
ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC) GUÍAS LATINOAMERICANAS

David Vásquez-Awad¹, Santiago Palacios²
Nilson Roberto De Melo³, Gustavo Gómez-Tabares⁴,
Ricardo Loret de Mola⁵

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han visto importantes avances en el desarrollo de nuevos anticonceptivos orales combinados (AOC) incluyendo las transiciones de altas a bajas dosis de estrógenos y la introducción de nuevas progestinas; últimamente han salido al mercado AOC con estrógeno natural, estradiol, y en cuanto a las progestinas, su uso se enfoca al logro de efectos benéficos no contraceptivos específicamente en piel, cabello, peso corporal y síntomas relacionados al período menstrual. Por otra parte, también se han visto avances en cuanto a la introducción de píldoras de solo progestinas,

inyectables de solo progestinas y combinados, implantes subdérmicos de progestinas y de largo plazo, parches transdérmicos combinados, anillos vaginales y dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel.

En relación con el uso de AOC en países desarrollados que se sitúa en porcentajes por encima del 50 en América Latina, en el mejor de los casos su uso no supera el 20%; en Bogotá, Colombia, área urbana, su uso es de apenas el 6%.

Por otra parte, la anticoncepción se ha convertido en una necesidad y un derecho para las mujeres y corresponde a los equipos de salud responder a

¹ MD, Ginecólogo, Perinatólogo, Epidemiólogo y Especialista en Seguridad Social. Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Miembro del Consejo de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

² MD, Ginecólogo. Director Instituto Palacios. Madrid, España. Presidente de la Fundación Europea Mujer y Salud.

³ MD, Ginecólogo. Profesor Libre Docente en Ginecología de la Facultad de Medicina de Universidad de Sao Paulo, Brasil. Director Científico de la Federación Brasileira de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia - FEBRASGO (2011 – 2015). Miembro del Executive Board International Society of Gynecological Endocrinology. Miembro del Executive Board International Menopause Society.

⁴ MD, Ginecólogo y Endocrinólogo. Profesor Universidad del Valle, Cali, Colombia.

⁵ MD, Ginecólogo especialista en Reproducción Humana. Chairman, Department of OB/GYN, Southern Illinois University, Springfield, Ill, USA.

esa situación con conocimientos técnicos actualizados, oportunos y objetivos.

OBJETIVO

El objetivo de este documento es proporcionar conocimientos prácticos en forma de guía para ofrecer a los equipos de salud (médicos especialistas y generales, enfermeras y asesores en planificación familiar) información veraz, actual, científica y objetiva en AOC para acompañar a la mujer en la toma de decisiones que conlleven a tener sus hijos en el número y oportunidad adecuados con criterios de eficacia, seguridad y tolerabilidad.

El documento proporciona recomendaciones para la elegibilidad médica basada en criterios mundialmente aceptados y promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como aportes de los editores y colaboradores con el ánimo de, situados en nuestra zona geográfica iberoamericana, promover calidad de vida con base en el uso racional de los AOC.

Los editores han recabado la información por medio de búsquedas bibliográficas y, en consenso con los participantes del Primer Simposio Internacional de Anticoncepción (Punta Cana, agosto 28 a septiembre 1 de 2013), se ha logrado el documento actual.

No dudamos que esta contribución redundará en una mejor calidad de vida de la mujer iberoamericana.

METODOLOGÍA

La metodología usada para la elaboración de las guías fue la siguiente:

1. Planteamiento del problema entre los editores y de la necesidad de elaborar unas guías en anticoncepción oral combinada que fueran ac-

tuales, objetivas, de fácil consulta y accesibles a todos los componentes del equipo de salud.

2. Búsqueda de referencias bibliográficas con énfasis en guías ya publicadas, meta-análisis y revisiones.
3. Elaboración de un borrador inicial.
4. Revisión del borrador y planteamiento de recomendaciones y sugerencias.
5. Elaboración de un segundo borrador.
6. Revisión del segundo borrador.
7. Planteamiento y propuesta de las guías y revisión en el Simposio Internacional de Anticoncepción llevado a cabo en Punta Cana (República Dominicana) en agosto de 2013.
8. Recolección de las recomendaciones del simposio y elaboración de un tercer borrador.
9. Revisión del tercer borrador por parte de los editores y planteamiento de nuevas sugerencias y recomendaciones.
10. Elaboración del texto final y nueva revisión por parte de los editores.
11. Aprobación del texto final.

