

5.3

NUEVAS GUÍAS EN ANTICONCEPCIÓN

John Jairo Zuleta Tobón

Ginecólogo y Obstetra

Magister en Epidemiología

Docente Departamento de Ginecología y Obstetricia

Universidad de Antioquia



Crterios de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud publicó en el año 2015 la quinta edición de los “Crterios de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos” con 575 recomendaciones. Catorce tópicos tuvieron cambios con respecto a la cuarta edición del año 2009. Los cambios fueron los siguientes:

- **Mujeres que están lactando y tienen menos de 6 semanas de posparto.** Los anticonceptivos orales de solo progestágeno y el implante subdérmico bajaron de categoría 3 a categoría 2. Con respecto al uso del acetato de medroxiprogesterona en estas mujeres, continúa como categoría 3 y aclara que existe una preocupación teórica sobre la potencial exposición del neonato con este anticonceptivo, sin embargo, reconoce que en medios con alta morbilidad y mortalidad por el

embarazo y con limitado acceso a los servicios de salud, está dentro de los pocos métodos accesibles en el posparto inmediato. Es importante tener en cuenta esta consideración, que posiblemente no aplica para la mayoría de las mujeres a las cuales en Antioquia se les aplica este método en el posparto inmediato.



Tomado de: <https://desdetu.wordpress.com/2015/11/25/lactancia-materna-prolongada/>

- **Mujeres que no están lactando y presentan otros factores de riesgo de trombosis.** Los anticonceptivos hormonales combinados quedaron de manera definitiva en categoría 4 en los primeros 21 días y categoría 3 entre

los 21 y 42 días posparto. Previamente se clasificaban como categoría 3/4 y categoría 2/3, con lo que existía la opción de utilizarlos bajo criterio médico en algunas condiciones o de manera más liberal, respectivamente. Los factores de riesgo planteados son: **inmovilidad, antecedente de hemorragia posparto, eclampsia o consumo de cigarrillo, índice de masa corporal mayor de 35 K/m², parto por cesárea.** Es importante tener en cuenta estos factores, bastante frecuentes en el medio.

- **Presencia de dislipidemia sin otros factores de riesgo cardiovascular.** Los anticonceptivos hormonales combinados, que en los criterios previos tenían una precaución calificados como 2/3, quedan ahora en la categoría 2.
- **Riesgo de infecciones de transmisión sexual.** El inicio del uso de dispositivos intrauterinos, tanto de cobre como hormonal, continúa clasificado como categoría 2/3 para estas mujeres; sin embargo, se aclara que muchas mujeres con riesgo incrementado de este tipo de infecciones generalmente pueden utilizarlos y solo a algunas con una probabilidad individual muy alta de infección no se les debe aplicar sin antes evaluarlas y realizarles tratamiento.



Tomado de: <http://www.webconsultas.com/embarazo/metodos-anticonceptivos/como-se-usa-el-diu>

- **Uso de terapia antirretroviral.**
La cuarta edición de los criterios enumeraba los diferentes medicamentos y su efecto sobre disminución o aumento mayor de 30% de las concentraciones de las hormonas o de los antirretrovirales y ausencia de efecto o cambio inferior a 30%. La quinta versión asigna la interacción entre cada medicamento y cada método anticonceptivo a una categoría específica o la alternativa entre dos de ellas. Como resumen: ninguna interacción es categoría 4, todos los métodos hormonales son categoría 1 o máximo 2, la continuidad de los dispositivos con todos es categoría 2 y para la aplicación de ellos, son categoría 2/3.
- **Obesidad.** Se clasificó el uso de la anticoncepción hormonal de emergencia, tanto combinada como de solo progestágeno en mujeres obesas como categoría 1. Previamente no se había clasificado. Aclara que estos métodos pueden ser menos efectivos en mujeres con índice de masa corporal igual o superior a 30 K/m², pero sin preocupaciones de seguridad. Algunos expertos recomiendan incrementar la dosis de anticoncepción de emergencia en estos casos para contrarrestar ese efecto, no obstante, en los Criterios no se hace mención a esta alternativa.
- **Uso de inductores de la CYP3A4.** El uso de la anticoncepción hormonal

de emergencia en presencia de estos inductores se clasificó como categoría 1. Hacen parte de estos medicamentos: rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamacepina, efavirenz, nevirapina, oxcarbamacepina, primidona, rifabutin y la yerba de San Juan.



IMAGEN TOMADA DE: <https://www.shutterstock.com/es/image-vector/collection-drugs-tablet-capsule-syringe-140849677>

Ulipristal se presenta como método de emergencia. Como información general, es un modulador selectivo de los receptores de la progesterona (SPRM) que impide que esta hormona ejerza su efecto. Actúa afectando la ovulación y es posible que por cambios en el endometrio. Dos ensayos aleatorios no de inferioridad demostraron que no es menos eficaz que el levonorgestrel cuando se administra dentro de las 72 horas de la relación y posiblemente sea superior entre 72 y 120 horas. Sus efectos secundarios son leves, tales como dolor abdominal, trastornos menstruales, dolor de cabeza, náuseas o fatiga. Hasta en un 7% de las usuarias, el periodo menstrual se puede adelantar más de 7 días con respecto a la fecha prevista, hasta en un 18,5 % se puede producir un retraso de más de 7 días, y hasta en un 4% el retraso puede superar los 20 días.

