujer está tomando rifampicina, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. La rifampicina probablemente disminuya la efectividad de los AOC. Permanece sin esclarecerse si el uso de los AIC, los parches o los anillos es similar a los AOC en este aspecto
b) Pélvica conocida	1	1	1	
<b>PALUDISMO</b>	1	1	1	
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS</b>				
<b>DIABETES*</b>				
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	<b>Aclaración :</b> La categoría debe evaluarse de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico.  <b>Aclaración :</b> La categoría debe evaluarse de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico.
b) Enfermedad no vascular				
(i) no insulino dependiente	2	2	2	
(ii) insulino dependiente	2	2	2	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	3/4	3/4	3/4	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	3/4	3/4	3/4	
<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b>				
a) Bocio simple	1	1	1	
b) Hipertiroidismo	1	1	1	
c) Hipotiroidismo	1	1	1	
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES</b>				
<b>ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR*</b>				
a) Sintomática				
(i) tratada con colecistectomía	2	2	2	
(ii) tratada médicamente	2	3	3	
(iii) actual	2	3	3	
b) Asintomática	2	2	2	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHES (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS</b>		Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación			<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>AIC</b>	<b>PAC</b>	<b>AVC</b>	
<b>HISTORIA DE COLESTASIS*</b>				
a) Relacionada con el embarazo	2	2	2	
b) Relacionada con uso previo de AOC o de CIC	2	3	3	
<b>HEPATITIS VIRAL*</b>				
a) Activa	3/4	4	4	<b>Aclaración</b> : La categoría debe evaluarse de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico.
b) Portadora	1	1	1	<b>Aclaración</b> : En mujeres con hepatitis viral sintomática, el uso de AIC, PAC y AVC debe posponerse hasta que la función hepática se normalice o hasta 3 meses después de que la mujer se vuelva asintomática, lo que ocurra primero.
<b>CIRROSIS*</b>				
a) Leve (compensada)	2	3	3	
b) Grave (descompensada)	3	4	4	
<b>TUMORES DEL HÍGADO*</b>				
a) Benigno (adenoma)	3	4	4	
b) Maligno (hepatoma)	3/4	4	4	
<b>ANEMIAS</b>				
<b>TALASEMIA</b>	1	1	1	
<b>ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>	2	2	2	
<b>ANEMIA FERROPÉNICA*</b>	1	1	1	
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>				
<b>MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPÁTICAS</b>				
a) Rifampicina	2	3	3	<b>Aclaración</b> : Aunque la interacción de la rifampicina o ciertos anticonvulsivos con los parches o los anillos no es perjudicial para las mujeres, puede reducir la efectividad de éstos. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en mujeres sometidas a tratamientos prolongados con estos medicamentos.
b) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	2	3	3	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES (AIC), PARCHE (PAC) Y ANILLO VAGINAL (AVC) COMBINADOS	Los AIC, los parches y los anillos no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AIC	PAC	AVC	
<b>ANTIBIÓTICOS</b> (menos rifampicina)				
a) Griseofulvina	1	2	2	
b) Otros antibióticos	1	1	1	
<b>TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL</b>	2	2	2	<b>Aclaración :</b> Cabe destacar que los fármacos antirretrovirales (ARV) tienen el potencial tanto para disminuir como para aumentar la biodisponibilidad de las hormonas esteroideas en los anticonceptivos hormonales. Los datos disponibles limitados (expuestos en el Apéndice 1) sugieren que las probables interacciones farmacológicas entre varios ARV (particularmente algunos inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa [INNTI] e inhibidores de la proteasa [IP]) y los anticonceptivos hormonales pueden alterar la seguridad y la efectividad de los anticonceptivos hormonales y los ARV. Se desconoce si la efectividad anticonceptiva de los anticonceptivos inyectables de progestina sola (como acetato de medroxiprogesterona de depósito y enantato de noretisterona) estaría comprometida, ya que estos métodos proporcionan niveles de hormona en sangre mayores que otros anticonceptivos hormonales de progestina sola y que los AOC. Actualmente hay estudios en curso destinados a evaluar las interacciones potenciales entre el acetato de medroxiprogesterona de depósito y fármacos IP e INNTI seleccionados. De este modo, si una mujer con terapia ARV decide iniciar o continuar el uso de anticonceptivos hormonales, debe aconsejarse paralelamente el uso de condones para prevenir la transmisión del VIH. Además, este método puede compensar cualquier reducción posible en la efectividad de la anticoncepción hormonal.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

## **Comentarios adicionales**

### **EDAD**

**Menarquia a < 40 años** : Las preocupaciones teóricas acerca del uso de los anticonceptivos hormonales combinados entre los jóvenes adolescentes no han sido respaldadas con evidencia científica.

**≥ 40 años** : El riesgo de enfermedad cardiovascular aumenta con la edad y también puede aumentar con el uso de anticonceptivos hormonales combinados. En ausencia de otros cuadros clínicos adversos, los anticonceptivos hormonales combinados pueden usarse hasta la menopausia.

### **LACTANCIA MATERNA**

**< 6 semanas posparto** : Existe cierta preocupación teórica que los neonatos puedan encontrarse en riesgo debido a la exposición a hormonas durante las primeras seis semanas posparto.

**≥6 semanas a < 6 meses (principalmente con lactancia materna)** : En los primeros seis meses después del parto, el uso de anticonceptivos hormonales combinados durante la lactancia materna disminuye la cantidad de leche materna y la duración de la lactancia, hecho que puede tener un efecto adverso en el crecimiento del bebé.

### **POSPARTO**

**< 21 días** : También hay cierta preocupación teórica concerniente a la asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales combinados hasta tres semanas posparto y el riesgo de trombosis en la madre. Básicamente, la coagulación de la sangre y la fibrinólisis se normalizan a las 3 semanas después del parto.

### **HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO**

El riesgo de un embarazo ectópico futuro aumenta en mujeres con antecedentes de embarazo ectópico. Los anticonceptivos hormonales combinados brindan protección anticonceptiva en general, incluido el embarazo ectópico.

### **HIPERTENSIÓN**

Enfermedad vascular: Entre las mujeres con enfermedad vascular subyacente, debería evitarse el riesgo elevado de trombosis arterial asociado al uso de anticonceptivos hormonales combinados.

### **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)**

**Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)** : Algunos cuadros clínicos que aumentan el riesgo de TVP/EP son hereditarios.

**Cirugía mayor** : El grado de riesgo de TVP/EP asociado con una cirugía mayor depende del tiempo que la paciente permanezca inmovilizada. No hay necesidad de interrumpir el uso de anticonceptivos hormonales combinados antes de una esterilización quirúrgica femenina.

### **TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL**

Venas varicosas : Las venas varicosas no son un factor de riesgo de TVP/EP.

### **HISTORIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O ENFERMEDAD ACTUAL**

Entre las mujeres con enfermedad vascular subyacente, debería evitarse el riesgo elevado de trombosis arterial asociado al uso de anticonceptivos hormonales combinados.

### **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**

Entre las mujeres con enfermedad vascular subyacente, debería evitarse el riesgo elevado de trombosis arterial asociado al uso de anticonceptivos hormonales combinados.

### **VALVULOPATÍA CARDÍACA**

Entre las mujeres con valvulopatía cardíaca, el uso de anticonceptivos hormonales combinados puede incrementar aún más el riesgo de trombosis arterial; las mujeres con valvulopatía cardíaca con complicaciones están expuestas a un riesgo mayor.

### **CEFALEAS**

Aura es un síntoma neurológico focal específico. Para obtener más información sobre esto y otros criterios de diagnóstico, consulte: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1- 150. [http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc\\_II\\_main\\_no\\_print.pdf](http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf)

### **PATRONES DE SANGRADO VAGINAL**

Los patrones irregulares del sangrado menstrual son comunes en mujeres sanas.

## **SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA**

No hay cuadros clínicos que causen sangrado vaginal que puedan empeorar a corto plazo debido al uso de anticonceptivos hormonales combinados.

## **ENDOMETRIOSIS**

Los anticonceptivos hormonales combinados no empeoran los síntomas de endometriosis, incluso pueden aliviarlos.

## **ECTROPIÓN CERVICAL**

Ectropión cervical no es un factor de riesgo de cáncer cervical, y no hay necesidad de restringir el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

## **CÁNCER CERVICAL (A LA ESPERA DE TRATAMIENTO)**

Existe cierta preocupación teórica de que los métodos hormonales combinados puedan afectar el pronóstico de la enfermedad ya existente. Mientras se espera el tratamiento, las mujeres pueden usar anticonceptivos hormonales combinados. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta afección.

## **ENFERMEDADES DE LA MAMA**

**Historia familiar de cáncer :** Las mujeres con BRCA1 o BRCA2 tienen un riesgo inicial de cáncer de mama más alto que las mujeres que no tienen estas mutaciones. La mayoría de las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama no tienen estas mutaciones.

**Cáncer de mama :** El cáncer de mama es un tumor hormono-sensible, y el pronóstico de mujeres que tienen o que tuvieron cáncer recientemente puede empeorar con el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

## **CÁNCER DE ENDOMETRIO**

Se desconoce si el uso de AIC, parches o anillos reduce el riesgo de desarrollar cáncer de endometrio, como sucede con los AOC. Mientras esperan tratamiento, las mujeres pueden usar AIC, PAC o AVC. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta afección.

## **CÁNCER DE OVARIO**

Se desconoce si el uso de AIC, parches o anillos reduce el riesgo de desarrollar cáncer ovárico, como sucede con los AOC. Mientras esperan tratamiento, las mujeres pueden usar AIC, PAC o AVC. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta afección.

## **FIBROMAS UTERINOS**

Los AOC no parecen causar crecimiento de fibromas uterinos, y tampoco es de esperar que lo hagan los AIC, PAC o AVC.

## **ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)**

Los AOC pueden reducir el riesgo de EPI en mujeres con ITS, pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior. Se desconoce si los AIC, parches y anillos reducen el riesgo de EPI en mujeres con ITS, pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

## **ITS**

Los AOC pueden reducir el riesgo de EPI en mujeres con ITS, pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior. Los AIC, parches y anillos pueden reducir el riesgo de EPI en mujeres con ITS, pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

## **ALTO RIESGO DE VIH**

Los AOC pueden reducir el riesgo de EPI en mujeres con ITS, pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior. Se desconoce si los AIC, parches y anillos reducen el riesgo de EPI en mujeres con ITS, pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

## **DIABETES**

Aún cuando la tolerancia a los carbohidratos puede cambiar con el uso de anticonceptivos hormonales combinados, la preocupación principal es la enfermedad vascular ocasionada por la diabetes y el riesgo adicional de trombosis arterial por el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

## **ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA BILIAR**

Los parches y los anillos, al igual que los AOC, pueden causar un pequeño aumento en el riesgo de enfermedad de la vesícula biliar. También existe la preocupación de que éstos puedan agravar enfermedades existentes de la vesícula biliar. Sin embargo, se ha comprobado que los AIC, a diferencia de los AOC, tienen un efecto mínimo en la función hepática en mujeres sanas, y no tienen efecto de primer paso en el hígado.

## **HISTORIA DE COLESTASIS**

**Relacionada con el embarazo** : La colestasis relacionada con el embarazo puede predecir un aumento en el riesgo de desarrollar colestasis asociada a la terapia hormonal combinada.

**Relacionada con uso previo de AOC o AIC** : La colestasis relacionada con AOC o AIC predice un mayor riesgo asociado con el uso de parches o anillos. Se ha demostrado que los AIC, a diferencia de los AOC, tienen un efecto mínimo en la función hepática en mujeres sanas y no tienen un efecto de primer paso en el hígado.

## **HEPATITIS VIRAL**

**Activa** : A diferencia de los AOC, se ha demostrado que los AIC tienen un efecto mínimo en la función hepática en mujeres sanas y no tienen un efecto de primer paso en el hígado. Sin embargo, debido a que los AIC son metabolizados por el hígado, en teoría, podrían producir efectos adversos en mujeres en las que la función hepática ya está comprometida.

## **CIRROSIS**

A diferencia de los AOC, se ha demostrado que los AIC tienen un efecto mínimo en la función hepática en mujeres sanas y no tienen un efecto de primer paso en el hígado. Sin embargo, debido a que los AIC son metabolizados por el hígado, en teoría, podrían producir efectos adversos en mujeres en las que la función hepática ya está comprometida.

## **TUMORES DEL HÍGADO**

A diferencia de los AOC, se ha demostrado que los AIC tienen un efecto mínimo en la función hepática en mujeres sanas y no tienen un efecto de primer paso en el hígado. Sin embargo, debido a que los AIC son metabolizados por el hígado, en teoría, podrían producir efectos adversos en mujeres en las que la función hepática ya está comprometida.

## **ANEMIA FERROPÉNICA**

El uso de anticonceptivos hormonales combinados puede disminuir la pérdida de sangre debida a la menstruación.



## Referencias para anticonceptivos inyectables, parche y anillo vaginal combinados

1. Aedo AR et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-69.
2. Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1994, 49:347-59.
3. Fotherby K et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*, 1982, 25:261-72.
4. Garza-Flores J et al. A multicentered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depoprovera. *Contraception*, 1987, 36:441-57.
5. Said S et al. A multicentered phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection: I. Contraceptive efficacy and side effects. *Contraception*, 1988, 37:1-20.
6. Meng Y-X et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*, 1990, 455-66.
7. Kesserü EV et al. A multicentered, two-year, phase III clinical trial of norethisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg as a monthly injectable contraceptive. *Contraception*, 1991, 44:589-98.
8. Haiba NA et al. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*, 1989, 39:619-32.
9. Pierson RA et al. Ortho Evra/Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:34-42.
10. Audet M-C et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001, 285:2347-54.
11. Smallwood GH et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 98:799-805.
12. Helmerhorst FM et al. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics [FC 2.30.06], Washington DC, USA, 3-8 September 2000.
13. Dittrich R et al. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinylestradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:15-20.
14. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of a contraceptive patch (Evra/Ortho Evra) containing norelgestromin and ethinylöestradiol at four application sites. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2002, 53:141-6.
15. Abrams LS et al. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*, 2001, 64:287-94.
16. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of norelgestromin and ethinylestradiol delivered by a contraceptive patch (Ortho Evra/Evra) under conditions of heat, humidity, and exercise. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2001, 41:1301-9.
17. Ziemann M. The introduction of a transdermal hormonal contraceptive (Ortho Evra/Evra). *Fertility & Sterility*, 2002, 77(2): s1-s2.
18. Burkman, RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *International Journal of Fertility*, 2002, 47:69-76.
19. Stone SC. Desogestrel. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1995, 38:821-8.
20. Mulders TMT, Dieben TOM. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:865-70.
21. Timmer CJ, Mulders TMT. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clinical Pharmacokinetics*, 2000, 39:233-42.
22. Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:389-95.

23. Dieben TOM, Roumen FJME, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics and Gynecology*, 2002, 100:585-93.
24. Roumen FJME et al. The cervico-vaginal epithelium during 20 cycles of use of a combined contraceptive vaginal ring. *Human Reproduction*, 1996, 11:2443-8.
25. Davies GC, Feng LX, Newton JR. The effects of a combined contraceptive vaginal ring releasing ethinylestradiol and 3-ketodesogestrel on vaginal flora. *Contraception*, 1992, 45:511-8.

<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b> .....	<b>1</b>
Embarazo .....	1
Edad.....	1
Paridad .....	2
Lactancia materna.....	2
Posparto.....	2
Post-aborto .....	2
Historia de embarazo ectópico .....	3
Historia de cirugía pélvica.....	3
Tabaquismo .....	3
Obesidad.....	3
Medición de la presión arterial no disponible .....	3
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b> .....	<b>3</b>
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.....	3
Hipertensión .....	4
Historia de presión arterial alta durante el embarazo .....	4
Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar .....	5
Mutaciones trombogénicas conocidas .....	5
Trombosis venosa superficial.....	5
Cardiopatía isquémica .....	5
Accidente cerebrovascular.....	5
Hiperlipidemias conocidas.....	6
Valvulopatía cardíaca.....	6
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b> .....	<b>6</b>
Cefaleas.....	6
Epilepsia.....	6
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b> .....	<b>7</b>
Trastornos depresivos .....	7
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b> .....	<b>7</b>
Patrones de sangrado vaginal .....	7
Sangrado vaginal de etiología desconocida .....	7
Endometriosis .....	7
Tumores ováricos benignos.....	7
Dismenorrea severa .....	7
Enfermedad del trofoblasto.....	7
Ectropión cervical .....	8
Neoplasia intraepitelial cervical.....	8
Cáncer cervical.....	8
Enfermedades de la mama .....	8
Cáncer de endometrio .....	8
Cáncer de ovario .....	8
Fibromas uterinos .....	8
Enfermedad pélvica inflamatoria .....	8
ITS.....	9
<b>VIH/SIDA</b> .....	<b>9</b>
Alto riesgo de VIH.....	9
Infección por VIH .....	9
SIDA.....	9

<b>OTRAS INFECCIONES .....</b>	<b>9</b>
Esquistosomiasis.....	9
Tuberculosis .....	10
Paludismo .....	10
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS .....</b>	<b>10</b>
Diabetes .....	10
Trastornos tiroideos.....	10
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES .....</b>	<b>10</b>
Enfermedades de la vesícula biliar.....	10
Historia de colestasis .....	11
Hepatitis viral.....	11
Cirrosis.....	11
Tumores del hígado .....	11
<b>ANEMIAS .....</b>	<b>11</b>
Talasemia .....	11
Anemia drepanocítica.....	11
Anemia ferropénica.....	11
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS.....</b>	<b>11</b>
Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas.....	11
Antibióticos.....	12
Terapia antirretroviral .....	12
<b>COMENTARIOS ADICIONALES .....</b>	<b>13</b>
<b>REFERENCIAS PARA LOS ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA .....</b>	<b>15</b>

## ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA

- AOPS = Anticonceptivos orales de progestina sola (AOPS)  
 D/EN = Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)/enantato de noretisterona (EN-NET)  
 LNG/ETG = Implantes de Levonorgestrel (Norplant y Jadelle) e implante de etonogestrel (Implanon)

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG	
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b>				
<b>EMBARAZO</b>	NA			<b>Aclaración</b> : No se requiere el uso de APS. No se conoce ningún daño para la mujer, el curso de su embarazo o el feto si los APS son usados accidentalmente durante el embarazo. Sin embargo, aún resta por esclarecer la relación del uso de AMPD durante el embarazo y sus efectos en el feto.
<b>EDAD*</b>				
a) Menarquia a < 18 años	1	2	1	<b>Evidencia</b> : Evidencia limitada muestra una densidad mineral ósea disminuida a lo largo del tiempo entre las adolescentes usuarias de AMPD, pero no entre las usuarias de implantes de levonorgestrel. Ningún estudio examinó si el uso de AMPD en adolescentes afecta la masa ósea máxima. <sup>1-5</sup>
b) 18 a 45 años	1	1	1	<b>Evidencia</b> : En general, las usuarias actuales de AMPD tienen una densidad mineral ósea disminuida en comparación con las que no lo son; esta disminución se observó generalmente dentro de una desviación estándar de los valores normales. <sup>6</sup> Los resultados para las usuarias actuales de Norplant fueron variados. <sup>6</sup> Un estudio de usuarias de Implanon no mostró cambios en la densidad mineral ósea en dos años. <sup>7</sup>
c) > 45 ans	1	2	1	<b>Evidencia</b> : Usuarias de AMPD de mayor edad presentaron densidad mineral ósea disminuida en comparación con las que no usaban este método. No obstante, evidencia limitada indicó que las mujeres aumentaron la masa ósea tras la interrupción de AMPD antes de la menopausia. Además, en las mujeres posmenopáusicas, no hubo diferencia en la densidad mineral ósea entre ex usuarias de AMPD y aquellas que nunca usaron el método. <sup>8-13</sup>