GENERALIDADES

En el momento actual, los anticonceptivos orales combinados (AOC) son -después de los analgésicos- los fármacos más utilizados y más formulados en el mundo y en Latinoamérica. Vale la salvedad ya que, en Latinoamérica, más del 50% de los AOC son consumidos sin que medie una prescripción médica, es decir, autoformulados o recomendados por personas que carecen del sustento técnico para ello.

Corresponde al cuerpo médico informar, asesorar, controlar y hacer seguimiento a su uso ya que constituyen el método reversible más eficaz, más seguro y mejor tolerado y, además, existe evidencia creciente y abundante, respecto a los efectos benéficos no contraceptivos que, dependiendo

principalmente de la progestina usada, confieren a los AOC lugar preponderante en el arsenal terapéutico no solo para el ginecólogo y el médico general y familiar sino para otros especialistas, v.g. endocrinólogos, internistas y dermatólogos, por mencionar solo algunos. Así mismo, es primordial, a la par de asesorar e informar sobre su uso velar por que vaya de la mano con la evaluación médica y un seguimiento adecuados y elegir el mejor AOC, pues existen diferencias importantes entre ellos que implican un conocimiento de las progestinas que los componen para, así, ofrecer no solo anticoncepción sino efectos benéficos adicionales o, por el contrario, evitar en lo posible efectos adversos.

Los AOC están compuestos de un estrógeno, etinilestradiol o 17 beta estradiol y una progestina.

Papel del estrógeno

- suprime de la actividad de la FSH
- suprime de la actividad de la LH
- evita el crecimiento de los folículos y la aparición del folículo dominante

Sin embargo, el efecto más importante de estrógeno en los AOC no es el contraceptivo sino el de controlar el ciclo.

Papel del progestágeno

- ejerce el efecto anovulatorio predominante
- inhibe el desarrollo folicular
- produce atresia por acción ovárica directa
- modifica el moco cervical
- modifica el endometrio

Mecanismo de acción

Si bien el efecto anovulatorio principal se debe a la progestina y el control del ciclo se debe

al estrógeno, se requiere un sinergismo de los dos compuestos ya que con ninguno de los dos por separado se obtendría efecto anticonceptivo y control del ciclo a las dosis usadas.

Más aún, existen métodos hormonales de solo progestinas (orales, implantes subdérmicos, intramusculares, subcutáneos y hasta de dispositivos intrauterinos) con una alta eficacia. La dificultad es que, por carecer del estrógeno, el control del ciclo es pobre siendo, por ende, su efecto adverso más común son los ciclos irregulares que pueden ir desde un manchado o sangrado permanente hasta amenorreas prolongadas aún después de suspender el método.

En resumen, el mecanismo de acción de los AOC se debe a que:

- suprimen la ovulación
- reducen el transporte de los espermatozoides en el aparato genital superior (trompas de Falopio)
- modifican el endometrio para que haya menos posibilidad de implantación
- espesan el moco cervical para impedir la penetración y el ascenso de los espermatozoides

El estrógeno

El estradiol (E2) es el estrógeno natural más potente y el principal producido por el ovario. Al añadir un grupo etinilo en la posición 17 se obtiene el etinilestradiol (EE), un estrógeno oral muy potente, y el componente estrogénico de la mayoría de los AOC disponibles en el mercado.

Desde los 150 mcg del mestranol usado en 1956, la dosis de estrógeno ha ido reduciéndose: 50 mcg de EE en los años 70, 35 y 30 mcg en los años 80, 20 mcg en los años 90, e inclusive, 15 mcg

en los primeros años de esta década. Sin embargo, esta última dosis resulta ser muy baja y el control del ciclo no es bueno; por tal razón, las dosis de 20 y 30 mcg de EE son las mejor aceptadas en el momento actual.

Recientemente se han introducido AOC con 17betaestradiol y no con etinilestradiol. El marco teórico sería que, al ser natural, provocaría menos eventos tromboembólicos y sería mejor tolerado. Respecto a lo primero, para sustentar esa afirmación se requerirían amplios estudios epidemiológicos que, en la actualidad estamos lejos de obtener; es decir, esa afirmación se queda por el momento en la teoría. En cuanto a lo segundo, la tolerancia ha sido realmente pobre con el 17betaestradiol básicamente por un deficiente control de ciclo en relación con AOC con etinilestradiol. Es posible que a futuro obtendremos datos más contundentes en relación con el uso de 17 betaestradiol en AOC.

Las progestinas

Se denominan “progestinas” o gestágenos al grupo farmacológico de sustancias que reúnen una estructura química igual o parecida a la hormona progesterona. Otra definición, quizá más práctica, nos indica que una progestina es una sustancia capaz de convertir un endometrio proliferativo en uno secretor.