Puede disminuir la eficacia de los anticonceptivos hormonales, por tanto, después de su empleo se debe utilizar un método anticonceptivo de barrera fiable hasta la siguiente menstruación. No se

recomienda su uso en mujeres con asma grave insuficientemente controladas por glucocorticoides orales. Además, se recomienda precaución en mujeres con disfunción hepática, problemas hereditarios de intolerancia a la galactosa, deficiencia de lactasa o malabsorción de glucosa-galactosa

Con respecto a los criterios de elegibilidad, no es categoría 3 o 4 para ninguna de las condiciones revisadas en la guía.

Otras novedades de la nueva versión de los criterios fueron la inclusión del sino-implant, un implante hormonal, y el anillo vaginal liberador de progesterona, sin embargo, al momento de escribir este documento estos métodos no están disponibles en Colombia, por lo tanto no se incluyen en este resumen. Con respecto al acetato de medroxiprogesterona subcutáneo, el otro método nuevo incluido y sí disponible en el medio, aplican las mismas recomendaciones de la administrada por vía intramuscular.

Criterios de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos para el Reino Unido.



La Facultad para el Cuidado en Salud Sexual y Reproductiva (FSRH) se encarga de realizar la adaptación de los criterios de la OMS para el Reino Unido, porque consideran que esos criterios se diseñan específicamente para usarlos en países en desarrollo, en donde el riesgo del embarazo es extremadamente alto, por lo tanto, al cambiar el balance de riesgos y beneficios pueden cambiar las recomendaciones. En la edición del año 2016, un cambio aparentemente de forma, pero de gran significado, es la inversión en el orden de presentación de los diferentes métodos, que ahora inicia con los de larga acción, como dispositivos intrauterinos e implantes, contrario a la versión OMS que continúa iniciando con los de corta acción. Este simple cambio

puede contribuir a la disminución de los embarazos no planeados al tener de primera impresión los métodos más efectivos. Algunas diferencias con respecto a los criterios de OMS son:

- **Mujeres que están lactando y tienen menos de 6 semanas de posparto.** La OMS asigna categoría 3 al uso de anticonceptivos hormonales combinados entre 6 semanas y 6 meses pos parto y el Reino Unido los consideran categoría 2. También asigna categoría 2 para el acetato de medroxiprogesterona antes de las 6 semanas posparto.
- **Riesgo de infecciones de transmisión sexual.** Asigna categoría 2 a la aplicación de ambos dispositivos intrauterinos, sin consideraciones particulares en cuanto a la magnitud del riesgo.
- **Obesidad.** La quinta edición de OMS no hizo modificaciones de las recomendaciones de obesidad y los anticonceptivos hormonales combinados continúan en categoría 2, independiente del grado de obesidad. La adaptación del Reino Unido asigna categoría 2 para mujeres con índice de masa corporal hasta 34 K/m² y asigna categoría 3 a las que tienen 35 o más. Comentan que la información disponible no es suficiente ni de adecuada calidad para dar recomendaciones diferentes al uso rutinario de anticoncepción de emergencia hormonal en estas mujeres.



TOMADO DE: http://es.123rf.com/photo_11700208_hombre-en-la-bascula.html

Estas guías presentan recomendaciones en algunas condiciones clínicas que cada vez son más frecuentes y que no están contempladas en los criterios de OMS: cirugía bariátrica, trasplante de órganos, cardiomiopatía, arritmias cardíacas, colitis ulcerativa y enfermedad de Chron.

Criterios de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos para Estados Unidos.



En el año 2016 los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) publicaron la adaptación de los criterios de OMS para los Estados Unidos. También tomaron la decisión de presentar los métodos en su orden de efectividad. En general, sus categorías son idénticas a las de OMS. Algunas diferencias son:

- **Mujeres que están lactando y tienen menos de 6 semanas de posparto.** Asigna categoría 2 al acetato de medroxiprogesterona, incluso antes de los 21 días. Entre 30 y 42 días posparto asigna categoría 2 al uso anticoncepción hormonal combinada en mujeres sin otros factores y categoría 3 a las mujeres con otros factores de riesgo para trombosis, similar a las mujeres que no están lactando para OMS.
- **Obesidad.** No discrimina índice de masa corporal, como sí lo hacen en el Reino Unido, y para las mujeres con 30 K/m² o más de IMC considera categoría 2 los anticonceptivos hormonales combinados. Clasifica los anticonceptivos hormonales de emergencia como categoría 2 e informa sobre las dudas con respecto a su menor efectividad en ellas, pero aclara que no existen dudas de seguridad y no plantea modificación de la dosis.