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG	
<b>PARIDAD</b>				
a) Nulípara	1	1	1	
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	1	
<b>LACTANCIA MATERNA</b>				
a) < 6 semanas posparto	3	3	3	<b>Aclaración</b> : Existe cierta preocupación teórica que los neonatos puedan encontrarse en riesgo debido a la exposición a hormonas durante las primeras seis semanas posparto. Sin embargo, en muchos lugares la morbilidad del embarazo y los riesgos de mortalidad son altos y el acceso a los servicios es limitado. Los APS pueden ser uno de los pocos métodos ampliamente disponibles y accesibles para las mujeres que están amamantando inmediatamente después del parto. <b>Evidencia</b> : Algunos estudios han demostrado que la administración de los APS durante las primeras seis semanas después del parto no modifica el desarrollo de la lactancia materna y tampoco tiene efecto sobre la salud y el crecimiento de los bebés amamantados. Sin embargo, no existen datos que evalúen los efectos de la exposición a progestinas a través de la leche materna en el desarrollo del cerebro y el hígado de los bebés. <sup>14-38</sup>
b) ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna)	1	1	1	
c) ≥ 6 meses posparto	1	1	1	
<b>POSPARTO*</b> (en mujeres que no estén amamantando)				
a) < 21 días	1	1	1	
b) ≥ 21 días	1	1	1	
<b>POST-ABORTO</b>				
a) Primer trimestre	1	1	1	<b>Aclaración</b> : Los APS se pueden comenzar inmediatamente después de un aborto. <b>Evidencia</b> : Evidencia limitada sugiere que no hay efectos secundarios adversos cuando el Norplant o En-NET se inician después de un aborto de primer trimestre. <sup>39-42</sup>
b) Segundo trimestre	1	1	1	
c) Inmediatamente post-aborto séptico	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG	
<b>HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO*</b>	2	1	1	
<b>HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA</b>	1	1	1	
<b>TABAQUISMO</b> a) Edad < 35 ans b) Edad ≥ 35 ans (i) <15 cigarrillos/día (ii) ≥15 cigarrillos/día	1	1	1	
<b>OBESIDAD</b> Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30kg/m <sup>2</sup>	1	1	1	<b>Evidencia</b> : Los estudios brindan una evidencia conflictiva con respecto a si las mujeres obesas tienen mayor riesgo de aumento de peso y problemas de sangrado con el uso de AMPD en comparación con las usuarias de AMPD que no son obesas. <sup>43-45</sup> Los estudios demuestran que las mujeres obesas no experimentan una disminución en la efectividad cuando utilizan cápsulas suaves de Norplant o Jadelle. <sup>46-48</sup>
<b>MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE</b>	NA	NA	NA	<b>Aclaración</b> : Se aconseja tomar la presión arterial antes de iniciar el uso de APS. Sin embargo, en algunos lugares no es factible medir la presión arterial. En muchos de estos lugares la morbilidad del embarazo y los riesgos de mortalidad son altos, y los APS constituyen uno de los pocos métodos ampliamente disponibles. En esos lugares, no se debe negar a las mujeres el uso de APS simplemente por no poder tomarles la presión arterial.
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>				
<b>MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL</b> (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	2	3	2	<b>Aclaración</b> : Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Algunos APS pueden aumentar el riesgo de una trombosis, aunque esto es sustancialmente menor que con los AOC. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante cierto tiempo después de su discontinuación.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG	
<b>HIPERTENSIÓN*</b>				
Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.				
a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	2	2	2	<b>Aclaración</b> : Se aconseja tomar la presión arterial antes de iniciar el uso de APS. Sin embargo, en algunos lugares no es factible medir la presión arterial. En muchos de estos sitios, la morbilidad del embarazo y los riesgos de mortalidad son altos, y los APS constituyen uno de los pocos métodos ampliamente disponibles. En esos lugares, no se debe negar a las mujeres el uso de APS simplemente por no poder tomarles la presión arterial.
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	1	2	1	<b>Aclaración</b> : Las mujeres que reciben el tratamiento adecuado para la hipertensión están expuestas a un menor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con aquellas sin tratar. Aunque no hay datos, las usuarias de APS con hipertensión adecuadamente controlada y vigilada deberían tener un riesgo menor de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con las usuarias de APS sin tratar.
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)				<b>Evidencia</b> : Evidencia limitada sugiere que entre las mujeres con hipertensión, quienes usan AOPS o inyectables de progestina sola pueden tener un riesgo mayor de eventos cardiovasculares en comparación con aquellas que no utilizan estos métodos. <sup>49</sup>
(i) sistólica 140–159 ó diastólica 90–99	1	2	1	
(ii) sistólica ≥160 ó diastólica ≥100	2	3	2	
d) Enfermedad vascular	2	3	2	
<b>HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO.</b> (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla



ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG	
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*</b> a) Historia de TVP/EP b) TVP/EP actual c) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado) d) Cirugía mayor (i) con inmovilización prolongada (ii) sin inmovilización prolongada e) Cirugía menor sin inmovilización				
<b>MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS</b> (por ejemplo : factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	2	2	2	<b>Aclaración :</b> No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes.
<b>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL*</b> a) Venas varicosas b) Tromboflebitis superficial				
<b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</b> (enfermedad actual o historia)*	I   C 2   3	3	I   C 2   3	
<b>ACCIDENTE CEREBROVASCULAR*</b> (historia de accidente cerebrovascular)	I   C 2   3	3	I   C 2   3	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.						
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA			
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG				
<b>HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS</b>	2	2	2	<b>Aclaración</b> : No es necesario el análisis de lípidos de rutina para el uso seguro de los anticonceptivos dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes. Algunos tipos de hiperlipidemias constituyen factores de riesgo para enfermedades vasculares.			
<b>VALVULOPATÍA CARDÍACA*</b>							
a) Sin complicaciones	1	1	1				
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda)	1	1	1				
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b>							
<b>CEFALEAS*</b>	I	C	I	C	I	C	
a) No migrañosas (leves o intensas)	1	1	1	1	1	1	<b>Aclaración</b> : La clasificación depende de un diagnóstico preciso de los dolores de cabeza intensos que son migrañosos y los que no lo son. Debe evaluarse cualquier cefalea nueva o cambio notable en los dolores de cabeza. La clasificación es para las mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular. El riesgo de accidente cerebrovascular aumenta con la edad, la hipertensión y el tabaquismo.
b) Migraña							
(i) Sin aura							
Edad < 35 ans	1	2	2	2	2	2	
Edad > 35 ans	1	2	2	2	2	2	
(ii) Con aura, a cualquier edad	2	3	2	3	2	3	
<b>EPILEPSIA</b>	1		1		1		<b>Aclaración</b> : Si una mujer está tomando anticonvulsivos, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. Ciertos fármacos antiepilépticos reducen la efectividad de los APS.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG	
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>				
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	1	1	1	<b>Aclaración :</b> La clasificación se basa en los datos de mujeres con trastornos depresivos seleccionados. No existen datos acerca del trastorno bipolar o la depresión posparto. Existe la probabilidad de interacciones farmacológicas entre ciertos medicamentos antidepresivos y los anticonceptivos hormonales. <b>Evidencia:</b> Los APS no aumentaron los síntomas depresivos en mujeres con depresión en comparación con su estado inicial. <sup>50-53</sup>
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b>				
<b>PATRONES DE SANGRADO VAGINAL*</b>				
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	2	2	2	
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	2	2	2	<b>Aclaración :</b> Un sangrado inusualmente abundante debe despertar sospecha de una condición grave subyacente.
<b>SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA*</b> (sospecha de una condición grave)				
Antes de la evaluación	2	3	3	<b>Aclaración :</b> Antes la sospecha de embarazo o de una condición patológica subyacente, (tal como una neoplasia pélvica), debe realizarse una evaluación y ajustar la categoría después de ésta.
<b>ENDOMETRIOSIS</b>	1	1	1	
<b>TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS</b> (incluyendo quistes)	1	1	1	
<b>DISMENORREA SEVERA</b>	1	1	1	
<b>ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO</b>				
a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna	1	1	1	
b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG	
<b>ECTROPIÓN CERVICAL</b>	1	1	1	
<b>NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)</b>	1	2	2	<b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con infección persistente por VPH, el uso de AMPD a largo plazo ( $\geq 5$ años) puede aumentar el riesgo de carcinoma in situ y carcinoma invasivo. <sup>54</sup>
<b>CÁNCER CERVICAL*</b> (en espera de tratamiento)*	1	2	2	
<b>ENFERMEDADES DE LA MAMA*</b>				<b>Aclaración</b> : Debe realizarse una evaluación lo antes posible.
a) Nódulo sin diagnóstico	2	2	2	
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	
c) Antecedentes familiares de cáncer	1	1	1	
d) Cáncer de mama				
(i) actual	4	4	4	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años	3	3	3	
<b>CÁNCER DE ENDOMETRIO*</b>	1	1	1	
<b>CÁNCER DE OVARIO*</b>	1	1	1	
<b>FIBROMAS UTERINOS*</b>				
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	
<b>ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)*</b>				
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)				
(i) con embarazo posterior	1	1	1	
(ii) sin embarazo posterior	1	1	1	
b) EPI - actual	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)</b>		Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación			<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>AOPS</b>	<b>D/EN</b>	<b>LNG/ETG</b>	
<b>ITS*</b>				
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	<b>Evidencia :</b> La evidencia sugiere que puede haber un mayor riesgo de cervicitis por clamidia entre las usuarias de AMPD con alto riesgo de contagio de ITS. Para otras ITS, hay evidencia de que no existe asociación entre el uso de AMPD y la adquisición de ITS o bien la evidencia es limitada como para sacar alguna conclusión. No hay evidencia para otros APS. <sup>55-61</sup>
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	
<b>VIH/SIDA</b>				
<b>ALTO RIESGO DE VIH*</b>	1	1	1	<b>Evidencia :</b> En términos generales, la evidencia es contradictoria con respecto a si existe un mayor riesgo de infección por VIH entre las usuarias de APS, en comparación con aquéllas que no lo son. <sup>62-78</sup>
<b>INFECCIÓN POR VIH</b>	1	1	1	<b>Evidencia :</b> Los estudios son contradictorios con respecto a si existe un riesgo aumentado de transmisión de VIH y virus del herpes simple (VHS) entre las mujeres VIH-positivas que usan AMPD. <sup>79-81</sup>
<b>SIDA</b> Con tratamiento antirretroviral	1 2	1 2	1 2	<b>Aclaración :</b> Si una mujer recibe terapia antirretroviral (ARV), consulte la sección sobre interacciones farmacológicas, porque podrían existir interacciones de esta índole entre los anticonceptivos hormonales y los ARV. El SIDA con tratamiento ARV está clasificado como Categoría 2.
<b>OTRAS INFECCIONES</b>				
<b>ESQUISTOSOMIASIS</b>				
a) Sin complicaciones	1	1	1	<b>Evidencia :</b> Entre las mujeres con esquistosomiasis sin complicaciones, el uso de AMPD no tiene efectos adversos en la función hepática. <sup>82</sup>
b) Fibrosis del hígado (si es grave, consulte cirrosis)	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG	
<b>TUBERCULOSIS</b>				
a) No pélvica	1	1	1	<b>Aclaración</b> : Si una mujer está tomando rifampicina, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. La rifampicina probablemente disminuya la efectividad de los APS.
b) Pélvica conocida	1	1	1	
<b>PALUDISMO</b>	1	1	1	
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS</b>				
<b>DIABETES*</b>				
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	
b) Enfermedad no vascular				
(i) no insulino dependiente	2	2	2	
(ii) insulino dependiente	2	2	2	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	2	3	2	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	2	3	2	
<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b>				
a) Bocio simple	1	1	1	
b) Hipertiroidismo	1	1	1	
c) Hipotiroidismo	1	1	1	
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES</b>				
<b>ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR*</b>				
a) Sintomática				
(i) tratada con colecistectomía	2	2	2	
(ii) tratada médicamente	2	2	2	
(iii) actual	2	2	2	
b) Asintomática	2	2	2	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG	
<b>HISTORIA DE COLESTASIS*</b>				
a) Relacionada con el embarazo	1	1	1	
b) Relacionada con uso previo de AOC	2	2	2	
<b>HEPATITIS VIRAL*</b>				
a) Activa	3	3	3	
b) Portadora	1	1	1	
<b>CIRROSIS*</b>				
a) Leve (compensada)	2	2	2	
b) Grave (descompensada)	3	3	3	
<b>TUMORES DEL HÍGADO*</b>				
a) Benigno (adenoma)	3	3	3	
b) Maligno (hepatoma)	3	3	3	
<b>ANEMIAS</b>				
<b>TALASEMIA</b>	1	1	1	
<b>ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>	1	1	1	<b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con anemia drepanocítica, el uso de APS no tiene efectos adversos en los parámetros hematológicos y, en algunos estudios, fue beneficioso en cuanto a los síntomas clínicos. <sup>83-90</sup>
<b>ANEMIA FERROPÉNICA*</b>	1	1	1	
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>				
<b>MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPÁTICAS</b>				
a) Rifampicina	3	2	3	<b>Aclaración</b> : Aunque la interacción de la rifampicina o ciertos anticonvulsivos con las AOPS y los implantes de LNG/ETG no es perjudicial para las mujeres, puede reducir la efectividad de estos métodos. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en mujeres sometidas a tratamientos prolongados con estos fármacos. Aún resta esclarecer si es beneficioso aumentar la dosis de hormonas de las AOPS. <b>Evidencia</b> : El uso de ciertos anticonvulsivos disminuye la efectividad anticonceptiva de los APS. <sup>91-93</sup>
b) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3	2	3	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)	Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ ETG	
<b>ANTIBIÓTICOS</b> (menos rifampicina) a) Griseofulvina b) Otros antibióticos	 2 1	 1 1	 2 1	
<b>TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL</b>	2	2	2	<b>Aclaración</b> : Cabe destacar que los fármacos antirretrovirales (ARV) tienen el potencial tanto para disminuir como para aumentar la biodisponibilidad de las hormonas esteroideas en los anticonceptivos hormonales. Los datos disponibles limitados (expuestos en el Apéndice 1) sugieren que las probables interacciones farmacológicas entre varios ARV (particularmente algunos inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa [INNTI] e inhibidores de la proteasa [IP]) y los anticonceptivos hormonales pueden alterar la seguridad y la efectividad de los anticonceptivos hormonales y los ARV. Se desconoce si la efectividad anticonceptiva de los anticonceptivos inyectables de progestina sola (como acetato de medroxiprogesterona de depósito y enantato de noretisterona) estaría comprometida, ya que estos métodos proporcionan niveles de hormona en sangre mayores que otros anticonceptivos de progestina sola y que los AOC. Actualmente hay estudios en curso destinados a evaluar las interacciones potenciales entre el acetato de medroxiprogesterona de depósito y fármacos IP e INNTI seleccionados. De este modo, si una mujer con tratamiento ARV decide iniciar o continuar el uso de anticonceptivos hormonales, debe aconsejarse paralelamente el uso de condones para prevenir la transmisión del VIH. Además, este método puede compensar cualquier reducción posible en la efectividad de la anticoncepción hormonal.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla



## Comentarios adicionales

### EDAD

**Menarquia a < 18 años** : Para mujeres menores de 18 años, existen inquietudes teóricas con relación al efecto hipoestrogénico del uso de AMPD, y si estas mujeres adquirirán la masa ósea máxima adecuada.

**> 45 años** : Para mujeres mayores de 45 años, existen inquietudes teóricas con relación al efecto hipoestrogénico, debido al uso de AMPD, y si estas mujeres repondrán la masa ósea tras la interrupción de AMPD.

### POSPARTO

< 21 días : Los APS pueden ser utilizados con seguridad por mujeres que no estén amamantando, inmediatamente después del parto.

### HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO

Las AOPS tienen una tasa absoluta mayor de embarazo ectópico, comparados con otros APS, pero siempre menor que no utilizar un método.

### HIPERTENSIÓN

Enfermedad vascular: Existe preocupación acerca de los efectos hipoestrogénicos y disminución de HDL, especialmente entre las usuarias de AMPD y EN-NET: Sin embargo, hay poca preocupación de estos efectos con relación a los AOPS o los implantes de LNG/ETG. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir por algún tiempo después de interrumpir su uso.

### TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)

Algunos APS pueden aumentar el riesgo de una trombosis venosa, aunque este aumento es sustancialmente menor que con los AOC.

### HISTORIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O ENFERMEDAD ACTUAL

Existe preocupación acerca de los efectos hipoestrogénicos y disminución de HDL, especialmente entre las usuarias de AMPD y EN-NET: Sin embargo, hay poca preocupación de estos efectos con relación a los AOPS o los implantes de LNG/ETG. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir por algún tiempo después de interrumpir su uso.

### ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Existe preocupación acerca de los efectos hipoestrogénicos y disminución de HDL, especialmente entre las usuarias de AMPD y EN-NET: Sin embargo, hay poca preocupación de estos efectos con relación a los AOPS o los implantes de LNG/ETG. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir por algún tiempo después de interrumpir su uso.

### CEFALEAS

Aura es un síntoma neurológico focal específico. Para obtener más información sobre esto y otros criterios de diagnóstico, consulte: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1- 150. [HTTP://216.25.100.131/IHSCOMMON/GUIDELINES/PDFS/IHC\\_II\\_MAIN\\_NO\\_PRINT.PDF](http://216.25.100.131/IHSCOMMON/GUIDELINES/PDFS/IHC_II_MAIN_NO_PRINT.PDF)

Existe cierta preocupación acerca que las cefaleas severas puedan aumentar con el uso de EN-NET, AMPD e implantes. Los efectos de EN-NET y AMPD pueden persistir por algún tiempo después de discontinuar su uso.

### PATRONES DE SANGRADO VAGINAL

Los patrones del sangrado irregular son comunes en mujeres sanas. El uso de APS frecuentemente inducen un patrón irregular de sangrado. El uso de implantes puede inducir patrones irregulares de sangrado, especialmente durante los primeros 3-6 meses, pero estos patrones pueden continuar por más tiempo. Las usuarias de implantes de etonogestrel tienen más probabilidades de desarrollar amenorrea que las usuarias de implantes de levonorgestrel.

### SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA

Los APS pueden causar patrones irregulares de sangrado que pueden enmascarar patología subyacente. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante algún tiempo después de discontinuar su uso.

### CÁNCER CERVICAL (EN ESPERA DEL TRATAMIENTO)

Existe cierta preocupación teórica de que el uso de APS pueda afectar el pronóstico de la enfermedad existente. Mientras esperan tratamiento, las mujeres pueden usar APS. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta afección.

### ENFERMEDADES DE LA MAMA

Cáncer de mama: El cáncer de mama es un tumor hormono sensible, y el pronóstico de mujeres que padecen o que tuvieron cáncer recientemente puede empeorarse con el uso de APS.

## **CÁNCER DE ENDOMETRIO**

Mientras esperan tratamiento, las mujeres pueden usar APS. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta afección.

## **CÁNCER DE OVARIO**

Mientras esperan tratamiento, las mujeres pueden usar APS. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta afección.

## **FIBROMAS UTERINOS**

Los APS no parecen causar crecimiento de los fibromas uterinos.