Las progestinas constituyen el elemento principal de los AOC. En términos generales, son derivadas de la progesterona (estrano y gonano), de la testosterona (pregnanao [ciproterona] y norpregnanao) y de la espironolactona (drospirenona); el dienogest es una especie de híbrido ya que, si bien es un 19 nor-progestágeno, tiene un grupo cianometilo en remplazo del grupoetnilo en la posición 17 alfa.

En el siguiente cuadro (Figura 1), se ilustran las progestinas más usadas en anticoncepción, por medio de una adaptación de la clasificación de Schindler (Maturitas. 2003 Dec 10; 46 Suppl 1:S7-S16):

Algunas veces las progestinas se clasifican por *generación*:

- Primera (estrano): noretindrona, noretinodrel, acetato de noretindrona, diacetato de etinodiol
- Segunda (gonano): levonorgestrel, noretisterona, norgestrel
- Tercera (gonano): desogestrel, gestodeno, norgestimato
- Cuarta: dienogest, drospirenona, nestorona, acetato de nomegestrol y trimegestona

Entre las progestinas más usadas en AOC tenemos las siguientes:

- El levonorgestrel es una progestina de segunda generación derivada de la testosterona ampliamente usada en AOC. Es la progestina contra la cual se comparan los diferentes AOC cuando se habla de TEV ya que, aparentemente, se ha visto menos involucrada en este evento adverso. Por ser derivada de la testosterona no tiene efecto antiandrogénico por lo que carece de beneficios en piel y cabello aunque, por su origen, es la recomendada cuando hay pérdida de la libido.
- El acetato de ciproterona es un antiandrógeno con potente acción progestacional. Combinada al EE inhibe la acción de la 5 alfa-reductasa (enzima que convierte la testosterona en dihidrotestosterona) y ejerce una acción antigonaotrófica. Se almacena en el tejido adiposo por lo que ejerce un marcado efecto de depósito cuando se le utiliza en dosis altas. Se ha consi-

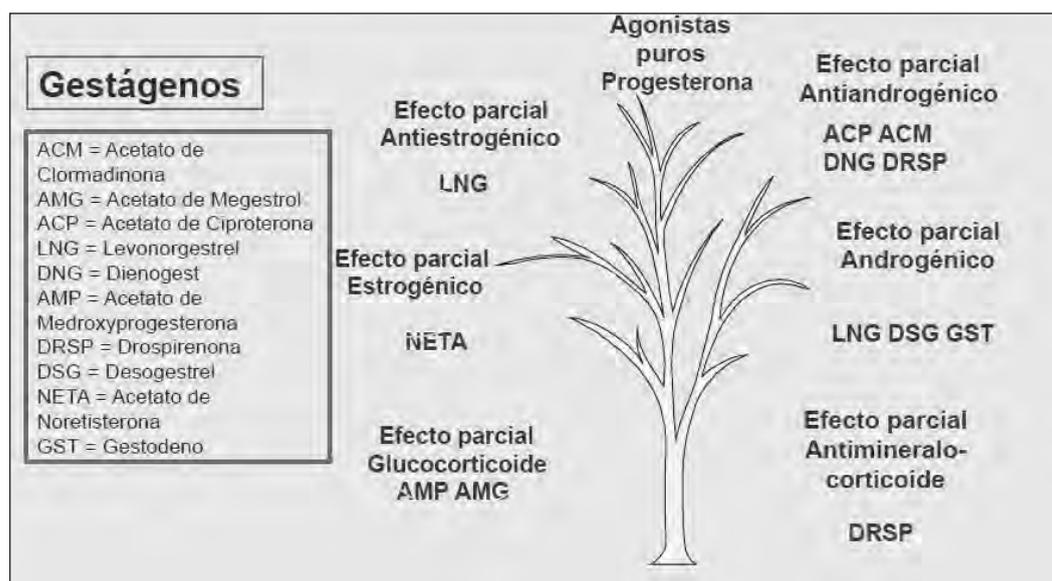


Figura 1. Progestinas más usadas en anticoncepción, por medio de una adaptación de la clasificación de Schindler