Estas guías presentan recomendaciones para esclerosis múltiple, fibrosis quística, trasplante de órganos sólidos, colitis ulcerativa, enfermedad de Chron, interacción medicamentosa

con antibióticos y sicotrópicos, no contempladas en las guías OMS.

Interpretación

La categoría asignada a los diferentes métodos para condición clínica se fundamenta en la seguridad, no en la efectividad. La categoría tampoco refleja el orden de recomendación, porque para esta se deben tener en cuenta otra serie de condiciones, como la efectividad, el balance de costo efectividad, la continuidad a largo plazo, los efectos secundarios y los potenciales beneficios más allá de la anticoncepción. **Categoría 1** significa que no existe restricción para el uso del método en una mujer con la condición y **categoría 2** que los beneficios superan los potenciales o reales riesgos; en estos casos cualquier proveedor de salud puede recomendar el método. **Categoría 4** es una contraindicación absoluta para el uso y **Categoría 3** indica que la decisión de usar o no usar el método debe ser tomada por una persona con conocimientos importantes tanto de la condición clínica como del método anticonceptivo. En la categoría 3, los riesgos teóricos o reales generalmente, pero no siempre, superan las ventajas de utilizar el método en cuestión y se utilizan cuando el juicio del clínico entrenado conceptúa que no existe disponibilidad o la mujer no acepta otro método más apropiado.

Recomendaciones de prácticas seleccionadas para el uso de anticoncepción

Tanto la OMS como los CDC complementan los criterios de elegibilidad con una serie de prácticas para el uso de anticonceptivos que tienen como finalidad mejorar el cuidado en planificación familiar. En su actualización, la OMS abarcó el inicio y la continuidad de los diferentes métodos, el uso incorrecto, los problemas que se presentan durante su uso y algunos aspectos programáticos. La adaptación del CDC es bastante similar. La información más importante se puede condensar en:

- Todos los métodos se pueden iniciar en cualquier momento del ciclo menstrual si se tiene una certeza

- razonable por interrogatorio de la inexistencia de un embarazo.
- Para candidatas a dispositivos intrauterinos, se requiere examen pélvico ginecológico y evaluación del riesgo de infección de transmisión sexual con interrogatorio y examen físico. En algunos contextos podrían beneficiarse de una evaluación de hemoglobina y de exámenes paraclínicos para VIH e infecciones de transmisión sexual, pero no son indispensables para la aplicación.



TOMADA DE: <http://www.silvitablanca.com.ar/hospital/hospital.htm>

- Los métodos diferentes a los dispositivos se pueden iniciar sin realizar ningún tipo de examen clínico o paraclínico, incluidos examen de mama, examen de genitales internos o externos, citología vaginal, exámenes para búsqueda de infecciones de transmisión sexual o exámenes de sangre.

Para los métodos hormonales **es conveniente contar con la medición de la presión arterial**, pero la imposibilidad de hacerlo no es indicación para posponer el inicio del método elegido.

No es necesario establecer cronogramas periódicos de revisión para ninguno de los métodos y en cambio se recomienda explicar para cada uno de ellos los motivos por los cuales la mujer debe acudir a revisión.

Para usuarias de dispositivos intrauterinos se recomienda una revisión 3 a 6 semanas después de la aplicación

Necesidad de doble protección ante el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual. Se reconoce la utilidad **tanto del preservativo masculino como del femenino**.

Recursos

Existe una amplia gama de recursos en la web para el apoyo tanto en capacitación del personal como para la comunidad. Se recomiendan de manera especial los siguientes para el personal de salud: En la dirección <http://srhr.org/mecwheel/> se encuentra un instrumento electrónico fácil de utilizar, similar a las ruedas previamente conocidas en papel, con los criterios de elegibilidad de la OMS.

En http://who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/ está el material complementario de OMS, en inglés, excepto un resumen con las recomendaciones actualizadas y el manual de proveedores, que resuelve la mayoría de las inquietudes rutinarias que se pueden tener con los anticonceptivos. Se sabe que se demorará un tiempo largo para contar con traducciones al español.

En la dirección <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/usmec.htm> de los CDC se encuentran recursos útiles como la figura de eficacia de los métodos en español, otro material en inglés y APPs para móviles con los criterios de elegibilidad.

La página <http://www.fsrh.org/standards-and-guidance/> de la FSRH es probablemente el sitio con información más actualizada y de mayor calidad en anticoncepción.

Por último, existe una buena APP para teléfonos móviles en español con los criterios en las direcciones <https://itunes.apple.com/co/app/icontraception/id668520861?mt=8> y <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.itiox.icontraception&hl=es> según el sistema operativo.

Bibliografía

1. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5a ed. Ginebra. 276 p. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf]
2. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC). 2016 [<https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ukmec-2016/>]
3. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. Prevention Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR. Recommendations and Reports / Vol. 65 / No. 3 July 29, 2016 [<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6503.pdf>]
4. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/es/]
5. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research Selected practice recommendations for contraceptive use. Third edition. 2016 [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/]