## **ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)**

Si los APS, como los AOC, reducen el riesgo de EPI entre mujeres con ITS, se desconoce; pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

## **ITS**

Si los APS, como los AOC, reducen el riesgo de EPI entre mujeres con ITS, se desconoce; pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

## **ALTO RIESGO DE VIH**

Si los APS, como los AOC, reducen el riesgo de EPI entre mujeres con ITS, se desconoce; pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

## **DIABETES**

Enfermedad no vascular: Los APS pueden influenciar ligeramente el metabolismo de los carbohidratos.

Nefropatía, retinopatía, neuropatía: Existe preocupación acerca de los efectos hipoestrogénicos y disminución de HDL, especialmente entre las usuarias de AMPD y EN-NET. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante cierto tiempo después de discontinuar su uso. Algunos APS pueden aumentar el riesgo de una trombosis, aunque este aumento es sustancialmente menor que con los AOC.

Otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración: Existe preocupación acerca de los efectos hipoestrogénicos y la disminución de HDL, especialmente entre las usuarias de AMPD y EN-NET. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante cierto tiempo después de discontinuar su uso. Algunos APS pueden aumentar el riesgo de una trombosis, aunque este aumento es sustancialmente menor que con los AOC.

## **HISTORIA DE COLESTASIS**

Teóricamente, la historia de colestasis relacionada con AOC puede predecir colestasis posterior con el uso de APS. Sin embargo, esto no ha sido documentado.

## **HEPATITIS VIRAL**

Activa: Los APS son metabolizados por el hígado y su uso puede tener un efecto negativo en mujeres con función hepática comprometida. Esta preocupación es menor que con los AOC.

## **CIRROSIS**

Los APS son metabolizados por el hígado y su uso puede tener un efecto negativo en mujeres con función hepática comprometida. Esta preocupación es menor que con los AOC.

## **TUMORES DEL HÍGADO**

Los APS son metabolizados por el hígado y su uso puede tener un efecto negativo en mujeres con función hepática comprometida. Además, el uso de APS puede inducir el crecimiento del tumor. Esta preocupación es menor que con los AOC.

## **ANEMIA FERROPÉNICA**

Los cambios en el patrón de la menstruación asociados con el uso de APS tienen poco efecto sobre los niveles de hemoglobina.

## Referencias para anticonceptivos de progestina sola

1. Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:257-9.
2. Cromer BA et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-6.
3. Cundy T et al. Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92:569-73.
4. Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female army recruits. *Osteoporosis International*, 2001, 12:35-42.
5. Tharnprisan W, Taneepanichskul S. Bone mineral density in adolescent and young Thai girls receiving oral contraceptives compared with depot medroxyprogesterone acetate: a cross-sectional study in young Thai women. *Contraception*, 2002, 66:101-3.
6. Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1214-21.
7. Beerthuis R et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction*, 2000, 15:118-22.
8. Cundy T et al. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ*, 1994, 308:247-8.
9. Cundy T, Reid I. Depot medroxyprogesterone and bone density. *BMJ*, 1994, 308:1567-8.
10. Cundy T et al. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:978-83.
11. Gbolade B et al. Bone density in long term users of depot medroxyprogesterone acetate. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1998, 105:790-4.
12. Orr-Walker BJ et al. The effect of past use of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in normal post-menopausal women. *Clinical Endocrinology*, 1998, 49:615-8.
13. Tang OS et al. Further evaluation on long-term depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*, 2000, 62:161-4.
14. Abdel-Aleem H et al. The use of nomegestrol acetate subdermal contraceptive implant, Uniplant, during lactation. *Contraception*, 1996, 54:281-6.
15. Abdulla KA et al. Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, Norplant, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception*, 1985, 32:261-6.
16. Bjarnadottir RI et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 108:1174-80.
17. Croxatto HB et al. Fertility regulation in nursing women. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 144:201-8.
18. Diaz S et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception*, 1984, 30:311-25.
19. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:1250-6.
20. Hannon PR et al. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997, 151:490-6.
21. Jimenez J et al. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 1984, 30:523-33.
22. Kamal I et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation: clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1970, 108:655-8.
23. Karim M et al. Injected progestogen and lactation. *British Medical Journal*, 1971, 1:200-3.
24. Massai R et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*, 1999, 60:9-14.

25. McCann MF et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*, 1989, 40:635-48.
26. McEwan JA et al. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception*, 1977, 16:339-50.
27. Melis GB et al. Norethisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. *Contraception*, 1981, 23:77-88.
28. Moggia AV et al. A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina.[Erratum appears in *Contraception*, 1991 Sep; 44(3):339]. *Contraception*, 1991, 44:31-43.
29. Narducci U, Piatti N. [Use of Depo-Provera as a contraceptive during the puerperium]. *Minerva Ginecologica*, 1973, 107-11.
30. Seth U et al. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*, 1977, 16:383-98.
31. Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, Norplant, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:623-35.
32. Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 1991, 40:705-10.
33. Shikary ZK et al. Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breast-fed male infants. *Contraception*, 1986, 34:403-12.
34. Sivin I et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper t 380a iud. *Contraception*, 1997, 55:225-32.
35. Velasquez J et al. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and chemical composition of milk]. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 1976, 40(237):31-9.
36. West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983, 27:563-9.
37. Zanartu J, Aguilera E, Munoz-Pinto G. Maintenance of lactation by means of continuous low-dose progestogen given post-partum as a contraceptive. *Contraception*, 1976, 13:313-8.
38. Reinprayoon D et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000, 62:239-46.
39. Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*, 1983, 27:473-82.
40. Kurunmaki H et al. Immediate postabortal contraception with Norplant: levonorgestrel, gonadotropin, estradiol, and progesterone levels over two postabortal months and return of fertility after removal of Norplant capsules. *Contraception*, 1984, 30:431-42.
41. Lahteenmaki P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*, 1983, 27:553-62.
42. Ortayli N et al. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*, 2001, 63:309-14.
43. Connor PD et al. Determining risk between Depo-Provera use and increased uterine bleeding in obese and overweight women. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2002, 15:7-10.
44. Leiman G. Depo-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1972, 114:97-102.
45. Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2002, 15:79-82.
46. Sivin I et al. Contraception with two levonorgestrel rod implants. A 5-year study in the United States and Dominican Republic. *Contraception*, 1998, 58:275-82.
47. Sivin I et al. Prolonged effectiveness of Norplant(R) capsule implants: a 7-year study. *Contraception*, 2000, 61:187-94.
48. Sivin I et al. Levonorgestrel concentrations during 7 years of continuous use of Jadelle contraceptive implants. *Contraception*, 2001, 64:43-9.
49. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-24.

50. Cromer BA et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94:687-94.
51. Gupta N et al. Mood changes in adolescents using depot-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2001, 14:71-6.
52. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-5.
53. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-40.
54. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-67.
55. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-5.
56. Giuliano AR et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2001, 10:1129-36.
57. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-9.
58. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-63.
59. Moscicki AB et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA*, 2001, 285:2995-3002.
60. Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1989, 28:365-7.
61. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for *Chlamydia trachomatis* on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-97.
62. Akililu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
63. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-10.
64. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
65. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26:233-41.
66. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
67. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
68. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-40.
69. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-5.
70. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
71. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
72. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-72.
73. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-21.
74. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
75. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-31.

76. Siraprapasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-82.
77. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-8.
78. Ungchusak K et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviro* 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-7.
79. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:1822-5.
80. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
81. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus-infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:58-63.
82. Tagy AH et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-6.
83. Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on sickling. *American Journal of the Medical Sciences*, 1973, 265:367-70.
84. Barbosa IC et al. Carbohydrate Metabolism in Sickle Cell Patients Using a Subdermal Implant Containing Norgestrel Acetate (Uniplant). *Contraception*, 2001, 63:263-5.
85. de Abood M et al. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the Painful Crises of Sickle Cell Anemia Patients. *Contraception*, 1997, 56:313-6.
86. De Ceulaer K et al. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*, 1982, 2:229-31.
87. Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, Counselling, and Pregnancy in Women with Sickle Cell Disease. *BMJ*, 1993, 306:1735-7.
88. Ladipo OA et al. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1993, 41:85-7.
89. Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Norgestrel acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1998, 64:433-8.
90. Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *British Journal of Haematology*, 1999, 104:868-70.
91. Haukamaa M. Contraception by Norplant subdermal capsules is not reliable in epileptic patients on anticonvulsant treatment. *Contraception*, 1986, 33:559-65.
92. Odland V, Olsson SE. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*, 1986, 33:257-61.
93. Shane-McWhorter L et al. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*, 1998, 18:1360-4.

Embarazo .....	1
Lactancia materna.....	1
Historia de embarazo ectópico .....	1
Historia de complicaciones cardiovasculares graves .....	1
Angina de pecho .....	1
Migraña.....	1
Enfermedad hepática grave .....	1
Uso repetido de las píldoras anticonceptivas de emergencia .....	1
Violación .....	1





## PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE) (incluidas las píldoras anti-conceptivas de levonorgestrel y las píldoras anticonceptivas orales combinadas)	Las PAE no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.	
CONDICIÓN	CATEGORÍA	ACLARACIONES/EVIDENCIA
<b>EMBARAZO</b>	NA	<b>Aclaración :</b> Las PAE no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>LACTANCIA MATERNA</b>	1	
<b>HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO</b>	1	
<b>HISTORIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES GRAVES*</b> (cardiopatía isquémica, ataque cerebrovascular, u otros trastornos tromboembólicos)	2	
<b>ANGINA DE PECHO*</b>	2	
<b>MIGRAÑA*</b>	2	
<b>ENFERMEDAD HEPÁTICA GRAVE</b> (incluso ictericia)	2	
<b>USO REPETIDO DE LAS PAE</b>	1	<b>Aclaración :</b> El uso recurrente de las PAE es una indicación de que la mujer requiere más asesoramiento sobre otras opciones de anticonceptivos. La repetición frecuente de las PAE puede ser dañina para mujeres con condiciones clasificadas como 2, 3 o 4 para el uso de AOC, AIC o APS.
<b>VIOLACIÓN*</b>	1	

### \* Comentarios adicionales

#### **HISTORIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES GRAVES**

La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

#### **ANGINA DE PECHO**

La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

#### **MIGRAÑA**

La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

**ENFERMEDAD HEPÁTICA GRAVE (incluso ictericia)**

La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

**VIOLACIÓN**

No hay restricciones para el uso de las PAE en casos de violación.

<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b> .....	<b>1</b>
Embarazo .....	1
Edad.....	1
Paridad .....	1
Posparto.....	1
Post-aborto .....	2
Historia de embarazo ectópico .....	2
Historia de cirugía pélvica.....	2
Tabaquismo .....	2
Obesidad.....	2
Medición de la presión arterial no disponible .....	2
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b> .....	<b>3</b>
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.....	3
Hipertensión .....	3
Historia de presión arterial alta durante el embarazo .....	3
Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar .....	4
Mutaciones trombogénicas conocidas .....	4
Trombosis venosa superficial.....	4
Cardiopatía isquémica .....	4
Accidente cerebrovascular.....	4
Hiperlipidemias conocidas.....	4
Valvulopatía cardíaca.....	5
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b> .....	<b>5</b>
Cefaleas.....	5
Epilepsia.....	5
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b> .....	<b>5</b>
Trastornos depresivos .....	5
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b> .....	<b>5</b>
Patrones de sangrado vaginal .....	5
Sangrado vaginal de etiología desconocida .....	6
Endometriosis .....	6
Tumores ováricos benignos.....	6
Dismenorrea severa .....	6
Enfermedad del trofoblasto.....	6
Ectropión cervical .....	6
Neoplasia intraepitelial cervical.....	6
Cáncer cervical.....	6
Enfermedades de la mama .....	6
Cáncer de endometrio .....	6
Cáncer de ovario .....	6
Fibromas uterinos .....	7
Anomalías anatómicas .....	7
Enfermedad pélvica inflamatoria .....	7
ITS.....	8
<b>VIH/SIDA</b> .....	<b>8</b>
Alto riesgo de VIH.....	8
Infección por VIH .....	8
SIDA.....	9

<b>OTRAS INFECCIONES .....</b>	<b>9</b>
Esquistosomiasis.....	9
Tuberculosis .....	9
Paludismo .....	9
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS .....</b>	<b>9</b>
Diabetes .....	9
Trastornos tiroideos.....	9
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES .....</b>	<b>10</b>
Enfermedades de la vesícula biliar.....	10
Historia de colestasis .....	10
Hepatitis viral.....	10
Cirrosis.....	10
Tumores del hígado .....	10
<b>ANEMIAS .....</b>	<b>10</b>
Talasemia .....	10
Anemia drepanocítica.....	10
Anemia ferropénica.....	10
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS.....</b>	<b>11</b>
Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas.....	11
Antibióticos.....	11
Terapia antirretroviral .....	11
<b>COMENTARIOS ADICIONALES .....</b>	<b>12</b>
<b>REFERENCIAS PARA LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.....</b>	<b>15</b>

## DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

DIU-Cu = DIU de cobre

DIU-LNG= DIU Liberador de levonorgestrel (20 µg/24horas)

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.	
CONDICIÓN	CATEGORÍA		ACLARACIONES/EVIDENCIA
	I=Inicio C=Continuación		
		DIU-Cu	DIU-LNG
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b>			
<b>EMBARAZO</b>	4	4	<b>Aclaración</b> : El DIU no se indica durante el embarazo y no debe ser usado debido al riesgo de infección pélvica grave y aborto séptico espontáneo.
<b>EDAD*</b>			
a) Menarquia a < 20 años	2	2	
b) ≥ 20 años	1	1	
<b>PARIDAD*</b>			
a) Nulípara	2	2	<b>Evidencia</b> : Existen datos contradictorios en cuanto a si el uso del DIU está asociado con infertilidad en las mujeres nulíparas, aunque estudios recientes y bien realizados sugieren que no hay aumento en el riesgo. <sup>1-9</sup>
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	
<b>POSPARTO*</b> (amamantando o no, incluso post-cesárea)			
a) < 48 horas	2	3	<b>Evidencia</b> : Hubo cierto aumento en los índices de expulsión con la inserción posparto tardía en comparación con la inserción inmediata, y con la inserción posparto inmediata en relación a la inserción de intervalo. <sup>10-16</sup>
b) > 48 horas a > 4 semanas	3	3	
c) ≥ 4 semanas	1	1	
d) Sepsis puerperal	4	4	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación		ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu	DIU-LNG	
<b>POST-ABORTO*</b> a) Primer trimestre  b) Segundo trimestre c) Inmediatamente post-aborto séptico	1  2 4	1  2 4	<b>Aclaración</b> : Los DIU pueden ser insertados inmediatamente después de un aborto de primer trimestre, sea espontáneo o inducido. <b>Evidencia</b> : No hubo diferencia en el riesgo de complicaciones para la inserción inmediata de un DIU en comparación con la inserción diferida después de un aborto. La expulsión fue mayor cuando el DIU se insertó después de un aborto de segundo trimestre que después de un aborto de primer trimestre. No hubo diferencias en la seguridad o las expulsiones para la inserción post-aborto de un DIU-LNG en comparación con un DIU de cobre. <sup>17-30</sup>
<b>HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO*</b>	1	1	
<b>HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA</b> (ver posparto, incluso post-cesárea)	1	1	
<b>TABAQUISMO</b> a) Edad < 35 ans b) Edad ≥ 35 ans (i) <15 cigarrillos/día (ii) ≥15 cigarrillos/día	1  1 1	1  1 1	
<b>OBESIDAD</b> Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30kg/m <sup>2</sup>	1	1	
<b>MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE</b>	NA	NA	<b>Aclaración</b> : Si bien la medición de la presión arterial puede ser apropiada para un buen cuidado preventivo de la salud, no está directamente relacionada con el uso seguro y eficaz del DIU. No se debe negar el uso de DIU a las mujeres simplemente porque nos se les puede medir la presión arterial.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>	Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación		<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	DIU-Cu	DIU-LNG	
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>			
<b>MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL</b> (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	1	2	
<b>HIPERTENSIÓN*</b>			
Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.			
a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	1	2	
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	1	1	
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)			
(i) sistólica 140–159 ó diastólica 90–99	1	1	
(ii) sistólica $\geq 160$ ó diastólica $\geq 100$	1	2	
d) Enfermedad vascular	1	2	
<b>HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO.</b> (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>	<b>Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.</b>						
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación		<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>				
	DIU-Cu	DIU-LNG					
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*</b> a) Historia de TVP/EP b) TVP/EP actual c) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado) d) Cirugía mayor (i) con inmovilización prolongada (ii) sin inmovilización prolongada e) Cirugía menor sin inmovilización	1 1 1  1 1 1	2 3 1  2 1 1					
<b>MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS</b> (por ejemplo : factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	1	2	<b>Aclaración :</b> No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes.				
<b>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL*</b> a) Venas varicosas b) Tromboflebitis superficial	1 1	1 1					
<b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA*</b> (enfermedad actual o historia)	1	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: none;">I</td> <td style="border: none;">C</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2</td> <td style="border: none;">3</td> </tr> </table>	I	C	2	3	
I	C						
2	3						
<b>ACCIDENTE CEREBROVASCULAR*</b> (historia de accidente cerebrovascular)	1	2					
<b>HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS</b>	1	2	<b>Aclaración :</b> No es necesario el examen de lípidos de rutina para el uso seguro de los anticonceptivos dada la baja frecuencia de estos trastornos y el alto costo de los exámenes.				