- derado un tratamiento de primera línea para el hirsutismo y el ovario androgénico durante largo tiempo, aunque ha sido la más involucrada en problemas trombóticos.
- La drospirenona es un derivado de la espirolactona y tiene una actividad antagonista de la aldosterona con propiedades antimineralocorticoides; puede contrarrestar la retención de agua y sodio propia de los estrógenos, la cual conlleva al aumento del peso corporal. Posee, además, efecto antigonadotrófico al inhibir la secreción androgénica ovárica y bloquear los receptores de andrógenos mientras aumenta la globulina transportadora de las hormonas sexuales (SHBG). Su acción antiandrogénica es un tercio menor que la de la ciproterona. Tiene efecto benéfico sobre el perfil lipídico ya que no altera los niveles de triglicéridos ni de HDL y reduce el nivel de colesterol total y de LDL.
 - El dienogest, por las razones de su estructura química explicadas con anterioridad, no tiene actividad androgénica sino, por el contrario, tiene acción antiandrogénica la cual es clínicamente significativa y del orden del 40% de la de la ciproterona. El dienogest ha mostrado eficacia en el tratamiento de la endometriosis y la combinación de EE/dienogest en el tratamiento del sangrado menstrual abundante en razón de su marcado efecto antiestrogénico.
 - La clormadinona es una progestina derivada de la progesterona con un efecto antiandrogénico "suave", con marcada utilidad en acné, seborrea e hirsutismo; ha mostrado efecto benéfico en hipermenorrea y dismenorrea y no ha mostrado afectación de la libido.
 - El desogestrel y el gestodeno son progestinas de tercera generación que tuvieron uso amplio al final de la década de los 90s. Posteriormente fueron involucradas con efectos adversos

- tromboembólicos, especialmente en estudios europeos por lo que su uso decayó un poco.
- El nomegestrol es una progestina de cuarta generación usada en los últimos años en anticoncepción específicamente en combinación con el estradiol. Tiene un muy buen efecto antigonadotrófico con una vida media de cerca de 40 horas lo cual lo hace muy conveniente en los “olvidos”.

Si quisiéramos especificar en quien usar cada progestina, podríamos decir que, si el interés es el control del peso corporal, lo ideal es usar un AOC con drospirenona. Si el interés es controlar los síntomas asociados a la menstruación (dismenorrea, hipermenorrea, síndrome disfórico menstrual), lo ideal es usar un AOC con dienogest. Si el interés es buscar un efecto antiandrogénico marcado (hirsutismo, acné, seborrea, ovario poliquístico), lo ideal es usar ciproterona. Si se busca un efecto antiandrogénico “suave” con beneficio en piel, cabello y dismenorrea, lo ideal es usar la clormadinona. Por supuesto, esto no constituye una regla general; de una buena historia clínica y de una buena evaluación e individualización de cada caso, dependerá la escogencia del mejor AOC.

Una duda que siempre ha rondado al uso de AOC es su relación con el cáncer. Una publicación que analiza múltiples estudios al respecto (Burkmanet, Am J ObstetGynecol, 2004), habla de que hay un aumento mínimo del riesgo relativo a 4 y a 8 años de la incidencia de cáncer de mama, y una reducción del cáncer de ovario, endometrio y colorrectal así como de artritis reumatoide. En términos generales, la relación entre cáncer y consumo de AOC es irrelevante.

También es importante anotar que la primera causa de abandono de los AOC es por sus efectos adversos. La mayoría de estos no son debidos a la

progestina sino al estrógeno. Entre estos efectos secundarios se destacan las náuseas, los vómitos, la cefalea, las várices y la fotosensibilidad, entre otros. Una buena asesoría y el uso de dosis menores de estrógeno, pueden mitigar estos efectos adversos.

Los AOC de dosis bajas se desarrollaron a lo largo de un período de 20 años y tienen menos estrógeno que sus antecesores. El objetivo de la reducción de estrógenos es reducir el riesgo de eventos adversos y a la vez combinar el estrógeno y la progesterona para mantener la eficacia. Sin embargo, los nuevos métodos no han sido asociados con una mejoría significativa en la continuación o el cumplimiento del tratamiento anticonceptivo. En efecto, los AOC que contienen 20 µg de etinilestradiol presentan tasas mayores de interrupción, que se relacionan con un sangrado más irregular. Además, en muchas ocasiones no será suficiente la dosis para mantener la masa ósea.

Desde la década de los años 80, se introdujo el concepto de que al usar a lo largo del ciclo menstrual píldoras con distintas dosis de estrógenos y progestinas podría mejorar el control del ciclo. Fue así como se diseñaron y salieron al mercado las llamadas píldoras bifásicas o trifásicas, en contraste con las tradicionales conocidas como monofásicas. Aún en la actualidad siguen comercializándose las bi o trifásicas. Sin embargo, la evidencia no ha mostrado que tengan ventajas sobre las monofásicas.

