

MANUAL PRÁCTICO PARA EL USO DE TERAPIAS HORMONALES ANTICONCEPTIVAS

Dr. Patricio Barriga P.

Profesor Asociado Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae
Paspresidente y Director Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica (SOCHEG)
Vicepresidente Red Iberoamericana de Salud Sexual y Reproductiva (REDISSER)

Dra. Marcela López P.

Profesor Asistente Facultad de Medicina Universidad de Santiago (USACH)
Expresidente y Directora Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica (SOCHEG)

ISBN 978-956-423-093-1



Glosario

AH: Anticoncepción hormonal
AHC: Anticoncepción hormonal combinada
AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos
AOC: Anticoncepción oral combinada
APCr: Resistencia a la proteína C activada
DIU: Dispositivo intrauterino
DIU-LNG: Dispositivo intrauterino medicado con Levonorgestrel
DIU – TCu: Dispositivo intrauterino con cobre
DMPA: Acetato de medroxiprogesterona de depósito
DRSP: Drospirenona
DNG: Dienogest
EE: Etinilestradiol
E2: Estradiol
E2Val: Valerato de Estradiol
EMA: Agencia Europea de Medicamentos
E4: Estetrol
FSH: Hormona Folículo Estimulante
GnRH: Hormona liberadora de gonadotropinas
IMC: Índice de masa corporal
LARC: Método reversible de larga duración
LH: Hormona Luteinizante
LNG: Levonorgestrel
MAC: Método anticonceptivo
NET-EN: Enantato de noretisterona
NOMAC: Acetato de nomegestrol
OMS: Organización Mundial de la Salud
PLH: Píldora libre de hormona
PSP: Píldora de solo progestágeno
PAE: Píldora de Anticoncepción de Emergencia
SPM/SDPM: Síndrome Premenstrual /Síndrome Disfórico Premenstrual
SUA: Sangrado uterino anormal
TEV: Tromboembolia Venosa
TVE: Trombosis venosa profunda
UKMEC: Criterios de Elegibilidad de Reino Unido

Prólogo

El presente "Manual Práctico para el Uso de Terapias Hormonales Anticonceptivas" representa un hito significativo en el campo de la salud sexual y reproductiva. En un mundo en constante evolución, donde los derechos reproductivos se reconocen cada vez más como fundamentales para el bienestar y la autonomía de las personas, este manual se erige como una herramienta práctica e indispensable para los profesionales de la salud dedicados a la consejería anticonceptiva y la atención integral de la mujer.

Este compendio, aunque resumido, va más allá de la mera prevención del embarazo, abordando el uso de terapias hormonales desde una perspectiva holística que reconoce sus múltiples beneficios terapéuticos. Desde el manejo de trastornos menstruales hasta el tratamiento de condiciones ginecológicas complejas, donde las terapias anticonceptivas hormonales ofrecen un abanico de posibilidades que este manual explora de manera práctica.

La inclusión de las nuevas formulaciones hormonales, como aquellas basadas en estrógenos endógenos (Estradiol y Estetrol), refleja el compromiso de este manual con la vanguardia de la investigación científica. Estas innovaciones prometen mejorar la tolerabilidad y seguridad de los métodos anticonceptivos, ampliando las opciones disponibles para las usuarias.

Un aspecto crucial de esta guía práctica es su enfoque actualizado sobre los criterios de elegibilidad médica. En un campo donde el balance entre beneficios y riesgos es fundamental, estas pautas proporcionan un manual claro, basado en la mejor evidencia para la toma de decisiones clínicas, asegurando que cada usuaria reciba el método más adecuado y seguro para su situación particular.

La importancia de este instrumento educativo en la práctica clínica para médicos, matronería y otros profesionales de la salud involucrados en la consejería anticonceptiva, ofrece un recurso invaluable que combina el rigor científico con la practicidad necesaria para la atención diaria. Además, este manual subraya la autonomía de las usuarias en la elección de su método anticonceptivo, reconociendo así, que la decisión más informada es la mejor decisión, proporcionando, además, las herramientas necesarias para una consejería efectiva que empodere a las mujeres en su toma de decisiones reproductivas.