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla



DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
CONDICIÓN	CATEGORÍA		ACLARACIONES/EVIDENCIA	
	I=Inicio C=Continuación			
	DIU-Cu	DIU-LNG		
<b>VALVULOPATÍA CARDÍACA</b>				
a) Sin complicaciones	1	1	<b>Aclaración</b> : Se aconseja el uso profiláctico de antibióticos durante la inserción para prevenir una endocarditis.	
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda)	2	2		
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b>				
<b>CEFALEAS*</b>				
a) No migrañosas (leves o intensas)	1	I	C	<b>Aclaración</b> : Debe evaluarse cualquier cefalea nueva o cambio notable en los dolores de cabeza.
b) Migraña				
(i) Sin aura				
<i>Edad &lt; 35 ans</i>	1	2	2	
<i>Edad ≥ 35 ans</i>	1	2	2	
(ii) Con aura, a cualquier edad	1	2	3	
<b>EPILEPSIA</b>	1	1		
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>				
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	1	1		<b>Aclaración</b> : La clasificación se basa en los datos de mujeres con trastornos depresivos seleccionados. No existen datos acerca del trastorno bipolar o la depresión posparto. Existe una probabilidad de interacciones farmacológicas entre ciertos medicamentos antidepresivos y los anticonceptivos hormonales.
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b>				
<b>PATRONES DE SANGRADO VAGINAL*</b>				
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1	I	C	<b>Aclaración</b> : Un sangrado inusualmente abundante debe despertar la sospecha de una condición grave subyacente. <b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con sangrado abundante o prolongado, los DIU-LNG resultaron beneficiosos para el tratamiento de la menorragia. <sup>31-35</sup>
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	2	1	2	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>		Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación				<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>DIU-Cu</b>		<b>DIU-LNG</b>		
<b>SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA*</b> (sospecha de una condición grave) Antes de la evaluación	I 4	C 2	I 4	C 2	<b>Aclaración</b> : Ante la sospecha de embarazo o de una condición patológica subyacente, tal como una neoplasia pélvica, debe realizarse una evaluación y reajustar la categoría después de ésta. No hay necesidad de retirar el DIU antes de la evaluación.
<b>ENDOMETRIOSIS*</b>	2		1		<b>Evidencia</b> : El uso de DIU-LNG en las mujeres con endometriosis disminuyó la dismenorrea y el dolor pélvico. <sup>36, 37</sup>
<b>TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS</b> (incluyendo quistes)	1		1		
<b>DISMENORREA SEVERA*</b>	2		1		
<b>ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO*</b>					
a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna	3		3		
b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna	4		4		
<b>ECTROPIÓN CERVICAL*</b>	1		1		
<b>NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)*</b>	1		2		
<b>CÁNCER CERVICAL*</b> (en espera de tratamiento)	I 4	C 2	I 4	C 2	
<b>ENFERMEDADES DE LA MAMA*</b>					
a) Nódulo sin diagnóstico	1		2		
b) Enfermedad benigna de la mama	1		1		
c) Antecedentes familiares de cáncer	1		1		
d) Cáncer de mama					
(i) actual	1		4		
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años	1		3		
<b>CÁNCER DE ENDOMETRIO*</b>	I 4	C 2	I 4	C 2	
<b>CÁNCER DE OVARIO*</b>	3		2		

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.				
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación		DIU-Cu		DIU-LNG	ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu	DIU-LNG				
<b>FIBROMAS UTERINOS*</b>						
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	<b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con fibromas, no se registraron episodios de salud adversos con el uso del DIU-LNG, y hubo una disminución en los síntomas y tamaños de los fibromas en algunas mujeres. <sup>38-44</sup>			
b) Con distorsión de la cavidad uterina	4	4				
<b>ANOMALÍAS ANATÓMICAS*</b>						
a) Cavidad uterina distorsionada (cualquier anomalía, congénita o adquirida, que distorsione la cavidad uterina de manera tal que sea incompatible con la inserción de un DIU)	4	4				
b) Otras anomalías (incluidas estenosis cervical o laceraciones cervicales) que no distorsionen la cavidad uterina o interfieran con la inserción del DIU	2	2				
<b>ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)*</b>						
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)	I	C	I	C		
(i) con embarazo posterior	1	1	1	1		
(ii) sin embarazo posterior	2	2	2	2		
b) EPI - actual	4	2	4	2	<b>Aclaración pour la continuación</b> : Se debe tratar la EPI con antibióticos adecuados. Generalmente no hay necesidad de retirar el DIU si la usuaria desea continuar con éste. (Consulte Selección de prácticas recomendadas para el uso de anticonceptivos. OMS: Ginebra 2005). La continuación del uso del DIU dependerá de la elección informada y los factores de riesgo actuales de ITS y EPI de la usuaria. <b>Evidencia</b> : Entre las usuarias de DIU tratadas por EPI, no hubo diferencia en la evolución clínica si se retiró o se dejó el DIU. <sup>45-47</sup>	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	I=Inicio C=Continuación				
	DIU-Cu		DIU-LNG		
ITS*	I	C	I	C	
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	4	2	4	2	<p><b>Aclaración para la continuación</b> : Se debe tratar la ITS con antibióticos adecuados. Generalmente no hay necesidad de retirar el DIU si la usuaria desea continuar con éste. La continuación del uso del DIU dependerá de la elección informada y los factores de riesgo actuales de ITS y EPI de la usuaria.</p> <p><b>Evidencia</b> : No existe evidencia con respecto a si la inserción del DIU en las mujeres con ITS aumenta el riesgo de EPI en comparación con la ausencia de inserción del DIU. Entre las mujeres a quienes se les insertó un DIU, el riesgo absoluto de EPI posterior fue bajo en las mujeres con ITS en el momento de la inserción, pero mayor que entre las mujeres sin ITS en el momento de la inserción.<sup>48-54</sup></p>
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	2	2	2	2	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	2	2	2	2	
d) Mayor riesgo de ITS	2/3	2	2/3	2	<p><b>Aclaración para el inicio</b> : Si una mujer tiene una probabilidad individual muy alta de exposición a gonorrea o infección por clamidia, la condición es una Categoría 3.</p> <p><b>Evidencia</b> : A través de la utilización de un algoritmo para clasificar el estado de riesgo de ITS entre las usuarias de DIU, un estudio informó que el 11% de las mujeres de alto riesgo de ITS presentaron complicaciones relacionadas con el DIU en comparación con el 5% de aquéllas no clasificadas como de alto riesgo.<sup>50</sup></p>
VIH/SIDA					
ALTO RIESGO DE VIH*	2	2	2	2	<p><b>Evidencia</b> : Entre las mujeres con riesgo de HIV, el uso de DIU de cobre no aumentó el riesgo de infección por VIH.<sup>55-65</sup></p>
INFECCIÓN POR VIH	2	2	2	2	<p><b>Evidencia</b> : Entre las usuarias de DIU, se cuenta con evidencia limitada que demuestra que no hay aumento en el riesgo de complicaciones generales o complicaciones relacionadas con la infección cuando se comparan las mujeres VIH-positivas con las mujeres no infectadas. Además, el uso de DIU entre las mujeres VIH-positivas no se asoció con un mayor riesgo de transmisión a las parejas sexuales.<sup>55, 66-69</sup></p>

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN	CATEGORÍA I=Inicio C=Continuación		ACLARACIONES/EVIDENCIA	
	DIU-Cu	DIU-LNG		
<b>SIDA</b> Clínicamente bien con tratamiento ARV	I	C	I	C
	3	2	3	2
<b>Aclaración para la continuación</b> : Se debe controlar atentamente la aparición de infección pélvica en las usuarias de DIU con SIDA.				
<b>OTRAS INFECCIONES</b>				
<b>ESQUISTOSOMIASIS</b>				
a) Sin complicaciones	1		1	
b) Fibrosis del hígado (si es grave, consulte cirrosis)	1		1	
<b>TUBERCULOSIS*</b>				
	I	C	I	C
a) No pélvica	1	1	1	1
b) Pélvica conocida	4	3	4	3
<b>PALUDISMO</b>				
	1		1	
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS</b>				
<b>DIABETES*</b>				
a) Historia de enfermedad gestacional	1		1	
b) Enfermedad no vascular				
(i) no insulino dependiente	1		2	
(ii) insulino dependiente	1		2	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	1		2	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	1		2	
<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b>				
a) Bocio simple	1		1	
b) Hipertiroidismo	1		1	
c) Hipotiroidismo	1		1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>		Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.	
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación		<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>DIU-Cu</b>	<b>DIU-LNG</b>	
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES</b>			
<b>ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR*</b>			
a) Sintomática			
(i) tratada con colecistectomía	1	2	
(ii) tratada médicamente	1	2	
(iii) actual	1	2	
b) Asintomática	1	2	
<b>HISTORIA DE COLESTASIS*</b>			
a) Relacionada con el embarazo	1	1	
b) Relacionada con uso previo de AOC	1	2	
<b>HEPATITIS VIRAL*</b>			
a) Activa	1	3	
b) Portadora	1	1	
<b>CIRROSIS*</b>			
a) Leve (compensada)	1	2	
b) Grave (descompensada)	1	3	
<b>TUMORES DEL HÍGADO*</b>			
a) Benigno (adenoma)	1	3	
b) Maligno (hepatoma)	1	3	
<b>ANEMIAS</b>			
<b>TALASEMIA*</b>	2	1	
<b>ANEMIA DREPANOCÍTICA*</b>	2	1	
<b>ANEMIA FERROPÉNICA*</b>	2	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>		Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b> I=Inicio C=Continuación				<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>DIU-Cu</b>	<b>DIU-LNG</b>			
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>					
<b>MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPÁTICAS</b>					
a) Rifampicina	1	1			<b>Evidencia</b> : Un estudio encontró que la rifabutina, que pertenece a la misma clase de fármacos que la rifampicina, no tiene impacto en la efectividad del DIU-LNG. <sup>70</sup>
b) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	1	1			
<b>ANTIBIÓTICOS</b> (menos rifampicina)	1	1			
a) Griseofulvina	1	1			
b) Otros antibióticos	1	1			
<b>TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL</b>	I 2/3	C 2	I 2/3	C 2	<b>Aclaración</b> : No se conoce ninguna interacción entre el tratamiento antirretroviral y los DIU. Sin embargo, el SIDA es una condición de categoría 3 para la inserción y de categoría 2 para la continuación, a menos que el estado clínico de la mujer bajo tratamiento antirretroviral sea satisfactorio en cuyo caso la inserción y la continuación son de categoría 2 (ver SIDA abajo).

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

## **Comentarios adicionales**

### **EDAD**

**Menarquia a < 20 años** : Existe preocupación tanto del riesgo de expulsión debido a nuliparidad como de ITS causadas por la conducta sexual en los grupos más jóvenes.

### **PARIDAD**

Nulípara: La nuliparidad está relacionada con un aumento del riesgo de expulsión.

### **POSPARTO**

**< 48 horas, 48 horas a < 4 semanas, ≥ 4 semanas** : La preocupación de que el recién nacido esté en riesgo debido a la exposición de hormonas esteroideas con el DIU-LNG durante las primeras 6 semanas después del parto es igual que para otros APS.

**Sepsis puerperal**: La inserción de un DIU puede empeorar considerablemente la condición.

### **POST-ABORTO**

**Inmediatamente después de aborto séptico** : La inserción de un DIU puede empeorar considerablemente la condición.

### **HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO**

El riesgo absoluto de embarazo ectópico es extremadamente bajo debido a la gran efectividad de los DIU. Sin embargo, cuando una mujer se embaraza mientras está utilizando DIU, la probabilidad relativa de un embarazo ectópico aumenta.

### **HIPERTENSIÓN**

Hay cierta preocupación teórica acerca de los efectos del LNG sobre los lípidos. No hay restricción para el uso del DIU de cobre.

### **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)**

Algunas progestinas pueden aumentar el riesgo de una trombosis, aunque este aumento es sustancialmente menor que con los AOC.

### **HISTORIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O ENFERMEDAD ACTUAL**

Hay cierta preocupación teórica acerca de los efectos del LNG sobre los lípidos. No hay restricción para el uso del DIU de cobre.

### **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**

Hay cierta preocupación teórica acerca de los efectos del LNG sobre los lípidos. No hay restricción para el uso del DIU de cobre.

### **CEFALEAS**

Aura es un síntoma neurológico focal específico. Para obtener más información sobre esto y otros criterios de diagnóstico, consulte: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl 1): 1- 150. [http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc\\_II\\_main\\_no\\_print.pdf](http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf)

### **PATRONES DE SANGRADO VAGINAL**

El uso de DIU-LNG provoca con frecuencia cambios en los patrones del sangrado menstrual. Con el tiempo, las usuarias de DIU-LNG tienen mayor predisposición a la amenorrea que quienes no lo usan; por lo tanto, los DIU-LNG se utilizan a veces como un tratamiento para corregir el sangrado profuso.

### **ENDOMETRIOSIS**

El uso del DIU de cobre puede empeorar la dismenorrea asociada con la condición.

### **DISMENORREA SEVERA**

La dismenorrea se puede intensificar con el uso de DIU de cobre. El uso del DIU-LNG ha sido asociado con una disminución de la dismenorrea.

### **ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA**

Hay un mayor riesgo de perforación ya que el tratamiento para la condición puede requerir múltiples legrados uterinos.

### **NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)**

Existe cierta preocupación teórica de que los DIU-LNG pueden intensificar la progresión de NIC.



## **CÁNCER CERVICAL (EN ESPERA DEL TRATAMIENTO)**

Existe cierta preocupación acerca del mayor riesgo de infección y sangrado al insertarlo, lo que puede agravar la condición. Lo más probable es que el DIU tenga que ser retirado a la hora del tratamiento, pero hasta entonces, la mujer está en riesgo de quedar embarazada.

## **ENFERMEDADES DE LA MAMA**

**Cáncer de mama** : El cáncer de mama es un tumor hormono sensible. Las preocupaciones acerca de la progresión de la enfermedad pueden ser menores con los DIU-LNG que con los AOC o APS de dosis elevadas.

## **CÁNCER DE ENDOMETRIO**

Existe cierta preocupación de un riesgo mayor de infección, perforación y sangrado al insertarlo, lo que puede empeorar la condición. Lo más probable es que el DIU tenga que ser retirado a la hora del tratamiento, pero hasta entonces, la mujer está en riesgo de quedar embarazada.

## **CÁNCER OVÁRICO**

Lo más probable es que el DIU tenga que ser retirado a la hora del tratamiento, pero hasta entonces, la mujer está en riesgo de quedar embarazada.

## **FIBROMAS UTERINOS**

**Sin distorsión de la cavidad uterina** : A las mujeres con sangrado abundante o prolongado se les debe asignar la categoría de esa condición.

**Con distorsión de la cavidad uterina** : Los fibromas uterinos preexistentes que distorsionan la cavidad uterina pueden ser incompatibles con la inserción y colocación correcta del DIU.

## **ANOMALÍAS ANATÓMICAS**

**Cavidad uterina distorsionada** : Ante una anomalía anatómica que distorsione la cavidad uterina, quizás no sea posible colocar un DIU correctamente.

## **ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)**

Los DIU no protegen contra ITS/VIH/EPI. En mujeres con bajo riesgo de ITS, la inserción del DIU representa un riesgo menor de EPI. El riesgo actual de ITS y el deseo de embarazos futuros son consideraciones de importancia.

## **ITS**

Los DIU no protegen contra ITS/VIH/EPI. Entre las mujeres con infección por clamidia o gonorrea, debe evitarse el riesgo potencial aumentado de EPI con la inserción de DIU. La preocupación es menor para otras ITS.

## **ALTO RIESGO DE VIH**

Los DIU no protegen contra ITS/VIH/EPI.

## **TUBERCULOSIS**

**Pélvica diagnosticada** : La inserción de un DIU puede empeorar considerablemente la condición.

## **DIABETES**

No está claro si la cantidad de LNG que libera el DIU puede influir levemente en el metabolismo lipídico y de los carbohidratos. Algunas progestinas pueden aumentar el riesgo de una trombosis, aunque este aumento es sustancialmente menor que con los AOC.

## **HISTORIA DE COLESTASIS**

Existe cierta preocupación de que antecedentes de colestasis relacionados con AOC puedan predecir una colestasis posterior con el uso de LNG. Todavía no está claro si existe algún riesgo con el uso del DIU-LNG.

## **HEPATITIS VIRAL**

**Activa** : Los APS son metabolizados por el hígado y su uso puede tener un efecto negativo en mujeres con función hepática comprometida. Esta preocupación es menor que con los AOC.

## **CIRROSIS**

Los APS son metabolizados por el hígado y su uso puede tener un efecto negativo en mujeres con función hepática comprometida. Esta preocupación es menor que con los AOC.

## **TUMORES DEL HÍGADO**

Los APS son metabolizados por el hígado y su uso puede tener un efecto negativo en mujeres con función hepática comprometida. Además, el uso de APS puede inducir el crecimiento del tumor. Esta preocupación es menor que con los AOC.

**TALASEMIA**

Existe preocupación acerca de un aumento del riesgo de pérdida de sangre con los DIU de cobre.

**ANEMIA DREPANOCÍTICA**

Existe preocupación acerca de un aumento del riesgo de pérdida de sangre con los DIU de cobre.

**ANEMIA FERROPÉNICA**

Existe preocupación acerca de un aumento del riesgo de pérdida de sangre con los DIU de cobre.

## Referencias para dispositivos intrauterinos

1. Cramer DW et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941-7.
2. Daling JR et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:937-41.
3. Daling JR et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203-4.
4. Delborge W et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002, 7:24-30.
5. Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:304-14.
6. Hubacher D et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:561-7.
7. Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987, 3:139-45.
8. Urbach DR et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566-71.
9. Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:391-6.
10. Brenner PF. A clinical trial of the Delta-T intrauterine device: immediate postpartum insertion. *Contraception*, 1983, 28:135-47.
11. Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices--an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985, 32:119-34.
12. El-Shafei M. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: three year experience of Mansoura University Hospital. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 26:253-62.
13. Grimes D et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices.[update of Cochrane Database Systematic Reviews, 2001, CD003036; PMID: 11406064]. [Review] [30 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, CD003036.
14. Morrison C et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996, 53:17-21.
15. Thiery M et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982, 89:51-3.
16. Thiery M, Delbeke L, Van Kets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200): immediate postpartum and interval insertion. *Advances in Contraceptive Delivery Systems*, 1980, 1:27-35.
17. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCU220C and multiload 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113-28.
18. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following termination of pregnancy: a clinical trial of the TCU 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:99-108.
19. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCU 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:109-14.
20. El Tagy A et al. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003, 67:229-34.
21. Gillett PG et al. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertility & Sterility*, 1980, 34:121-4.

22. Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID: 10796820]. [Review] [28 refs]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, CD001777.
23. Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper "T" device. Indian Journal of Medical Research, 1975, 63:736-9.
24. Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. Contraception, 2001, 63:315-7.
25. Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. Contraception, 2003, 68:31-4.
26. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2001, 108:1168-73.
27. Suvisaari J, Lahteenmaki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. Contraception, 1996, 54:201-8.
28. Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. Contraception, 1974, 9:153-60.
29. Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iversen T. Postabortal insertion of IUD. Advances in Contraception, 1986, 2:387-92.
30. Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. Contraception, 1980, 22:561-71.
31. Barrington JW, Arunkalaivanan AS, Abdel-Fattah. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology, 2003, 108:72-4.
32. Hurskainen R et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. Lancet, 2001, 357:273-7.
33. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. Fertility & Sterility, 2001, 76:304-9.
34. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000, CD002126.
35. Stewart A et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2001, 108:74-86.
36. Fedele L et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. Fertility & Sterility, 2001, 75:485-8.
37. Vercellini P et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. Fertility & Sterility, 1999, 72:505-8.
38. Fedele L et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. Fertility & Sterility, 1997, 68:426-9.
39. Grigorieva V et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. Fertility & Sterility, 2003, 79:1194-8.
40. Mercurio F et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. Contraception, 2003, 67:277-80.
41. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Treatment of primary and secondary dysmenorrhea with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2001, 6:192-8.
42. Wildemeersch D, Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology, 2002, 102:74-9.
43. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Contraception and treatment in the perimenopause with a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: an extended pilot study. Contraception, 2002, 66:93-99.
44. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Performance and acceptability of intrauterine release of levonorgestrel with a miniature delivery system for hormonal substitution therapy, contraception and treatment in peri and postmenopausal women. Maturitas, 2003, 44:237-45.
45. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. Contraception, 1977, 15:143-9.

46. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137-43.
47. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-5.
48. Faundes A et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical *Chlamydia trachomatis*. *Contraception*, 1998, 58:105-9.
49. Ferraz do Lago R et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*, 2003, 68:105-9.
50. Morrison CS et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
51. Pap-Akeson M et al. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992, 99:676-9.
52. Sinei SK et al. Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1990, 97:412-9.
53. Skjeldestad FE et al. IUD users in Norway are at low risk for genital *C. trachomatis* infection. *Contraception*, 1996, 54:209-12.
54. Walsh TL et al. IUD Study Group. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *Contraception*, 1994, 50:319-27.
55. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-13.
56. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
57. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
58. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
59. Mann JM et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1988, 2:249-54.
60. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
61. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
62. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994, 5:570-5.
63. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
64. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
65. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-5.
66. Morrison CS et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:784-90.
67. Sinei SK et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. *Lancet*, 1998, 351:1238-41.
68. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
69. Richardson BA et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999, 13:2091-7.
70. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002, 28:78-80.



Embarazo .....	1
Violación .....	1





## DIU DE COBRE PARA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Este método es altamente eficaz para prevenir el embarazo. Un DIU liberador de cobre (DIU-Cu) puede ser usado dentro de los 5 días después del coito sin protección, como un anticonceptivo de emergencia. Sin embargo, cuando se puede estimar el tiempo de la ovulación, el DIU-Cu puede ser insertado más allá de los 5 días después del coito, si es necesario, siempre que la inserción no se realice después de más de 5 días de la ovulación.