Consulta de planificación familiar

Desde la década de los ochenta, se introdujo el concepto de que al usar a lo largo del ciclo menstrual píldoras con distintas dosis de estrógenos y progestinas podría mejorar el control del ciclo. Fue así como se diseñaron y salieron al mercado las llamadas píldoras bifásicas o trifásicas, en contraste con las tradicionales conocidas como monofásicas.

Aún en la actualidad siguen comercializándose las bi o trifásicas. Sin embargo, la evidencia no ha mostrado que tengan ventajas sobre las monofásicas.

Aunque esta guía se refiere exclusivamente al uso de AOC, por ser la consulta de planificación familiar la puerta de entrada a la asesoría en este aspecto, consideramos relevante tocar este punto.

Antes que nada, revisemos las enfermedades y situaciones que contraindican o hacen recomendable postergar el embarazo.

Enfermedades que contraindican el embarazo

- Nefropatía crónica con compromiso de la función renal.
- Hepatopatía con lesión anatómica.
- Cardiopatía grave.
- Antecedente de enfermedad tromboembólica.
- Hipertensión pulmonar.
- Otoesclerosis.
- Colagenopatías.
- Neoplasia.
- Parejas en las que se haya diagnosticado un alto riesgo de enfermedad genética grave para su descendencia.
- Enfermedad de transmisión sexual activa.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Trastornos psíquicos graves.

Condiciones maternas que hacen recomendable postergar el embarazo

- Edad menor a 18 años.
- Intervalo intergenésico menor de dos años.

La consulta de Planificación Familiar es realizada, de acuerdo al método seleccionado y al nivel de complejidad, por un médico o enfermera

debidamente capacitados en planificación familiar. Los pasos que se deben seguir en ella son:

- Informar sobre el conocimiento de los métodos disponibles, sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos. Se debe siempre hablar del riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual y de la posibilidad de usar doble método para su protección.
- Se debe ofrecer información sobre todos los métodos de anticoncepción existentes sin exclusión alguna
- Responder a las necesidades y dudas del hombre, de la mujer o de la pareja, en un lenguaje sencillo y apropiado. Este proceso, debe realizarse en forma individual, además permite al profesional de salud asegurarse si la usuaria(o) ha entendido todo lo que se le ha explicado sobre el método que desea elegir.
- Realizar anamnesis completa haciendo énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, condiciones de salud, hábitos y uso de medicamentos.
- Examen físico general y del aparato reproductivo.
- Brindar apoyo al usuario(a) para la elección del método, aplicando los criterios de elegibilidad de la OMS para iniciar el uso de métodos anticonceptivos, que se presentan posteriormente.
- De acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se debe entregar el método seleccionado.
- Orientar, informar y educar al usuario sobre:
 - a. Signos de alarma por los que debe consultar.
 - b. Importancia de los controles y su frecuencia: las usuarias(os) deben ser informados sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso

- de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.
- c. Prevención de ETS (uso de condón como método de protección adicional).
- En casos de elección de métodos quirúrgicos, es preciso obtener consentimiento individual informado escrito, del hombre en vasectomía o de la mujer en oclusión tubaria bilateral (firma o huella dactilar); programar para el procedimiento y entregar un método temporal hasta que se practique la cirugía.
 - En caso de vasectomía suministrar métodos temporales para los primeros tres meses post-cirugía y dar orden para recuento espermático de control a los tres meses.
 - Se debe consignar en la Historia Clínica y en el registro estadístico, en forma clara, los datos obtenidos en la valoración, los procedimientos realizados y el método suministrado. Si se trata de un método permanente, debe incluirse en la Historia el consentimiento informado, debidamente firmado por el paciente y la descripción de la técnica quirúrgica.
 - En casos de Anticoncepción posevento Obstétrico (por ejemplo: DIU, Oclusión Tubaria Bilateral), se debe brindar consejería en el Control Prenatal. Durante la hospitalización se debe reforzar la consejería y brindar el método seleccionado por la paciente, antes de su egreso de la institución en donde se atiende el parto o aborto, teniendo en cuenta lo siguiente:
 - El DIU postparto vaginal se debe colocar entre 10 minutos a 48 horas después del alumbramiento y el DIU intracésarea se debe colocar antes de la histerorrafia.
 - La Oclusión Tubaria bilateral se debe realizar antes del alta, preferiblemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto o intracésarea.

Periodicidad de los Controles según Método Anticonceptivo

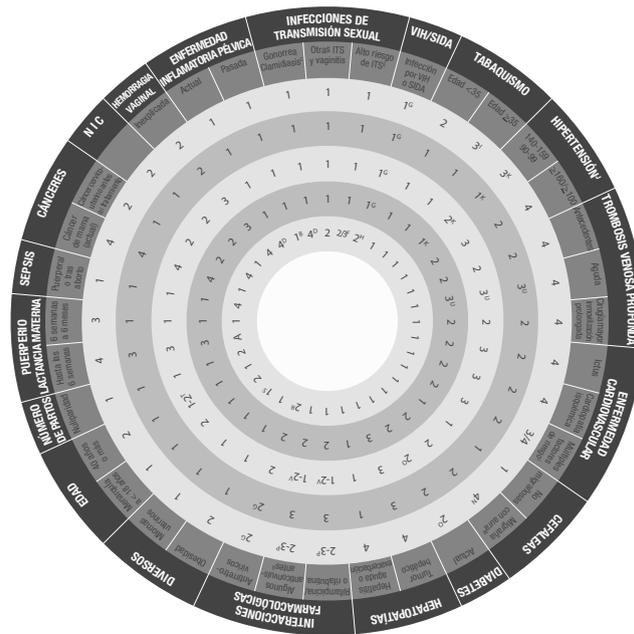
| Método | Periodicidad |
|--|--|
| • Naturales | • Cada año |
| • Amenorrea de la lactancia | • A los 3 meses posparto |
| • Hormonales | • Cada año |
| • DIU de Intervalo | • Al mes y luego cada año |
| • DIU Intracésarea o posparto inmediato | • En la consulta de puerperio, al tercer mes de posparto y luego cada año |
| • DIU Postaborto | • Al mes y luego cada año |
| • Esterilización quirúrgica masculina (vasectomía) | • A la semana (visita post-quirúrgica) y luego a los tres meses (con recuento espermático). Si el recuento aún no está en cero, debe seguir haciéndose el espermograma hasta lograr este recuento. |
| • Esterilización quirúrgica femenina | • A la semana |

Fuente: Norma técnica para la atención en planificación familiar en hombres y en mujeres, Ministerio de la Protección Social, Colombia.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS OMS

Consideramos de gran importancia incluir en esta guía los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos que ha publicado, divulgado

y trabajado la OMS. Cualquier programa de educación en planificación familiar (y, obvio, en el uso de AOC) debe hacerse con sujeción a los criterios de elegibilidad de la OMS ya que, de no ser así, se crearía una confusión que no contribuiría al objetivo de esta guía (Figura 2).



Características y afecciones en las que todos los métodos entran dentro de las categorías 1 y 2 (se pueden utilizar)

| | | |
|---|--|---|
| Alto riesgo de VIH | Edad: 15-39 | Pulsadismo |
| Anemias, entre ellas la drepanocitosis y la talasemia | Endometriosis | Trao un aborto (sin sepsis) |
| Antecedentes de cirugía pélvica, incluida la cesárea | Epilepsia | Trastornos tiroideos |
| Antecedentes de diabetes gestacional | Esquistosomiasis (bilharziasis) | Tratamientos con antibióticos (incluida la rifampicina o rifabutina) |
| Antecedentes de embarazo ectópico | Hemorragias menstruales irregulares, intensas o prolongadas | Tuberculosis (aunque en caso de tuberculosis genital no se puede utilizar el DIU) |
| Antecedentes de hipertensión durante el embarazo | Hepatitis vírica (portadora o crónica) | Tumores ováricos benignos, incluidos los quistes |
| Cirrosis leve | Intervención quirúrgica sin inmunización prolongada | Valvulopatía cardíaca no complicada |
| Depresión | Mastopatías: antecedentes familiares, mastopatías benignas y tumores no diagnosticadas | Venas varicosas |
| Dismenorrea | | |