**El criterio de elegibilidad para el intervalo de inserción del DIU-Cu también se aplica para la inserción del DIU-Cu como anticoncepción de emergencia.**

DIU DE COBRE PARA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA		Los DIU para anticoncepción de emergencia no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
CONDICIÓN	CATEGORÍA	ACLARACIONES/EVIDENCIA
EMBARAZO	4	<b>Aclaración :</b> El DIU no está indicado durante el embarazo y no debe ser usado debido al riesgo de infección pélvica grave y aborto séptico espontáneo.
<b>VIOLACIÓN*</b>		
a) Alto riesgo de ITS	3	
b) Bajo riesgo de ITS	1	

### \* Comentarios adicionales

#### VIOLACIÓN

Los DIU no protegen contra ITS/VIH/EPI. Entre las mujeres con infección por clamidia o gonorrea, debe evitarse el riesgo potencial aumentado de EPI con la inserción de DIU. La preocupación es menor para otras ITS.



<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b> .....	1
Embarazo .....	1
Edad.....	1
Paridad .....	1
Posparto.....	1
Post-aborto .....	1
Historia de embarazo ectópico .....	1
Historia de cirugía pélvica.....	1
Tabaquismo .....	2
Obesidad.....	2
Medición de la presión arterial no disponible .....	2
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b> .....	2
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.....	2
Hipertensión .....	2
Historia de presión arterial alta durante el embarazo .....	3
Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar .....	3
Mutaciones trombogénicas conocidas .....	3
Trombosis venosa superficial.....	3
Cardiopatía isquémica .....	4
Accidente cerebrovascular.....	4
Hiperlipidemias conocidas.....	4
Valvulopatía cardíaca.....	4
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b> .....	4
Cefaleas.....	4
Epilepsia.....	4
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b> .....	4
Trastornos depresivos .....	4
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b> .....	5
Sangrado vaginal de etiología desconocida .....	5
Endometriosis .....	5
Tumores ováricos benignos.....	5
Dismenorrea severa .....	5
Enfermedad del trofoblasto.....	5
Ectropión cervical .....	5
Neoplasia intraepitelial cervical.....	5
Cáncer cervical.....	5
Enfermedades de la mama .....	5
Cáncer de endometrio .....	6
Cáncer de ovario .....	6
Fibromas uterinos .....	6
Enfermedad pélvica inflamatoria .....	6
Anomalías anatómicas .....	6
ITS.....	6
<b>VIH/SIDA</b> .....	6
Alto riesgo de VIH.....	6
Infección por VIH .....	7
SIDA.....	7

<b>OTRAS INFECCIONES .....</b>	<b>7</b>
Esquistosomiasis.....	7
Tuberculosis .....	7
Paludismo .....	7
Historia de síndrome de choque tóxico .....	7
Infección del tracto urinario .....	7
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS .....</b>	<b>7</b>
Diabetes .....	7
Trastornos tiroideos.....	7
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES .....</b>	<b>8</b>
Enfermedades de la vesícula biliar.....	8
Historia de colestasis .....	8
Hepatitis viral.....	8
Cirrosis.....	8
Tumores del hígado .....	8
<b>ANEMIAS.....</b>	<b>8</b>
Talasemia .....	8
Anemia drepanocítica.....	8
Anemia ferropénica.....	8
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS.....</b>	<b>9</b>
Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas.....	9
Antibióticos.....	9
Terapia antirretroviral .....	9
<b>COMENTARIOS ADICIONALES .....</b>	<b>10</b>
<b>REFERENCIAS PARA LOS MÉTODOS DE BARRERA.....</b>	<b>11</b>

## MÉTODOS DE BARRERA

C = Condones masculinos de látex, condones masculinos de poliuretano, condones femeninos

E = Espermicida (película, tabletas, espuma, gel)

D = Diafragma (con espermicida), capuchón cervical

<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>				
Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.				
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
CONDICIÓN	CATEGORÍA			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	C	E	D	
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS</b>				
<b>EMBARAZO</b>	NA	NA	NA	<b>Aclaración</b> : Ninguno de estos métodos es pertinente para la anticoncepción durante un embarazo comprobado. Sin embargo, para las mujeres que continúan en riesgo de una ITS/ HIV durante el embarazo, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.
<b>EDAD</b>				
a) Menarquia a < 40 años	1	1	1	
b) ≥ 40 años	1	1	1	
<b>PARIDAD</b>				
a) Nulípara	1	1	1	
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	2	<b>Aclaración</b> : El riesgo de falla del capuchón cervical es mayor en las mujeres que han tenido 1 o más partos que en las nulíparas.
<b>POSPARTO</b>				
a) < 6 semanas posparto	1	1	NA	<b>Aclaración</b> : El diafragma y el capuchón cervical no son apropiados antes de que la involución uterina sea completa.
b) ≥ 6 semanas posparto	1	1	1	
<b>POST-ABORTO</b>				
a) Primer trimestre	1	1	1	
b) Segundo trimestre	1	1	1	<b>Aclaración</b> : El diafragma y el capuchón cervical no son apropiados hasta después de 6 semanas de un aborto de segundo trimestre.
c) Inmediatamente post-aborto séptico	1	1	1	
<b>HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO*</b>	1	1	1	
<b>HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA</b>	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>	Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquéllas que no pueden usarlos de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
CONDICIÓN	CATEGORÍA			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	C	E	D	
<b>TABAQUISMO</b>				
a) Edad < 35 ans	1	1	1	
b) Edad ≥ 35 ans				
(i) <15 cigarrillos/día	1	1	1	
(ii) ≥15 cigarrillos/día	1	1	1	
<b>OBESIDAD*</b> Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30kg/m <sup>2</sup>	1	1	1	
<b>MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE</b>	NA	NA	NA	<b>Aclaración</b> : Si bien la medición de la presión arterial puede ser apropiada para un buen cuidado preventivo de la salud, no está directamente relacionada con el uso seguro y eficaz de los métodos de barrera. No se debe negar el uso de métodos de barrera a las mujeres simplemente porque nos se les puede medir la presión arterial.
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>				
<b>MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL</b> (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	1	1	1	
<b>HIPERTENSIÓN</b>				
a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	1	1	1	
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	1	1	1	
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)	1	1	1	
(i) sistólica 140–159 ó diastólica 90–99	1	1	1	
(ii) sistólica ≥160 ó diastólica ≥100	1	1	1	
d) Enfermedad vascular	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>		Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>			<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>C</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	
<b>HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO</b> (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	1	1	1	
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)</b>				
a) Historia de TVP/EP	1	1	1	
b) TVP/EP actual	1	1	1	
c) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	1	1	1	
d) Cirugía mayor				
(i) con inmovilización prolongada	1	1	1	
(ii) sin inmovilización prolongada	1	1	1	
e) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	
<b>MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS</b> (por ejemplo : factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	1	1	1	<b>Aclaración</b> : No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes.
<b>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL</b>				
a) Venas varicosas	1	1	1	
b) Tromboflebitis superficial	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>	Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
CONDICIÓN	CATEGORÍA			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	C	E	D	
<b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</b> (enfermedad actual o historia)	1	1	1	
<b>ACCIDENTE CEREBROVASCULAR</b> (historia de accidente cerebrovascular)	1	1	1	
<b>HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS</b>	1	1	1	<b>Aclaración</b> : No son apropiados los estudios de lípidos de rutina dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes.
<b>VALVULOPATÍA CARDÍACA*</b>				
a) Sin complicaciones	1	1	1	
b) Complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)	1	1	2	
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b>				
<b>CEFALEAS</b>				
a) No migrañosas (leves o intensas)	1	1	1	
b) Migraña	1	1	1	
(i) Sin aura				
<i>Edad &lt; 35 ans</i>	1	1	1	
<i>Edad ≥ 35 ans</i>	1	1	1	
(ii) Con aura, a cualquier edad	1	1	1	
<b>EPILEPSIA</b>	1	1	1	
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>				
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla



<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>		Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
CONDICIÓN	CATEGORÍA			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	C	E	D	
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b>				
<b>SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA</b> (sospecha de una condición grave) Antes de la evaluación	1	1	1	<b>Aclaración :</b> Ante la sospecha de embarazo o de una condición patológica subyacente, (tal como una neoplasia pélvica), debe realizarse una evaluación y ajustar la categoría después de ésta.
<b>ENDOMETRIOSIS</b>	1	1	1	
<b>TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS</b> (incluyendo quistes)	1	1	1	
<b>DISMENORREA SEVERA</b>	1	1	1	
<b>ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO</b>				
a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna	1	1	1	
b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna	1	1	1	
<b>ECTROPIÓN CERVICAL</b>	1	1	1	
<b>NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)</b>	1	1	1	<b>Aclaración :</b> No se recomienda el capuchón. No hay restricción para el uso del diafragma.
<b>CÁNCER CERVICAL*</b> (en espera de tratamiento)	1	2	1	<b>Aclaración :</b> No se recomienda el capuchón. No hay restricción para el uso del diafragma.
<b>ENFERMEDADES DE LA MAMA</b>				
a) Nódulo sin diagnóstico	1	1	1	
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	
d) Cáncer de mama				
(i) actual	1	1	1	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>		Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>			<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
	<b>C</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	
<b>CÁNCER DE ENDOMETRIO</b>	1	1	1	
<b>CÁNCER DE OVARIO</b>	1	1	1	
<b>FIBROMAS UTERINOS</b>				
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	
<b>ANOMALÍAS ANATÓMICAS</b>	1	1	NA	<b>Aclaración</b> : El diafragma no debe ser usado en ciertos casos de prolapso. El uso del capuchón no es apropiado para una usuaria con una anatomía cervical notablemente distorsionada.
<b>ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)</b>				
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)				
(i) con embarazo posterior	1	1	1	
(ii) sin embarazo posterior	1	1	1	
b) EPI - actual	1	1	1	
<b>ITS</b>				
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	
<b>VIH/SIDA</b>				
<b>ALTO RIESGO DE VIH*</b>	1	4	3	<b>Evidencia</b> : El uso repetido y en altas dosis del espermicida nonoxinol-9 estuvo asociado con un incremento de riesgo de lesiones genitales, las cuales pueden aumentar el riesgo de adquirir infección por VIH. <sup>1</sup>

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>		Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
CONDICIÓN	CATEGORÍA			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	C	E	D	
<b>INFECCIÓN POR VIH</b>	1	4	3	
<b>SIDA</b>	1	4	3	
<b>OTRAS INFECCIONES</b>				
<b>ESQUISTOSOMIASIS</b>				
a) Sin complicaciones	1	1	1	
b) Fibrosis del hígado	1	1	1	
<b>TUBERCULOSIS</b>				
a) No pélvica	1	1	1	
b) Pélvica conocida	1	1	1	
<b>PALUDISMO</b>	1	1	1	
<b>HISTORIA DE SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO*</b>	1	1	3	
<b>INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO*</b>	1	1	2	
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS</b>				
<b>DIABETES</b>				
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	
b) Enfermedad no vascular				
(i) no insulino dependiente	1	1	1	
(ii) insulino dependiente	1	1	1	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	1	1	1	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	1	1	1	
<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b>				
a) Bocio simple	1	1	1	
b) Hipertiroidismo	1	1	1	
c) Hipotiroidismo	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>	Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
CONDICIÓN	CATEGORÍA			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	C	E	D	
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES</b>				
<b>ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR</b>				
a) Sintomática				
(i) tratada con colecistectomía	1	1	1	
(ii) tratada médicamente	1	1	1	
(iii) actual	1	1	1	
b) Asintomática	1	1	1	
<b>HISTORIA DE COLESTASIS</b>				
a) Relacionada con el embarazo	1	1	1	
b) Relacionada con uso previo de AOC	1	1	1	
<b>HEPATITIS VIRAL</b>				
a) Activa	1	1	1	
b) Portadora	1	1	1	
<b>CIRROSIS</b>				
a) Leve (compensada)	1	1	1	
b) Grave (descompensada)	1	1	1	
<b>TUMORES DEL HÍGADO</b>				
a) Benigno (adenoma)	1	1	1	
b) Maligno (hepatoma)	1	1	1	
<b>ANEMIAS</b>				
<b>TALASEMIA</b>	1	1	1	
<b>ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>	1	1	1	
<b>ANEMIA FERROPÉNICA</b>	1	1	1	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>	Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera constante y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
CONDICIÓN	CATEGORÍA			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	C	E	D	
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>				
<b>MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPÁTICAS</b>				
a) Rifampicina	1	1	1	
b) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	1	1	1	
<b>ANTIBIÓTICOS</b> (menos rifampicina)				
a) Griseofulvina	1	1	1	
b) Otros antibióticos	1	1	1	
<b>TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL</b>	1	1	1	
<b>ALERGIA AL LATEX</b>	3	1	3	<b>Aclaración</b> : Esto no se aplica a condones o diafragmas de plástico.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

## **Comentarios adicionales**

### **OBESIDAD**

La obesidad grave puede dificultar la colocación del diafragma y el capuchón.

### **VALVULOPATÍA CARDÍACA**

El riesgo de infección del tracto urinario con el diafragma puede aumentar el riesgo en una paciente con endocarditis bacterial subaguda.

### **CÁNCER CERVICAL (EN ESPERA DEL TRATAMIENTO)**

El uso repetido y de dosis elevadas de nonoxinol-9 puede causar irritación o abrasiones vaginales y cervicales.

### **ALTO RIESGO DE VIH**

Se asigna Categoría 3 al uso del diafragma debido a preocupaciones sobre el espermicida, no el diafragma.

### **HISTORIA DE SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO**

El síndrome de choque tóxico se informó en relación con el uso de la esponja anticonceptiva y el diafragma.

### **INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO**

Hay un aumento potencial de infección del tracto urinario con el uso de diafragmas y espermicidas.

## Referencias para los métodos de barrera

1. Wilkinson D et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, 4:CD003936.





---

<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b> .....	2
Embarazo .....	2
Etapa de la vida .....	2
Lactancia materna.....	2
Posparto.....	2
Post-aborto .....	2
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b> .....	2
Sangrado vaginal irregular.....	2
Flujo vaginal .....	2
<b>OTROS</b> .....	2
Uso de medicamentos que afectan la regularidad del ciclo, los hormonas y los signos de fertilidad .....	2
Enfermedades que elevan la temperatura corporal .....	2
<b>COMENTARIOS ADICIONALES</b> .....	3



## MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Los métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF) implican la identificación de los días fértiles en el ciclo menstrual, ya sea mediante la observación de los signos de fertilidad, tales como secreciones cervicales y la temperatura basal del cuerpo, o el monitoreo de los días del ciclo. Los MBCF pueden utilizarse en combinación con la abstinencia o con los métodos de barrera durante el período fértil. Si se usan los métodos de barrera, consulte la sección sobre métodos de barrera (BARR).

No existen condiciones médicas que empeoren debido al uso de MBCF. En general, estos métodos pueden ofrecerse sin preocupaciones sobre los efectos en la salud de las personas que los escogen. Sin embargo, hay un número de condiciones que complican en cierta medida el uso de éstos. La existencia de estas condiciones sugiere que (1) el uso de estos métodos debe retrasarse hasta que la condición sea corregida o resuelta; o (2) requerirán un asesoramiento especial y un/una proveedor/a de servicio mucho más capacitado para asegurar su uso correcto.

### Definiciones

<b>SINT</b>	Métodos basados en síntomas	Los MBCF basados en la observación de signos de fertilidad (ej., secreciones cervicales, temperatura basal del cuerpo) tales como el Método del Moco Cervical, el Método Sintotérmico y el Método de los Dos Días.
<b>CAL</b>	Métodos basados en el calendario	Los MBCF basados en cálculos del calendario tales como el método del ritmo y el método de los días fijos.
<b>A</b>	Aceptar	No hay una razón médica para negar el MBCF específico a una mujer en esta circunstancia.
<b>C</b>	Cuidado	El método normalmente se proporciona en condiciones de rutina , pero con preparación y precauciones adicionales. Para los MDF, esto generalmente implica que quizá se necesite asesoramiento especial para asegurar el uso correcto del método en una mujer en esta circunstancia.
<b>R</b>	Retrasar	El uso de este método debe ser retrasado hasta que la condición sea evaluada o corregida. Deben ofrecerse otros métodos anticonceptivos temporales.
<b>NA</b>	No aplica	

<b>MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD</b>	Los MDF no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas de que los métodos de días fijos podrían no ser apropiados para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico			
CONDICIÓN	CATEGORÍA		ACLARACIONES/EVIDENCIA
	SINT	CAL	
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS</b>			
<b>EMBARAZO</b>	NA		<b>Aclaración</b> : Los MDF no son aplicables durante el embarazo.
<b>ETAPA DE LA VIDA</b>			
a) Post-menarquia	C	C	<b>Aclaración</b> : Las irregularidades en la menstruación son comunes en la post-menarquia y en la perimenopausia, y pueden complicar el uso de MDF.
a) Perimenopausia	C	C	
<b>LACTANCIA MATERNA*</b>			
a) < 6 semanas posparto	R	R	
b) ≥ 6 semanas	C	R	
c) Después de que empieza la menstruación	C	C	
<b>POSPARTO*</b> (no amamantando)			
a) < 4 semanas	R	R	
b) ≥ 4 semanas	A	R	
<b>POST-ABORTO*</b>	C	R	
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b>			
<b>SANGRADO VAGINAL IRREGULAR*</b>	R	R	
<b>FLUJO VAGINAL*</b>	R	A	
<b>OTROS</b>			
<b>USO DE MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LA REGULARIDAD DEL CICLO, LAS HORMONAS, Y/O LOS SIGNOS DE FERTILIDAD*</b>	C/R	C/R	
<b>ENFERMEDADES QUE ELEVAN LA TEMPERATURA CORPORAL*</b>			
a) Enfermedades crónicas	C	A	
b) Enfermedades agudas	R	A	

## Comentarios adicionales

### LACTANCIA MATERNA

Los MDF durante la lactancia materna pueden ser menos eficaces que cuando no se amamanta.

**< 6 semanas posparto** : Las mujeres que están amamantando y en amenorrea es poco probable que tengan suficiente función ovárica para producir signos de fertilidad y cambios hormonales detectables durante los primeros 6 meses después del parto. Sin embargo, es posible que la fertilidad se reanude con el paso del tiempo después del parto y con la sustitución de la leche materna con otros alimentos.

**Después de que empieza la menstruación** : Cuando la mujer nota signos de fertilidad (especialmente secreciones cervicales), puede usar un método basado en los síntomas. Cuando haya tenido tres períodos menstruales después del parto, puede usar un método basado en el calendario. Antes de eso, se le debe ofrecer un método de barrera si la mujer piensa utilizar un MDF más adelante.

### POSPARTO

**< 4 semanas** : No es muy probable que las mujeres que no están amamantando tengan suficiente función ovárica para requerir un MDF o para tener signos detectables de fertilidad o cambios hormonales antes de las 4 semanas después del parto. Aunque el riesgo de embarazo es bajo, deberá ofrecerse un método apropiado para después del parto.

**≥ 4 semanas** : Es probable que las mujeres que no están amamantando tengan suficiente función ovárica para producir signos de fertilidad detectables y/o cambios hormonales en esta etapa, la probabilidad aumenta rápidamente conforme avanza el tiempo después del parto. Las mujeres pueden usar métodos basados en el calendario tan pronto hayan completado tres períodos menstruales después del parto. Antes de ese tiempo deberían ofrecerse métodos apropiados para después del parto.

### POST-ABORTO

Después de un aborto las mujeres tienen probabilidades de tener suficiente función ovárica para producir signos detectables de fertilidad y/o cambios hormonales en este período; la probabilidad aumenta rápidamente conforme avanza el tiempo después del aborto. Las mujeres pueden empezar a usar métodos basados en el calendario tan pronto hayan tenido por lo menos una menstruación después del aborto (ej. Las mujeres que antes del embarazo tenían la mayoría de sus ciclos entre 26 y 32 días pueden usar el Método de Días Fijas entonces). Antes de ese tiempo debería ofrecerse métodos apropiados para después del aborto.

### SANGRADO VAGINAL IRREGULAR

La presencia de esta condición hace que los MDF no sean confiables. Por lo tanto, se deben recomendar los métodos de barrera hasta que el patrón de sangrado sea compatible con el uso del método apropiado. La condición debe ser evaluada y tratada según sea necesario.

### FLUJO VAGINAL

Debido a que el flujo vaginal dificulta el reconocimiento de las secreciones cervicales, la condición debe ser evaluada y tratada, si fuera necesario, antes de proveer métodos basados en secreciones cervicales.

### USO DE MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LA REGULARIDAD DEL CICLO, LAS HORMONAS, Y/O LOS SIGNOS DE FERTILIDAD

El uso de ciertos fármacos que alteran el estado de conciencia tales como el litio, antidepresivos tricíclicos y las terapias contra la ansiedad, lo mismo que ciertos antibióticos y drogas antiinflamatorias, puede alterar la regularidad del ciclo o afectar los signos de fertilidad. La condición debe ser cuidadosamente evaluada y se debe ofrecer un método de barrera hasta determinar el grado del efecto o hasta que finalice el tratamiento con ese fármaco.

### ENFERMEDADES QUE ELEVAN LA TEMPERATURA CORPORAL

Los niveles elevados de temperatura pueden dificultar la interpretación de la temperatura basal del cuerpo, pero no tienen efecto sobre las secreciones cervicales. Por lo tanto, el uso de un método basado en la temperatura debe ser retrasado hasta que la enfermedad aguda desaparezca. Los métodos basados en la temperatura no son apropiados para mujeres con temperaturas elevadas crónicas. Además, algunas enfermedades crónicas interfieren con la regularidad del ciclo, lo que dificulta la interpretación de los métodos basados en el calendario.









## MÉTODO DE AMENORREA DE LACTANCIA

El método de amenorrea de lactancia no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas de que el método de amenorrea de lactancia podría no ser apropiado para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.

El Consenso de Bellagio ofreció las bases científicas para definir las condiciones en las cuales la lactancia materna puede ser usada de manera segura y eficaz para espaciar los nacimientos, y se desarrollaron recomendaciones programáticas para el uso de la amenorrea de lactancia en la planificación familiar. Estas recomendaciones incluyen los siguientes tres criterios, los que –en su totalidad– deben cumplirse para asegurar la protección adecuada de un embarazo no planificado : **1) Amenorrea; 2) Amamantando total o casi totalmente; y 3) Menos de seis meses posparto.**

Las indicaciones principales para la lactancia materna siguen siendo la necesidad de ofrecer un alimento ideal para el niño y la protección contra enfermedades. No hay afecciones médicas en las cuales el uso de la amenorrea de lactancia esté restringida y no existe evidencia documentada de su impacto negativo en la salud de la mujer. Sin embargo, ciertas condiciones u obstáculos que afectan la lactancia materna también pueden afectar la duración de la amenorrea, haciendo de ésta una elección menos útil para el propósito de planificación familiar. Éstas incluyen :

### Infección por VIH

La lactancia materna debe ser promovida, protegida y apoyada en todas las poblaciones, para todas las mujeres VIH-negativas o con estado VIH desconocido. Cuando el sustituto de lactancia es aceptable, viable, asequible, sustentable y seguro, se recomienda evitar la lactancia materna en las mujeres infectadas con VIH. De lo contrario, se recomienda la lactancia materna durante los primeros meses de vida, que debe discontinuarse tan pronto sea posible. Las mujeres VIH-positivas deben recibir orientación que incluya información sobre los riesgos y los beneficios de las diversas opciones de alimentación para el recién nacido basada en evaluaciones locales, una guía en la selección de la opción más conveniente para la situación y apoyo en su elección. También deben tener acceso al apoyo y la atención de seguimiento, incluidos la planificación familiar y el soporte nutricional.

### Uso de medicamentos durante la lactancia materna

Para proteger la salud del niño, no se recomienda la lactancia materna en mujeres que usan medicamentos tales como : antimetabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, corticosteroides (altas dosis), ciclosporina, ergotamina, litio, fármacos que alteran el estado de ánimo, fármacos radioactivos y reserpina.

### Trastornos que afectan al recién nacido

Deformidades congénitas de la boca, la mandíbula o el paladar; recién nacidos que son pequeños para la edad gestacional o prematuros y que necesitan cuidado neonatal intensivo; y ciertos trastornos metabólicos del niño, los cuales –en su totalidad– pueden complicar la lactancia.







## COITO INTERRUMPIDO

**El coito interrumpido no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.**

**Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas de que el coito interrumpido podría no ser apropiado para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.**

El coito interrumpido (CI), también conocido como retiro, es un método de planificación familiar tradicional en el cual el hombre retira totalmente su pene de la vagina, y lo aleja de los genitales externos de su pareja, antes de eyacular. El CI previene que el esperma se introduzca en la vagina de la mujer, y de esta manera se evita el contacto entre el espermatozoide y el óvulo.

Este método es apropiado para parejas :

- altamente motivadas y que son capaces de usar este método de manera eficaz;
- con razones religiosas o filosóficas que no les permiten usar otros métodos anticonceptivos;
- que necesitan la anticoncepción de manera inmediata y han iniciado un acto sexual sin tener a su disposición métodos alternos;
- que necesitan un método temporal mientras están a la espera de iniciar otro método;
- que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia.

Algunos beneficios del CI son que el método, cuando se usa correctamente, no afecta la lactancia materna y está siempre disponible para uso primario o como un método de respaldo. Además, el CI no implica gasto económico ni el uso de sustancias químicas. No existen riesgos de salud asociados directamente al CI. Los hombres y mujeres que tienen un alto riesgo de contagio de ITS/HIV deben utilizar un condón en cada coito.

El CI no perdona el uso incorrecto y su efectividad depende de la disposición y habilidad de la pareja para utilizar el retiro en cada coito.



A. Esterilización quirúrgica femenina.....	10
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA.....</b>	<b>2</b>
Embarazo .....	2
Edad joven .....	2
Paridad .....	2
Lactancia materna.....	2
Posparto.....	2
Post-aborto .....	3
Historia de embarazo ectópico .....	3
Tabaquismo .....	3
Obesidad.....	3
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES .....</b>	<b>3</b>
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.....	3
Hipertensión .....	4
Historia de presión arterial alta durante el embarazo .....	4
Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar .....	4
Mutaciones trombogénicas conocidas .....	5
Trombosis venosa superficial.....	5
Cardiopatía isquémica .....	5
Accidente cerebrovascular.....	5
Hiperlipidemias conocidas.....	5
Valvulopatía cardíaca.....	5
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS .....</b>	<b>6</b>
Cefaleas.....	6
Epilepsia.....	6
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS .....</b>	<b>6</b>
Trastornos depresivos .....	6
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO .....</b>	<b>6</b>
Patrones de sangrado vaginal .....	6
Sangrado vaginal de etiología desconocida .....	6
Endometriosis .....	6
Tumores ováricos benignos.....	6
Dismenorrea severa.....	6
Enfermedad del trofoblasto.....	6
Ectropión cervical .....	7
Neoplasia intraepitelial cervical.....	7
Cáncer cervical.....	7
Enfermedades de la mama .....	7
Cáncer de endometrio .....	7
Cáncer de ovario .....	7
Fibromas uterinos .....	7
Enfermedad pélvica inflamatoria .....	7
ITS.....	8
<b>VIH/SIDA .....</b>	<b>8</b>
Alto riesgo de VIH.....	8
Infección por VIH .....	8
SIDA .....	8
<b>OTRAS INFECCIONES .....</b>	<b>8</b>
Esquistosomiasis.....	8
Tuberculosis .....	8
Paludismo .....	8

<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS .....</b>	<b>8</b>
Diabetes .....	8
Trastornos tiroideos.....	9
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES .....</b>	<b>9</b>
Enfermedades de la vesícula biliar.....	9
Historia de colestasis .....	9
Hepatitis viral.....	9
Cirrosis.....	9
Tumores del hígado .....	9
<b>ANEMIAS .....</b>	<b>9</b>
Talasemia .....	9
Anemia drepanocítica.....	9
Anemia ferropénica.....	10
<b>TRASTORNOS RELEVANTES SÓLO PARA LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA .....</b>	<b>10</b>
Infección local .....	10
Trastornos de la coagulación.....	10
Enfermedades respiratorias.....	10
Infección sistémica o gastroenteritis .....	10
Útero fijo debido a cirugía previa o infección.....	10
Hernia de la pared abdominal o umbilical .....	10
Hernia del diafragma.....	10
Nefropatía.....	10
Deficiencias nutricionales graves .....	10
Cirugía abdominal o pélvica previa.....	10
Esterilización concurrente con cirugía abdominal .....	11
Esterilización concurrente con una cesárea .....	11
<b>B. Esterilización quirúrgica masculina.....</b>	<b>12</b>
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS .....</b>	<b>12</b>
Edad joven .....	12
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS .....</b>	<b>12</b>
Trastornos depresivos .....	12
<b>VIH/SIDA .....</b>	<b>12</b>
Alto riesgo de VIH.....	12
Infección por VIH .....	12
SIDA.....	12
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS .....</b>	<b>12</b>
Diabetes .....	12
<b>ANEMIA .....</b>	<b>12</b>
Anemia drepanocítica.....	12
<b>TRASTORNOS RELEVANTES SÓLO PARA LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA .....</b>	<b>12</b>
Infecciones locales .....	12
Lesión escrotal previa .....	12
Trastornos de la coagulación.....	12
Infección sistémica o gastroenteritis .....	13
Varicocele grande.....	13
Hidrocele grande .....	13
Filariasis; elefantiasis .....	13
Tumor intraescrotal .....	13
Criptorquidia.....	13
Hernia inguinal .....	13
<b>COMENTARIOS ADICIONALES .....</b>	<b>14</b>
<b>REFERENCIAS PARA PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN .....</b>	<b>17</b>



## PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

Dada la irreversibilidad o permanencia de los procedimientos de esterilización, debe ponerse especial cuidado en asegurar una elección voluntaria informada del método por parte del usuario o la usuaria. Se debe prestar particular atención en el caso de personas jóvenes, mujeres nulíparas y hombres que todavía no son padres, y del usuario o usuaria con problemas mentales de salud, incluidos trastornos depresivos. Todos las y los usuarias/os deben ser informadas/os acerca de la permanencia de la esterilización y la disponibilidad de métodos alternos, de largo plazo y gran efectividad. Éste es un aspecto de gran importancia en el caso de la gente joven. En el proceso de la decisión deben considerarse las leyes nacionales y las normas existentes para la realización de los procedimientos de esterilización.

En estas recomendaciones no se analizan los métodos de esterilización femenina transcervicales.

No hay ningún trastorno médico que restrinja de manera absoluta la elegibilidad de una persona para la esterilización, aunque algunas condiciones y circunstancias indican que se deben tomar ciertas precauciones, incluidas aquéllas donde la recomendación es C (cuidado), R (retrasar) o E (especial). Para algunas de estas condiciones y circunstancias, los riesgos teóricos o probados pueden ser mayores que las ventajas de los procedimientos de esterilización, en especial la esterilización femenina. Cuando los riesgos de la esterilización superan los beneficios, los métodos anticonceptivos de largo plazo y gran efectividad son una alternativa preferible. Las decisiones en este aspecto deben tomarse según cada caso en particular, teniendo en cuenta los riesgos y los beneficios de la esterilización en comparación con los riesgos del embarazo, y la disponibilidad y la aceptabilidad de los métodos alternos de gran efectividad.

La siguiente clasificación de las condiciones en cuatro categorías diferentes está basada en una revisión profunda de la evidencia epidemiológica y clínica pertinente a la elegibilidad médica. Únicamente las y los proveedoras/es bien capacitados deben realizar los procedimientos de esterilización, en ámbitos clínicos adecuados con el equipo y los insumos apropiados. Deben seguirse recomendaciones apropiados para la prestación de servicios, incluidos los protocolos de prevención de infecciones, a fin de maximizar la seguridad del usuario.

### DEFINICIONES

<b>A</b>	<b>Aceptar</b>	No hay razones médicas para negar la esterilización a una persona en esta condición.
<b>C</b>	<b>Cuidado</b>	El procedimiento normalmente se realiza en facilidades de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
<b>R</b>	<b>Retrasar</b>	El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.
<b>E</b>	<b>Especial</b>	El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanos/as y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren además la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Se deben ofrecer métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir al paciente o si hay cualquier otro retraso.

## A. Esterilización quirúrgica femenina

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>		La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b>		
<b>EMBARAZO</b>	R	
<b>EDAD JOVEN*</b>	C	<p><b>Aclaración</b> : Todas las mujeres deben ser informadas acerca de la permanencia de la esterilización y la disponibilidad de métodos alternos, de largo plazo y gran efectividad. Éste es un aspecto de especial importancia en las mujeres jóvenes.</p> <p><b>Evidencia</b> : Los estudios demuestran que hasta un 20% de las mujeres esterilizadas a una edad joven, posteriormente se arrepintieron de esta decisión y que la edad temprana es el predictor de arrepentimiento más significativo que puede identificarse antes de la esterilización.<sup>1-19</sup></p>
<b>PARIDAD*</b>		
a) Nulípara	A	
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	A	
<b>LACTANCIA MATERNA</b>	A	
<b>POSPARTO*</b>		
a) < 7 días	A	
7 a < 42 días	R	
≥ 42 días	A	
b) Preeclampsia/eclampsia		
(i) preeclampsia leve	A	
(ii) preeclampsia severa/ eclampsia	R	
c) Ruptura prolongada de las membranas : 24 horas o más	R	
d) Sepsis puerperal, fiebre intra-parto o puerperal	R	
e) Hemorragia abundante antes o después del parto	R	
f) Traumatismo grave del tracto genital : desgarro cervical o vaginal durante el parto	R	
g) Ruptura o perforación del útero	E	<p><b>Aclaración</b> : Si se efectúa cirugía exploratoria o laparoscopia y la mujer está estable, puede repararse el problema y proseguir con la esterilización tubárica al mismo tiempo si no hay riesgo adicional involucrado.</p>

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>		La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>POST-ABORTO*</b>		
a) Sin complicaciones	A	
b) Sepsis post-aborto o fiebre	R	
c) Hemorragia profusa post-aborto	R	
d) Traumatismo grave del tracto genital: desgarro cervical o vaginal durante el aborto	R	
e) Perforación del útero	E	<b>Aclaración</b> : Si se efectúa cirugía exploratoria o laparoscopia, puede repararse el problema y proseguir con la esterilización tubárica al mismo tiempo si no hay riesgo adicional involucrado.
f) Hematometra aguda	R	
<b>HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO</b>	A	
<b>TABAQUISMO</b>		
a) Edad < 35 ans	A	
b) Edad ≥ 35 ans		
(i) <15 cigarrillos/día	A	
(ii) ≥15 cigarrillos/día	A	
<b>OBESIDAD</b> Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30kg/m <sup>2</sup>	C	<b>Aclaración</b> : El procedimiento puede resultar más difícil. Existe un mayor riesgo de infección y rotura de la herida. La condición podría requerir anestesia general y limitar la función respiratoria. <b>Evidencia</b> : Las mujeres obesas eran más propensas a las complicaciones cuando se les practicaba la esterilización quirúrgica. <sup>20-23</sup>
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>		
<b>MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL*</b> (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	E	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>	La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.	
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>HIPERTENSIÓN</b>		
Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.		
a) Hipertensión controlada correctamente	C	<b>Aclaración</b> : La presión arterial debe ser controlada antes de la cirugía. Existen mayores riesgos relacionados con la anestesia y un riesgo mayor de arritmia cardíaca cuando la presión no está controlada. La vigilancia cuidadosa de la presión arterial durante la cirugía es particularmente necesaria en esta situación.
b) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)		
(i) sistólica 140–159 ó diastólica 90–99	C	
(ii) sistólica $\geq$ 160 ó diastólica $\geq$ 100	E	
c) Enfermedad vascular	E	
<b>HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO.</b> (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	A	
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)</b>		<b>Aclaración</b> : Para reducir el riesgo de TVP/EP, se recomienda iniciar pronto la deambulaci3n.
a) Historia de TVP/EP	A	
b) TVP/EP actual	R	
c) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	A	
d) Cirugía mayor		
(i) con inmovilizaci3n prolongada	R	
(ii) sin inmovilizaci3n prolongada	A	
e) Cirugía menor sin inmovilizaci3n	A	

\* Consulte tambi3n los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>		La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS</b> (por ejemplo : factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	A	<b>Aclaración :</b> No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes.
<b>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL</b> a) Venas varicosas b) Tromboflebitis superficial	A A	
<b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA*</b> (enfermedad actual o historia) a) Cardiopatía isquémica actual b) Historia de cardiopatía isquémica	R C	
<b>ACCIDENTE CEREBROVASCULAR</b> (historia de accidente cerebrovascular)	C	
<b>HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS</b>	A	<b>Aclaración :</b> Los estudios de lípidos de rutina no son necesarios dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes.
<b>VALVULOPATÍA CARDÍACA</b> a) Sin complicaciones b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda)	C E	<b>Aclaración :</b> La mujer requiere antibióticos profilácticos. <b>Aclaración :</b> La mujer se encuentra en alto riesgo de complicaciones asociadas con la anestesia y la cirugía. Deberá retrasarse el procedimiento ante un caso de fibrilación auricular inestable o endocarditis bacteriana subaguda actual.