Notas acerca de las afecciones

| | |
|--|--|
| A Puede insertarse < 48 h a \geq 4 semanas después del parto. | L Los factores de riesgo incluyen la edad avanzada, el tabaquismo, la diabetes y la hipertensión. |
| B 2 si no ha tenido parto posteriormente. | M Para comprobar si la migraña se acompaña de aura, preguntar: «¿Ve una mancha luminosa antes de que aparezca el dolor de cabeza?» |
| C U otras formas de cervicite puntadas. | N AOC y AOC = 2 en caso de migraña sin aura y edad < 35 años; AOC y AOC = 3 en caso de migraña sin aura y edad \geq 35 años. |
| D Si aparece durante el uso del DIU, se puede seguir utilizando durante el tratamiento. | O AOC, AOC, AMPD y EN-NET = 3-4 en caso de diabetes complicada o de duración > 20 años. |
| E Si hay alto riesgo de ITS o VIH, aconsejar el uso de preservativos. | P AOC = 3; AOC = 2. |
| F 3 si hay gran probabilidad de exposición a gonorrea o clamidiasis. | Q Feniltoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina. Para lamotrigina AOCs/ACIs = 3. Otros métodos = 1. |
| G 2 si está en tratamiento con antiretrovirales; excepto ARVs reforzados con ritonavir = 3. | R DIU = 3 si el estado clínico no es bueno. |
| H 3 si tiene SIDA y no va bien con el tratamiento antiretroviral. | S No se puede utilizar el DIU si hay distorsión de la cavidad uterina. |
| I AOC = 4 si hay gran consumo de tabaco. | T 2 si la edad es > 45 años. |
| J Si no se puede medir la tensión arterial y no tiene antecedentes conocidos de hipertensión, se pueden utilizar todos los métodos. | U Si la terapia anticoagulante está establecida = 2. |
| K Se aplica la misma categoría a la hipertensión controlada. | V AMPD = 1; EN-NET = 2. |

Elaborado en colaboración con:

© Organización Mundial de la Salud, 2009

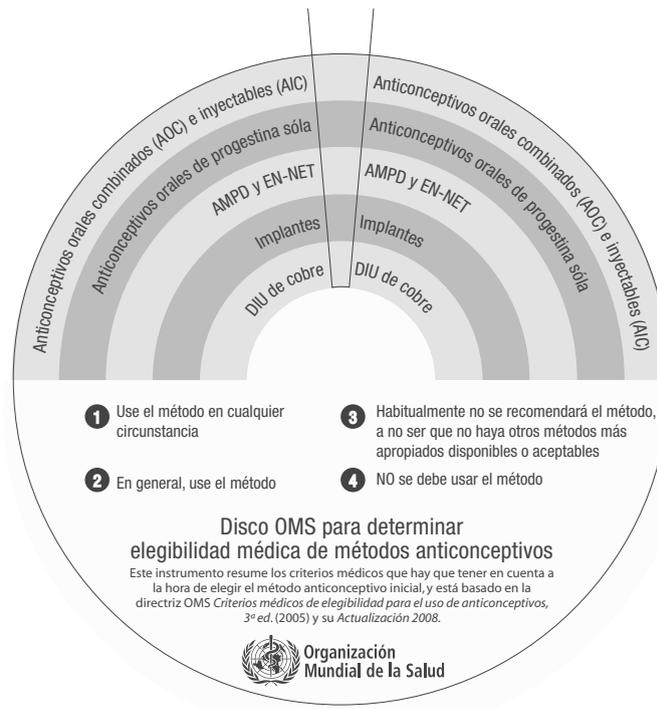


Figura 2. Instrumento de selección del método anticonceptivo, elaborados por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS.

GUÍA PRÁCTICA

1. Tipos de AOC

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales:

- Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.

- Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas.
- Los que contienen 28 tabletas, 24 activas monofásicas con igual dosis de estrógeno (generalmente bajas dosis de estrógeno: 15 o 20 mcg de EE) y progestina, y 4 placebos.

2. Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%.

3. Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales combinados orales (AOC) están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En posaborto inmediato
- En posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

4. Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

5. Precauciones (Contraindicaciones relativas)

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus no controlada.
- Migraña focal.
- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.

6. Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual, ojalá el primer día de la menstruación. También pueden iniciarse al sexto o séptimo día. En este caso debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.
- En las presentaciones de 21 tabletas o grageas, se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual; es decir, siempre se iniciará el mismo día de la semana.
- En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 o 24 días consecutivos, seguidos de cuatro o siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual; es decir, siempre se iniciará el mismo día de la semana.
- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

7. Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las tabletas o grageas en forma correcta.

8. Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea.
- Náusea.
- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Cloasma.
- Manchado intermenstrual.

9. Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología generalmente es transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros ciclos de uso.
- Suspender el uso del método, reforzar consejería y ofrecer cambio de método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Cefalea intensa.
 - Alteraciones visuales.
 - Dolor torácico intenso.
 - Disnea.
 - Dolor de miembros inferiores.
 - Ictericia.
 - Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses

10. Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

- En caso de olvido de una tableta o gragea: tomar al día siguiente dos tabletas o grageas.
- En caso de olvido de dos tabletas o grageas consecutivas: ingerir dos tabletas o grageas durante los dos días siguientes, y adicionar un método de barrera por siete días.
- En caso de olvido de tres tabletas o grageas consecutivas, el método ya no es efectivo. Se debe suspender la ingestión de las tabletas o grageas restantes, utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la ingestión de tabletas o grageas en el siguiente ciclo menstrual.
- La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas o grageas. En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera.
- En cuanto al uso concomitante de antibióticos, no se requiere protección adicional, excepto en los que se usan para tuberculosis.