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>	La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.	
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b>		
<b>CEFALEAS</b>		
a) No migrañosas (leves o intensas)	A	
b) Migraña		
(i) Sin aura		
<i>Edad &lt; 35 ans</i>	A	
<i>Edad ≥ 35 ans</i>	A	
(ii) Con aura, a cualquier edad	A	
<b>EPILEPSIA</b>	C	
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>		
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	C	
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b>		
<b>PATRONES DE SANGRADO VAGINAL</b>		
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	A	
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	A	
<b>SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA</b> (sospecha de una condición grave)		
Antes de la evaluación	R	<b>Aclaración</b> : El cuadro clínico debe evaluarse antes de efectuar el procedimiento.
<b>ENDOMETRIOSIS</b>	E	
<b>TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS</b> (incluyendo quistes)	A	
<b>DISMENORREA SEVERA</b>	A	
<b>ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO</b>		
a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna	A	
b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna	R	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>		La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>ECTROPIÓN CERVICAL</b>	A	
<b>NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)</b>	A	
<b>CÁNCER CERVICAL*</b> (en espera de tratamiento)	R	
<b>ENFERMEDADES DE LA MAMA</b>		
a) Nódulo sin diagnóstico	A	
b) Enfermedad benigna de la mama	A	
c) Historia familiar de cáncer	A	
d) Cáncer de mama		
(i) actual	C	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años	A	
<b>CÁNCER DE ENDOMETRIO*</b>	R	
<b>CÁNCER DE OVARIO*</b>	R	
<b>FIBROMAS UTERINOS*</b>		
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	C	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	C	
<b>ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)*</b>		
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)		<b>Aclaración</b> : Debe realizarse un cuidadoso examen pélvico para descartar infección recurrente o persistente y para determinar la movilidad del útero.
(i) con embarazo posterior	A	
(ii) sin embarazo posterior	C	
b) EPI - actual	R	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>		La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>ITS*</b>		
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	R	<b>Aclaración</b> : Si no persisten los síntomas después del tratamiento, se puede llevar a cabo la esterilización.
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	A	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	A	
d) Mayor riesgo de ITS	A	
<b>VIH/SIDA</b>		
<b>ALTO RIESGO DE VIH</b>	A	<b>Aclaración</b> : No son necesarias exploraciones de rutina. Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico. Se recomienda el uso de condones después de la esterilización.
<b>INFECCIÓN POR VIH</b>	A	
<b>SIDA</b>	E	<b>Aclaración</b> : Si la mujer tiene actualmente una enfermedad relacionada con el SIDA, el procedimiento debe ser retrasado.
<b>OTRAS INFECCIONES</b>		
<b>ESQUISTOSOMIASIS</b>		
a) Sin complicaciones	A	<b>Aclaración</b> : Puede ser necesario evaluar la función hepática.
b) Fibrosis del hígado	C	
<b>TUBERCULOSIS</b>		
a) No pélvica	A	
b) Pélvica conocida	E	
<b>PALUDISMO</b>		
	A	
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS</b>		
<b>DIABETES*</b>		
a) Historia de enfermedad gestacional	A	<b>Aclaración</b> : Si la glicemia no está bien controlada, se recomienda la referencia a un centro de mayor nivel.
b) Enfermedad no vascular		
(i) no insulino dependiente	C	<b>Aclaración</b> : Existe una posible disminución en la curación y un riesgo mayor de infección de la herida. Se recomienda usar antibióticos preventivos. <b>Evidencia:</b> Las mujeres diabéticas fueron más propensas a tener complicaciones cuando se sometieron a esterilización. <sup>22</sup>
(ii) insulino dependiente	C	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	E	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	E	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla



<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>		La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b>		
a) Bocio simple	A	
b) Hipertiroidismo	E	
c) Hipotiroidismo	C	
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES</b>		
<b>ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR</b>		
a) Sintomática		
(i) tratada con colecistectomía	A	
(ii) tratada médicamente	A	
(iii) actual	R	
b) Asintomática	A	
<b>HISTORIA DE COLESTASIS</b>		
a) Relacionada con el embarazo	A	
b) Relacionada con uso previo de AOC	A	
<b>HEPATITIS VIRAL*</b>		
a) Activa	R	<b>Aclaración</b> : Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico.
b) Portadora	A	
<b>CIRROSIS</b>		
a) Leve (compensada)	C	<b>Aclaración</b> : La función hepática y la coagulación podrían resultar afectadas. Debe evaluarse la función hepática.
b) Grave (descompensada)	E	
<b>TUMORES DEL HÍGADO</b>		
a) Benigno (adenoma)	C	<b>Aclaración</b> : La función hepática y la coagulación podrían resultar afectadas. Debe evaluarse la función hepática.
b) Maligno (hepatoma)	C	
<b>ANEMIAS</b>		
<b>TALASEMIA</b>	C	
<b>ANEMIA DREPANOCÍTICA*</b>	C	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>		La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>ANEMIA FERROPÉNICA</b> a) Hb < 7g/dl b) Hb ≥ 7 a < 10g/dl	R C	<b>Aclaración</b> : Debería identificarse la enfermedad subyacente. Tanto el nivel preoperatorio de Hb, como la pérdida de sangre en la operación, son factores importantes en mujeres con anemia. Si la perfusión periférica es inadecuada, esto podría retrasar la cicatrización de la herida.
<b>TRASTORNOS RELEVANTES SÓLO PARA LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>		
<b>INFECCIÓN LOCAL</b> Infección de la piel abdominal	R	<b>Aclaración</b> : Existe un riesgo mayor de infección post-operatoria.
<b>TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN*</b>	E	
<b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b> a) Agudas (bronquitis, neumonía)  b) Crónicas (i) asma (ii) bronquitis (iii) enfisema (iv) infección pulmonar	R  E E E E	<b>Aclaración</b> : El procedimiento debería ser retrasado hasta que se corrija la condición. Mayores riesgos relacionados con la anestesia y otros riesgos perioperatorios.
<b>INFECCIÓN SISTÉMICA O GASTROENTERITIS*</b>	R	
<b>ÚTERO FIJO DEBIDO A CIRUGÍA PREVIA O INFECCIÓN*</b>	E	
<b>HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL O UMBILICAL</b>	E	<b>Aclaración</b> : De ser posible, la reparación de la hernia y la esterilización tubárica deberían hacerse simultáneamente.
<b>HERNIA DEL DIAFRAGMA*</b>	C	
<b>NEFROPATÍA*</b>	C	
<b>DEFICIENCIAS NUTRICIONALES SEVERAS*</b>	C	
<b>CIRUGÍA ABDOMINAL O PÉLVICA PREVIA</b>	C	<b>Evidencia</b> : Las mujeres con cirugía abdominal o pélvica anterior fueron más propensas a complicaciones al realizarse la esterilización. <sup>21, 22, 24–26</sup>

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA</b>	La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.	
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>ESTERILIZACIÓN CONCURRENTES CON CIRUGÍA ABDOMINAL</b>		
a) Electiva	C	
b) Emergencia (sin asesoramiento previo)	R	
c) Cuadro clínico infeccioso	R	
<b>ESTERILIZACIÓN CONCURRENTES CON UNA CESÁREA*</b>	A	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

## B. Esterilización quirúrgica masculina

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA</b>		La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS</b>		
<b>EDAD JOVEN</b>	C	<b>Aclaración</b> : Todos los hombres deben ser informados acerca de la permanencia de la esterilización y la disponibilidad de métodos alternos, de largo plazo y gran efectividad. Esto es de mayor importancia entre los hombres jóvenes. <b>Evidencia</b> : Los hombres sometidos a vasectomía a edad temprana fueron más propensos a revertir el procedimiento que aquellos que se sometieron a vasectomía a una edad más avanzada. <sup>18</sup>
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>		
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	C	
<b>VIH/SIDA</b>		
<b>ALTO RIESGO DE VIH</b>	A	<b>Aclaración</b> : No es necesario el examen de rutina. Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico. Se recomienda el uso de condones después de la esterilización.
<b>INFECCIÓN POR VIH</b>	A	
<b>SIDA</b>	E	<b>Aclaración</b> : Si el hombre padece actualmente de una enfermedad relacionada con el SIDA, el procedimiento debe ser retrasado.
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS</b>		
<b>DIABETES*</b>	C	
<b>ANEMIAS</b>		
<b>ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>	A	
<b>TRASTORNOS RELEVANTES SOLO PARA LA ESTERILIZACION QUIRURGICA MASCULINA</b>		
<b>INFECCIONES LOCALES*</b>		
a) infección de la piel del escroto	R	
b) ITS activa	R	
c) balanitis	R	
d) epididimitis u orquitis	R	
<b>TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN</b>	E	
<b>LESIÓN ESCROTAL PREVIA</b>	C	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

<b>ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA</b>		La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.
<b>CONDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>ACLARACIONES/EVIDENCIA</b>
<b>INFECCIÓN SISTÉMICA O GASTROENTERITIS*</b>	R	
<b>VARICOCELE GRANDE*</b>	C	
<b>HYDROCELE GRANDE*</b>	C	
<b>FILARIASIS; ELEFANTIASIS*</b>	R	
<b>TUMOR INTRAESCROTAL*</b>	R	
<b>CRIPTORQUIDIA</b>	C	<b>Aclaración</b> : Si la criptorquidia es bilateral, y se ha constatado la fertilidad, requerirá cirugía extensa para localizar el conducto deferente, y se convierte en categoría E. Si es unilateral, y se ha constatado la fertilidad, la vasectomía puede hacerse en el lado normal y debe realizarse el espermiograma, según la rutina. Si el hombre sigue mostrando una presencia persistente de esperma, se podría requerir una cirugía más extensa para localizar el otro conducto deferente, y se convierte en categoría E.
<b>HERNIA INGUINAL*</b>	E	

\* Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla

## Comentarios adicionales

### A. Esterilización quirúrgica femenina

#### PARIDAD

**Nulípara** : Las mujeres nulíparas, como todas las mujeres, deben ser informadas acerca de la permanencia de la esterilización y la disponibilidad de métodos alternos, de larga duración y gran efectividad.

#### POSPARTO

**< 7 días posparto** : La esterilización puede practicarse en forma segura inmediatamente después del parto.

**7 a < 42 días** : Hay un mayor riesgo de complicaciones cuando el útero no ha involucionado completamente.

**Preeclampsia/eclampsia** : Hay un aumento en los riesgos relacionados con la anestesia.

**Ruptura prolongada de las membranas, 24 horas o más** : Existe un riesgo mayor de infección post-operatoria.

**Sepsis puerperal, fiebre intra-parto o puerperal** : Existe un riesgo mayor de infección post-operatoria.

**Hemorragia abundante antes del parto o después del parto** : La mujer puede estar anémica y ser incapaz de tolerar más pérdida de sangre.

**Traumatismo grave del tracto genital** : desgarro cervical o vaginal a la hora del parto: Pudo haberse producido una importante pérdida de sangre y anemia. El procedimiento puede ser más doloroso.

**Ruptura o perforación del útero** : Pudo haberse producido una importante pérdida de sangre o daño en el contenido abdominal.

#### POST-ABORTO

**Sepsis post-aborto o fiebre** : Existe un riesgo mayor de infección post-operatoria.

**Hemorragia profusa después del aborto** : La mujer puede estar anémica y ser incapaz de tolerar más pérdida de sangre.

**Traumatismo grave del tracto genital** : desgarro cervical o vaginal en el momento del aborto : La mujer puede estar anémica y ser incapaz de tolerar más pérdida de sangre. El procedimiento puede resultar más doloroso.

**Perforación del útero** : Pudo haberse producido una importante pérdida de sangre o daño en el contenido abdominal.

**Hematometra agudo** : La mujer puede estar anémica y ser incapaz de tolerar más pérdida de sangre.

#### MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL

Cuando una mujer presenta múltiples factores de riesgo aumenta el riesgo de complicaciones asociadas a la anestesia y la cirugía.

#### HISTORIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O ENFERMEDAD ACTUAL

La mujer se encuentra en alto riesgo de complicaciones asociadas con la anestesia y la cirugía.

#### CÁNCER CERVICAL (EN ESPERA DE TRATAMIENTO)

En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento.

#### CÁNCER DE ENDOMETRIO

En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento.

#### CÁNCER OVÁRICO

En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento.

#### FIBROMAS UTERINOS

Según el tamaño y la localización de los fibromas, podría ser más difícil encontrar las trompas y movilizar el útero.

#### ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)

La EPI puede implicar un riesgo mayor de infección y de adherencias después de la esterilización.

#### ITS

Existe un riesgo mayor de infección post-operatoria.

#### DIABETES

Hay riesgo de hipoglicemia o cetoacidosis.

## **TRASTORNOS TIROIDEOS**

La mujer se encuentra en alto riesgo de complicaciones asociadas a la anestesia y la cirugía.

## **HEPATITIS VIRAL**

La mujer se encuentra en alto riesgo de complicaciones asociadas a la anestesia y la cirugía.

## **ANEMIA DREPANOCÍTICA**

Hay un aumento en el riesgo de complicaciones pulmonares, cardíacas o neurológicas, y un posible aumento del riesgo de infección de la herida.

## **TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN**

Las mujeres con trastornos en la coagulación tienen un riesgo mayor de complicaciones hematológicas de la cirugía.

## **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

Para laparoscopia, la mujer puede experimentar complicaciones cardiorrespiratorias agudas inducidas por el neumoperitoneo o la posición de Trendelenburg.

## **INFECCIÓN SISTÉMICA O GASTROENTERITIS**

Existen mayores riesgos de infección post-operatoria, complicaciones por deshidratación y relacionadas con la anestesia.

## **ÚTERO FIJO DEBIDO A CIRUGÍA PREVIA O A INFECCIÓN**

La movilidad disminuida del útero, las trompas de falopio y los intestinos podría dificultar la laparoscopia y minilaparotomía, lo que aumentaría el riesgo de complicaciones.

## **HERNIA DEL DIAFRAGMA**

Para laparoscopia, la mujer puede presentar complicaciones cardiorrespiratorias agudas inducidas por el neumoperitoneo o la posición de Trendelenburg.

## **NEFROPATÍA**

Puede estar afectada la coagulación sanguínea. Podría existir un aumento en el riesgo de infección y de choque hipovolémico. Puede causar anemia, perturbaciones electrolíticas y anomalías en el metabolismo y excreción de fármacos.

## **DEFICIENCIAS NUTRICIONALES GRAVES**

Podría haber un aumento en el riesgo de infección de la herida y la cicatrización.

## **ESTERILIZACIÓN CONCURRENTES CON UNA CESÁREA**

La esterilización concurrente no aumenta el riesgo de complicación en una paciente quirúrgica estable.

## **B. Esterilización quirúrgica masculina**

### **TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN**

Los trastornos del sangrado pueden llevar a un aumento del riesgo de formación de hematomas post-operatorios, lo que –a su vez– implica mayor riesgo de infección.

### **DIABETES**

Los diabéticos son más propensos a las infecciones post-operatorias de las heridas. Si aparecen signos de infección, se debe dar tratamiento con antibióticos.

### **INFECCIONES LOCALES**

Existe un riesgo mayor de infección post-operatoria.

### **INFECCIÓN SISTÉMICA O GASTROENTERITIS**

Existe un riesgo mayor de infección post-operatoria.

### **VARICOCELE GRANDE**

Podría ser difícil o imposible localizar el conducto deferente; un procedimiento único para reparar el varicocele y realizar una vasectomía disminuye el riesgo de complicaciones.

**HIDROCELE GRANDE**

Podría ser difícil o imposible localizar el conducto deferente; un procedimiento único para reparar el hidrocele y realizar una vasectomía disminuye el riesgo de complicaciones.

**FILARIASIS; ELEFANTIASIS**

El escroto puede estar comprometido por una elefantiasis grave, lo que haría imposible palpar la estructura del cordón y el testículo.

**TUMOR INTRAESCROTAL**

Puede ser indicativo de una enfermedad subyacente.

**HERNIA INGUINAL**

La vasectomía puede ser efectuada de manera concurrente con la reparación de la hernia.



## Referencias para procedimientos de esterilización

1. Abraham S et al. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Medical Journal of Australia*, 1986, 145:4-7.
2. Allyn DP et al. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *Journal of Reproductive Medicine*, 1986, 31:1027-32.
3. Boring CC, Rochat RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:973-81.
4. Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation--assessment of subsequent regret. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:748-50.
5. Grubb GS et al. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertility & Sterility*, 1985, 44:248-53.
6. Hardy E et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception*, 1996, 54:159-62.
7. Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Family Planning Perspectives*, 1986, 18:238-40.
8. Hillis SD et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93:889-95.
9. Jamieson DJ et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:1073-9.
10. Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2002, 42:526-9.
11. Leader A et al. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:198-202.
12. Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Studies in Family Planning*, 1995, 26:39-48.
13. Marcil-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives*, 1988, 20:222-7.
14. Platz-Christensen JJ et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1992, 38:223-6.
15. Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scottish Medical Journal*, 1991, 36:44-6.
16. Schmidt JE et al. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility & Sterility*, 2000, 74:892-8.
17. Thranov I et al. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1988, 16:41-8.
18. Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstetrics & Gynecology*, 2003, 101:677-84.
19. Wilcox LS et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility & Sterility*, 1991, 55:927-33.
20. Chi I, Mumford SD, Laufe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1980, 138:307-12.
21. Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1984, 148:322-7.
22. Jamieson DJ et al. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 96:997-1002.
23. White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:623-5.
24. Baggish MS et al. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstetrics & Gynecology*, 1979, 54:54-9.
25. Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:841-6.
26. Feldblum PJ et al. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception*, 1986, 34:505-12.



<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA</b> .....	<b>1</b>
Embarazo .....	1
Edad.....	1
Paridad .....	1
Lactancia materna.....	1
Posparto.....	1
Post-aborto .....	2
Historia de embarazo ectópico .....	2
Historia de cirugía pélvica.....	2
Tabaquismo .....	2
Obesidad.....	2
Medición de la presión arterial no disponible .....	2
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b> .....	<b>2</b>
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.....	2
Hipertensión .....	3
Historia de presión arterial alta durante el embarazo .....	3
Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar .....	4
Mutaciones trombogénicas conocidas .....	4
Trombosis venosa superficial.....	4
Cardiopatía isquémica .....	4
Accidente cerebrovascular.....	5
Hiperlipidemias conocidas.....	5
Valvulopatía cardíaca.....	5
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b> .....	<b>5</b>
Cefaleas.....	5
Epilepsia.....	5
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b> .....	<b>5</b>
Trastornos depresivos .....	5
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b> .....	<b>6</b>
Patrones de sangrado vaginal .....	6
Sangrado vaginal de etiología desconocida .....	6
Endometriosis .....	6
Tumores ováricos benignos.....	6
Dismenorrea severa .....	6
Enfermedad del trofoblasto.....	6
Ectropión cervical .....	6
Neoplasia intraepitelial cervical.....	6
Cáncer cervical.....	7
Enfermedades de la mama .....	7
Cáncer de endometrio .....	7
Cáncer de ovario .....	7
Fibromas uterinos .....	7
Anomalías anatómicas .....	7
Enfermedad pélvica inflamatoria .....	8
ITS.....	8
<b>VIH/SIDA</b> .....	<b>8</b>
Alto riesgo de VIH.....	8
Infección por VIH .....	8
SIDA .....	8

<b>OTRAS INFECCIONES .....</b>	<b>9</b>
Esquistosomiasis.....	9
Tuberculosis .....	9
Paludismo .....	9
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS .....</b>	<b>9</b>
Diabetes .....	9
Trastornos tiroideos.....	9
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES .....</b>	<b>10</b>
Enfermedades de la vesícula biliar.....	10
Historia de colestasis .....	10
Hepatitis viral.....	10
Cirrosis.....	10
Tumores del hígado .....	10
<b>ANEMIAS .....</b>	<b>10</b>
Talasemia .....	10
Anemia drepanocítica.....	10
Anemia ferropénica.....	10
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS.....</b>	<b>11</b>
Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas.....	11
Antibióticos.....	11
Terapia antirretroviral .....	11

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
I = Inicio, C = Continuación								
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA								
EMBARAZO	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	4*	4*
EDAD	De menarquia a <40=1  ≥40=2	De menarquia a <40=1  ≥40=2		De menarquia a <18=1  18-45=1 >45=1	De menarquia a <18=2  18-45=1 >45=2	De menarquia a <18=1  18-45=1 >45=1	De menarquia a <20=2  ≥20=1	De menarquia a <20=2  ≥20=1
PARIDAD								
a) Nulípara	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	1	1	1	1	1	1
LACTANCIA MATERNA								
a) < 6 semanas posparto	4	4	4	3*	3*	3*		
b) 6 semanas a < 6 meses (principalmente con lactancia materna)	3	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 meses posparto	2	2	2	1	1	1		
POSPARTO (no amamantando)								
a) < 21 días	3	3	3	1	1	1		
b) ≤ 21 días	1	1	1	1	1	1		
POSPARTO (amamantando o no) incluso post-cesárea								
a) < 48 horas							2	3
b) ≥ de 48 horas a < 4 semanas							3	3
c) ≥ 4 semanas							1	1
d) Sepsis puerperal							4	4

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
I = Inicio, C = Continuación								
<b>POST-ABORTO</b>								
a) Primer trimestre	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
b) Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2
c) Inmediatamente post-aborto séptico	1	1	1	1	1	1	4	4
<b>HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO</b>	1	1	1	2	1	1	1	1
<b>HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA</b> (incluyendo cesárea) (consulte también sección posparto)	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>TABAQUISMO</b>								
a) Edad < 35 ans	2*	2	2	1	1	1	1	1
b) Edad ≥ 35 ans								
(i) <15 cigarillos/día	3*	2	3	1	1	1	1	1
(ii) >15 cigarillos/día	4*	3	4	1	1	1	1	1
<b>OBESIDAD</b> Indice de masa corporal (IMC) ≥30 kg/m <sup>2</sup>	2	2	2	1	1	1	1	1
<b>MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE</b>	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>								
<b>MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL</b> (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	3/4*	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1	2

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
I = Inicio, C = Continuación								
<b>HIPERTENSIÓN</b>								
a) Historia de hipertensión, incluida la hipertensión durante el embarazo, cuando NO se puede evaluar la presión arterial	3*	3*	3*	2*	2*	2*	1	2
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	3*	3*	3*	1*	2*	1*	1	1
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)								
(i) sistólica 140–159 o diastólica 90–99	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) sistólica >160 o diastólica ≥100	4	4	4	2	3	2	1	2
d) Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	1	2
<b>HISTORIA DE PRESION ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO</b> (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	2	2	2	1	1	1	1	1

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
I = Inicio, C = Continuación								
<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)</b>								
a) Historia de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP actual	4	4	4	3	3	3	1	3
c) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	2	2	2	1	1	1	1	1
d) Cirugía mayor								
(i) con inmovilización prolongada	4	4	4	2	2	2	1	2
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS</b> (por ejemplo : factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	4*	4*	4*	2*	2*	2*	1*	2*
<b>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL</b>								
a) Venas varicosas	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Tromboflebitis superficial	2	2	2	1	1	1	1	1
<b>HISTORIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O ENFERMEDAD ACTUAL</b>				I   C		I   C		I   C
	4	4	4	2   3	3	2   3	1	2   3

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones



TABLAS RESUMEN															
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS		AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG		DIU- Cu	DIU- LNG					
I = Inicio, C = Continuación															
<b>ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR</b> (historia de accidente cerebrovascular)	4	4	4	I	C	3	I	C	1	2					
				2	3		2	3							
<b>HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS</b> (NO son necesarios los estudios de lípidos de rutina para el uso seguro de los métodos anticonceptivos)	2/3*	2/3*	2/3*	2*		2*	2*		1*	2*					
<b>VALVULOPATÍA CARDÍACA</b>															
a) Sin complicaciones	2	2	2	1		1	1		1	1					
b) Complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)	4	4	4	1		1	1		2*	2*					
<b>TRASTORNOS NEUROLÓGICOS</b>															
<b>CEFALEAS</b>	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	
a) No migrañosas (leves o intensas)	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	
b) Migraña															
(i) sin aura															
Edad <35 ans	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*
Edad ≥35 ans	3*	4*	3*	4*	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*
(ii) con aura (a cualquier edad)	4*	4*	4*	4*	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	3*
<b>EPILEPSIA</b>	1*	1*	1*	1*		1*	1*		1	1					
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>															
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>	1*	1*	1*	1*		1*	1*		1*	1*					

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
I = Inicio, C = Continuación								
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b>								
<b>PATRONES DE SANGRADO VAGINAL</b>								I C
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1	1	1	2	2	2	1	1 1
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	1*	1*	1*	2*	2*	2*	2*	1* 2*
<b>SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA</b> (sospecha de una condición grave)							I C	I C
Antes de la evaluación	2*	2*	2*	2*	3*	3*	4* 2*	4* 2*
<b>ENDOMETRIOSIS</b>	1	1	1	1	1	1	2	1
<b>TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS</b> (incluidos quistes)	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>DISMENORREA SEVERA</b>	1	1	1	1	1	1	2	1
<b>ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO</b>								
a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna	1	1	1	1	1	1	3	3
b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna	1	1	1	1	1	1	4	4
<b>ECTROPIÓN CERVICAL</b>	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)</b>	2	2	2	1	2	2	1	2

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones

TABLAS RESUMEN											
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG			
I = Inicio, C = Continuación											
<b>CÁNCER CERVICAL</b> (a la espera de tratamiento)	2	2	2	1	2	2		I	C	I	C
								4	2	4	2
<b>ENFERMEDADES DE LA MAMA</b>											
a) Nódulo sin diagnóstico	2*	2*	2*	2*	2*	2*		1		2	
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	1	1	1		1		1	
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1		1		1	
d) Cáncer de mama											
(i) actual	4	4	4	4	4	4		1		4	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	3	3	3	3	3	3		1		3	
<b>CÁNCER DE ENDOMETRIO</b>								I	C	I	C
	1	1	1	1	1	1		4	2	4	2
<b>CÁNCER DE OVARIO</b>								I	C	I	C
	1	1	1	1	1	1		3	2	3	2
<b>FIBROMAS UTERINOS</b>											
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1		1		1	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1		4		4	
<b>ANOMALIAS ANATOMICAS</b>											
a) Que distorsionan la cavidad uterina								4		4	
b) Que no distorsionan la cavidad uterina								2		2	

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones

TABLAS RESUMEN										
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG	DIU- Cu		DIU- LNG	
I = Inicio, C = Continuación										
<b>ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)</b>										
a) Antecedentes de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C
(i) con embarazo posterior	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(ii) sin embarazo posterior	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) EPI -actual	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*
<b>ITS</b>										
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2
<b>VIH/SIDA</b>										
<b>ALTO RIESGO DE VIH</b>										
	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
<b>INFECCIÓN POR VIH</b>										
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
<b>SIDA</b>										
	1*	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*
Clínicamente bien, bajo tratamiento con ARV	Ver abajo TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL						2	2	2	2

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
I = Inicio, C = Continuación								
<b>OTRAS INFECCIONES</b>								
<b>ESQUISTOSOMIASIS</b>								
a) Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Fibrosis del hígado	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>TUBERCULOSIS</b>								
							I	C
a) No pélvica	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1	1
b) Pélvica conocida	1*	1*	1*	1	1	1	4	3
<b>PALUDISMO</b>								
	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>TRASTORNOS ENDOCRINOS</b>								
<b>DIABETES</b>								
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Enfermedad no vascular								
(i) no insulino-dependiente	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) insulino-dependiente	2	2	2	2	2	2	1	2
c) Nefropatía/ retinopatía/ neuropatía	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b>								
a) Bocio simple	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
I = Inicio, C = Continuación								
<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES</b>								
<b>ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR</b>								
a) Sintomática								
(i) tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) tratada medicamenet	3	2	3	2	2	2	1	2
(iii) actual	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Asintomática	2	2	2	2	2	2	1	2
<b>HISTORIA DE COLESTASIS</b>								
a) Relacionada con el embarazo	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Relacionada con uso previo de AOC anterior	3	2	3	2	2	2	1	2
<b>HEPATITIS VIRAL</b>								
a) Activa	4	3/4*	4*	3	3	3	1	3
b) Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>CIRROSIS</b>								
a) Leve (compensada)	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Grave (descompensada)	4	3	4	3	3	3	1	3
<b>TUMORES DEL HÍGADO</b>								
a) Benigno (adenoma)	4	3	4	3	3	3	1	3
b) Maligno (hepatoma)	4	3/4	4	3	3	3	1	3
<b>ANEMIAS</b>								
<b>TALASEMIA</b>	1	1	1	1	1	1	2	1
<b>ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>	2	2	2	1	1	1	2	1
<b>ANEMIA FERROPÉNICA</b>	1	1	1	1	1	1	2	1

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	PAC/ AVC	APS	AMPD EN- NET	Implantes LNG/ ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
I = Inicio, C = Continuación								
<b>INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS</b>								
<b>MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPÁTICAS</b>								
a) Rifampicina	3*	2*	3*	3*	2*	3*	1	1
b) Ciertos anticonvulsivos (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3*	2*	3*	3*	2	3	1	1
<b>ANTIBIÓTICOS (menos rifampicina)</b>								
a) Griseofulvina	2	1	2	2	1	2	1	1
b) Otros antibióticos	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>TERAPIA ANTIRRETROVIRAL</b>							I	C
	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2/3*	2
							I	C
							2/3*	2

\* Consulte las tablas de los textos para obtener una explicación de estas clasificaciones





## Apéndice 1. Anticonceptivos orales combinados (AOC) y tratamientos antirretrovirales

Pocos datos de estudios pequeños, en su mayoría no publicados, sugieren que diversos tratamientos antirretrovirales pueden alterar la farmacocinética de una dosis única de AOC. Sin embargo, no se han realizado estudios de los resultados clínicos y se desconoce la importancia clínica de estos cambios, en especial cuando no se ha permitido que los AOC alcancen un estado estable. La siguiente tabla resume la evidencia disponible hasta la fecha con respecto a los efectos de los ARV en los niveles de esteroides anticonceptivos y los efectos de los anticonceptivos hormonales en los niveles de ARV.

**Tabla 1. Farmacocinética de las interacciones de fármacos AOC y ARV**

ARV	Niveles de esteroides anticonceptivos	Niveles de ARV
Inhibidores de la proteasa		
Nelfinavir	↓	No hay datos
Ritonavir	↓	No hay datos
Lopinavir/ritonavir	↓	No hay datos
Atazanavir	↑	No hay datos
Amprenavir	↑	↓
Indinavir	↑	No hay datos
Saquinavir	No hay datos	No hay cambios
Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa		
Nevirapina	↓	No hay cambios
Efavirenz	↑	No hay cambios
Delavirdine	?↑	No hay datos

### Referencias :

Ouellet D et al. Effect of ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl oestradiol in healthy female volunteers. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 46(2):111-6.

Mildvan D et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 2002, 29(5):471-7.

Tackett D et al. Atazanavir: a summary of two pharmacokinetic drug interaction studies in healthy subjects (abstract). Presented at the 10th Retrovirus Conference, Boston, MA, February 10-14, 2003. Available on line at <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=649>. (Accessed July 31, 2003).

Mayer K et al. Efficacy, effect of oral contraceptives, and adherence in HIV infected women receiving Fortovase (saquinavir) soft gel capsule (SQV-SGC; FTV) thrice (TID) and twice (BID) daily regimens (abstract). Presented at the XIII International AIDS Conference, Durban, 2000. Disponible en ligne sur le site : <http://www.iac2000.org/abdetail.asp?ID=TuPeB3226>. (Accessed July 31, 2003).

Merck & Co., Inc. Indinavir prescribing information, 2002.

Abbot Laboratories. Ritonavir prescribing information, 2001.

Abbot Laboratories. Lopinavir/ritonavir prescribing information, 2003.

Agouron Pharmaceuticals, Inc. Nelfinavir prescribing information, 2003.

GlaxoSmithKline. Amprenavir prescribing information, 2002.

Pharmacia & Upjohn Co. Delavirdine prescribing information, 2001.

DuPont Pharmaceuticals Co. Efavirenz prescribing information, 2001.

Bristol-Myers Squibb Company. Atazanavir prescribing information, 2003.



## Apéndice 2. Lista de participantes

**Reunión del Grupo de Trabajo para actualizar los  
Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos  
Sala C, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 21 al 24 de octubre de 2003**

Dra. Halida Akhter  
Directora Ejecutiva  
Health Promotion Limited (HPL)  
H-310, Rd-3 Baitul Aman  
Housing Society, Shyamoli  
Dhaka, 1207  
Bangladesh

Dr. Willard Cates  
Presidente  
Salud Familiar Internacional  
P. O. Box 13950  
Research Triangle Park, NC 27709  
Estados Unidos

Dr. Tsungai Chipato\*  
Departamento de Obstetricia y Ginecología  
Universidad de Zimbabwe  
PO Box A 178  
Harare  
Zimbabwe

Dra. María del Carmen Cravioto\*  
Departamento de Biología de la Reproducción  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y  
Nutrición Salvador Zubiran,  
Vasco de Quiroga 15  
Delegación Tlalpan  
CP 14000 México, DF  
México

Dr. Juan Diaz\*  
Asesor Médico para América Latina  
y el Caribe  
Consejo del Pueblo (The Population Council)  
Cidade Universitaria  
Caixa postal 6509  
13084-050 Campinas SP  
Sao Paulo  
Brasil

Dra. Soledad Diaz\*  
Consultorio de Planificación Familiar  
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva  
José Victorino Latarría 29  
Depto. 101, Correo 22, Casilla 96  
Santiago  
Chile

Dr. Lindsay Edouard  
Jefe de Salud Reproductiva  
División Técnica y Política  
Fondo de las Naciones Unidas para la Población  
220 East 42nd Street  
New York NY 10017  
Estados Unidos

Dra. Anna Glasier\*  
Planificación Familiar y Servicios para el  
Bienestar de la Mujer  
18 Dean Terrace  
Edinburgh EH4 1NL  
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dr John Guillebaud\*  
White leas Mead  
14 Hidscope Road  
Cumnor Hill  
Oxford OX2 9JJ  
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dr. Kerstin Hagenfeldt\*  
Departamento de Obstetricia y Ginecología  
Karolinska Institute  
Box 140  
S-171 76 Stockholm  
Suecia

Profesora Ezzeldin Othman Hassan  
La Fundación Nacional Egipcia de Cuidados de  
la Fecundidad  
2(A) Mahrouky Street Mohandessen  
POB 147 Orman  
Giza  
Egipto

Dr. Mihai Horga  
Dirección de Asistencia Familiar y Social  
Ministerio de Salud y Familia  
1-3 Cristian Popisteanu St.  
70109 Bucharest  
Rumania

Dr. Douglas Huber  
Ciencias de Gestión para la Salud  
165 Allandale Road  
Boston, Massachusetts 02130-3400  
Estados Unidos

Dr. Carlos Huevo\*  
Federación Internacional de Planificación Familiar  
(IPPF), Regent's College, Inner Circle, Regent's  
Park  
London NW1 4NS  
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dr. Roy Jacobstein  
Salud Reproductiva (Engender Health)  
440 Ninth Ave.,  
New York NY 1001  
Estados Unidos

Dra. Victoria Jennings\*  
Instituto para la Salud Reproductiva  
Centro Médico de la Universidad de Georgetown  
Georgetown Center, 6th Floor  
2115 Wisconsin Ave., NW  
Washington D:C: 20007  
Estados Unidos

Dra. Liliana Kapetanovic-Milosevic  
Unidad de Evaluación Fármaco-Tóxico-Clínica  
Agence Française de Sécurité Sanitaires des  
Produits de Santé  
143/147, Boulevard Anatole France  
93285 Saint Denis Cedex  
Francia

Dr. Robert Leke  
Centro Colaborador de la OMS para la  
Investigación en Reproducción Humana, Facultad  
de Medicina y Ciencias Biológicas  
Universidad de Yaounde 1, BP 1935  
Camerún

Dr. Enriquito R. Lu  
STARH/FP Program  
Tifa Building, 5th Floor, Suite 503  
JI Kuningan Barat 26, Jakarta 12710  
Indonesia

Dr. Trent MacKay  
División de Anticoncepción y Salud Reproductiva  
NICHD, NIH  
6100 Executive Boulevard, Suite 8B13  
Rockville, MD 20892  
Estados Unidos

Dr. Maurizio Macaluso  
Departamento de Salud y Fertilidad de la Mujer  
CDC  
Koger Rhodes Building Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
Estados Unidos

Dr Olav Meirik\*  
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva  
José Ramón Gutiérrez 295, Depto 3  
Santiago  
Chile

Dra. Suneeta Mittal\*  
Jefa, Directora a cargo del Departamento de  
Obstetricia y Ginecología, Centro Colaborador  
de la OMS para Investigación en Reproducción  
Humana  
Instituto Hindú de Ciencias Médicas (All India  
Institute of Medical Sciences)  
Ansari Nagar  
New Delhi, 110 029  
India

Dra. Helen Randera-Rees\*  
Unidad de Salud Reproductiva  
Departamento de Obstetricia y Ginecología  
Baragwanath Hospital  
PO Betsam 2013  
Johannesburg  
Sudáfrica

Dr. Khama Rogo  
Banco Mundial  
1818 H Street, N.W.  
Washington D.C. 20433  
Estados Unidos

Dr. Ward Rinehart  
John Hopkins University  
Centro para Programas de Comunicación  
111 Market Place, Suite 310  
Baltimore, MD 21202  
Estados Unidos

Dr. Roberto Rivera\*  
Salud Familiar Internacional  
P. O. Box 13950, Research Triangle Park  
NC 27709  
Estados Unidos

Profesor Dr. Fred Sai  
P. O. Box 9983  
Kotoka Airport, 4404  
Accra  
Ghana

Dra. Pramilla Senanayake  
Federación Internacional de Planificación  
Familiar, Regent's College, Inner Circle, Regent's  
Park  
London NW1 4NS  
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dr. Jim Shelton  
Departamento de Población  
Oficina de Ciencias y Tecnología  
USAID  
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN  
Washington, D.C. 20523  
Estados Unidos

Dra. Connie Smith\*  
Servicios de Anticoncepción del Lado Oeste  
Westminster PCT  
Raymede Clinic  
St Charles Hospital  
Exmoor Street  
London W10 6DZ  
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Sr. Irving Sivin  
Centro de Investigación Biomédica  
The Population Council  
One Dag Hammarskjold Plaza  
New York N.Y. 10017  
Estados Unidos

Dr. Bulbul Sood\*  
Especialista en Gestión de Programas, CEDPA  
50 M Shantipath, Gate No 3,  
Niti Marg, Chanakyapuri,  
New Delhi-110021  
India

Dr. Marcel Vekemans  
IntraHealth International  
1700 Airport Road, Suite 300 CB# 8100,  
Chapel Hill, NC 27514  
Estados Unidos

Dra. Edith Weisberg\*  
Centro de Investigación en Salud Reproductiva  
de Sydney  
328-336 Liverpool Road  
Ashfield, NSW 2131  
Australia

Dr. Wu Shangchun  
Instituto Nacional de Investigación para  
Planificación Familiar  
12 Da Hui Si (Hai Dian Qu)  
Beijing 100081  
República Popular de China

## **ASESORES TEMPORALES**

Dr. Kate Curtis  
División de Salud Reproductiva  
Koger Rhodes Building  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
Estados Unidos  
Sra. Anshu Mohllajee  
División de Salud Reproductiva  
Koger Rhodes Building  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
Estados Unidos

Dra. Kavita Nanda\*  
Salud Familiar Internacional  
P. O. Box 13950  
Research Triangle Park, NC 27709  
Estados Unidos

Dra. Jennifer Smith  
1 bis Montee de Garillan  
69005 Lyon  
Francia

## **SECRETARÍA**

Sra. Kathryn Church, RHR  
Dra. MaryLyn Gaffied, RHR  
Sra. Sarah Johnson, RHR  
Sra. Cath Hamill, RHR  
Sra. Gloria Lamptey, RHR  
Dr. Herbert Peterson, RHR  
Dr. Paul Van Look, RHR  
Dra. Effy Vayena, RHR

## **OBSERVADORES**

Dra. Vanessa E. Cullins\*  
Vicepresidenta de Asuntos Médicos  
Federación Internacional de Planificación Familiar  
434 West 33rd Street  
New York, New York 10001  
Estados Unidos