11. Seguimiento de la usuaria

Se efectuará mediante una visita inicial al mes y posteriormente cada año a partir del inicio del uso del método o antes si es necesario. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará a la usuaria de las tabletas o grageas. Siempre que sea posible, en la visita anual de revisión, se tomará muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

SITUACIONES ESPECIALES

Contracepción en la perimenopausia

La perimenopausia es una transición hacia la fase donde cesan las reglas. Generalmente empieza de tres a cinco años antes de la última regla pero puede durar hasta 10 años en su proceso. La ventaja de la anticoncepción oral combinada es que no sólo previene el embarazo en esta población sino que también reduce las fluctuaciones hormonales que resultan en bochornos y también da a las mujeres de una protección hacia ciertos tipos de cáncer así como también protección ósea durante este periodo de tiempo. Los anticonceptivos orales combinados también son muy efectivos en esta población ya que estas mujeres tienen una fertilidad reducida de manera natural. La menopausia puede ser diagnosticada en estas pacientes midiendo niveles de FSH (diagnóstico por encima de 30 mUI/ml) u hormona anti-mulleriana (diagnóstico por debajo de 0,2 ng/ml), al final del periodo de pastillas placebo o simplemente se puede descontinuar de manera arbitraria entre los 50-52 años ya que en esta edad la menopausia ocurre de manera natural. Siempre debe hacerse la transición a terapia hormonal sustitutiva en la menopausia cuando es indicada, utilizando dosis más bajas que las que actualmente proveen los anticonceptivos orales.

Contracepción en adolescentes

Una de las razones para iniciar contracepción efectiva en mujeres adolescentes es el natural riesgo que tienen a presentar un embarazo. Además del aspecto contraceptivo, pacientes jóvenes que tienen un particular interés en verse bien, aprecian la reducción del acné que ocurre de manera natural con su uso, así como también la reducción de la dismenorrea que es el factor estadísticamente

más significativo y clínicamente importante como predictor del uso consistente de los contraceptivos orales combinados. Pacientes adolescentes con dismenorrea severa que han experimentado efectos positivos por el uso de los contraceptivos, utilizan los contraceptivos de forma consistente ocho veces más frecuentemente que otras mujeres. Un aspecto que las adolescentes encuentran problemático de las pastillas anticonceptivas es el sangrado intermenstrual. Se debe tomar en cuenta que en pacientes que han sido bien reguladas con los contraceptivos orales combinados que desarrollan sangrado inter menstrual, éste síntoma es un marcador predictivo de infecciones por clamidia. Al 29% de pacientes que entran al consultorio quejándose de este síntoma nuevo, se le encontró cultivos positivos para clamidia, en comparación a un 11% de pacientes que no tenían esta sintomatología pero estaban en riesgo de tener la infección. Las pacientes adolescentes también tienen miedo de que el uso de la anticoncepción oral les vaya aumentar el peso; sin embargo, estudios han demostrado que en realidad el efecto es mínimo y no es estadísticamente significativo.

En resumen los anticonceptivos orales pueden ser usados de manera eficaz en ambos extremos de la vida reproductiva femenina como es en la adolescencia así como también la perimenopausia.

Para las diferentes patologías y situaciones especiales, se recomienda consultar los criterios de elegibilidad de la OMS (capítulo IV).

LECTURAS RECOMENDADAS

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

2. WHO, CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS actualización 2008, WHO/RHR/08.19
3. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2, De los Servicios de Planificación Familiar
4. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010
5. Ministerio de la Protección Social, Colombia. Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar
6. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones. Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes 2012.
7. <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicaciones-peru/PROMSEX-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf>
8. http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf
9. Sociedad española de contracepción. Guías de métodos anticonceptivos 2011.

Recibido: Mayo 16, 2014

Aprobado: Junio 20, 2014

Correspondencia:

David Vásquez-Awad

vasconia12008@gmail.com.

da.vasqueza@javeriana.edu.co

Santiago Palacios

spalacios@institutopalacios.com

Nilson Roberto De Melo

diretoria.cientifica@febrasgo.org.br

Gustavo Gómez-Tabares

gustavo.gomez@imbanaco.com.co

Ricardo Loret de Mola

rloretdeMola@siumed.edu