En un momento en que la salud sexual y reproductiva se reconoce como un componente esencial de los derechos humanos y el desarrollo sostenible, este manual se presenta como un aliado indispensable en la promoción de estos derechos, con un enfoque integral, actualizado y centrado en la usuaria; convirtiéndolo en un recurso esencial para todos aquellos que nos hemos comprometidos con la salud y el bienestar de la mujer.

Es mi esperanza que este manual no solo sirva como una guía práctica, sino también como un catalizador para la reflexión y el diálogo continuo sobre cómo podemos mejorar constantemente nuestro abordaje de la anticoncepción y la salud reproductiva. Que estas páginas inspiren una práctica clínica compasiva, informada y respetuosa de la autonomía de cada individuo en sus decisiones reproductivas.

Dr. Patricio Barriga P.

Índice

1. Fundamentos de la anticoncepción hormonal	5.
1.1. Requisitos fundamentales y no fundamentales (recomendables) para la prescripción	
1.2. Mecanismos de acción	
1.3. Tipos de anticonceptivos hormonales	
1.4. Eficacia y seguridad	
2. Anticonceptivos orales combinados (AOC)	17.
2.1. Composición y tipos	
2.2. Prescripción y seguimiento	
2.3. Manejo de efectos secundarios	
3. Otros métodos anticonceptivos hormonales	26.
3.1. Anillo vaginal y parche	
3.2. Implantes subdérmicos	
3.3. Inyectables	
3.4. DIU hormonal	
4. Anticoncepción de solo progestágeno	28.
4.1. Píldora de solo progestágeno	
4.2. Implante y DIU de levonorgestrel	
5. Anticoncepción en poblaciones especiales	31.
5.1. Adolescentes	
5.2. Perimenopausia	
5.3. Posparto y lactancia	
6. Anticoncepción en situaciones clínicas especiales	44.
6.1. Obesidad y síndrome metabólico	
6.2. Trombofilias y riesgo cardiovascular	
6.3. Migraña	
7. Nuevas opciones: Anticoncepción con Estradiol y Estetrol	61.
7.1. Características y perfil de seguridad	
7.2. Indicaciones y manejo clínico	
8. Otras indicaciones terapéuticas con uso progestágenos solos	71.

Índice

9.	Beneficios no anticonceptivos y riesgos	76.
9.1	Control del ciclo y otros beneficios	
9.2.	Riesgos y contraindicaciones	
10.	Anticoncepción de emergencia	82.
10.1.	Opciones disponibles	
10.2.	Indicaciones y prescripción	
11.	Consejería anticonceptiva y aspectos prácticos	89.
11.1.	Selección del método	
11.2.	Mejora de la adherencia	
12.	Tablas Anexas	99.
13.1	Tabla indicaciones terapéuticas de TH anticonceptivas	
13.2	Tabla comparativa estradiol (E2), etinilestradiol (EE) y estetrol (E4)	
13.3	Tabla resumen criterios de elegibilidad anticonceptivos CDC (2020)	

I. Fundamentos de la anticoncepción hormonal

I.1. Requisitos fundamentales y no fundamentales (recomendables) para la prescripción

Las terapias hormonales anticonceptivas son métodos de control de la natalidad que utilizan hormonas sintéticas para prevenir el embarazo. Estas terapias pueden incluir píldoras anticonceptivas, parches, anillos vaginales, inyecciones, implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos hormonales.

Requisitos fundamentales para la prescripción de terapias hormonales anticonceptivas (Tabla 1)

a) Anamnesis dirigida: Pilar fundamental realizando asesoría y consejería PERSONALIZADA

- Historia personal.
- Síntomas y antecedentes médicos (factores de riesgo cardiovascular, cefalea con aura).
- Historia gineco-obstétrica.
- Historia familiar.
- Características menstruales: ciclicidad, SUA (abundantes, escasos, frecuentes, infrecuentes), dismenorrea, SPM, etc.
- Historia sexual (conductas de riesgo).
 - Grado de conocimientos en anticoncepción:
- Anticoncepción anterior.
- Aceptabilidad y motivación del método.
- Expectativas.
 - Potenciales contraindicaciones (criterios de elegibilidad).
 - Hábitos: Tabaco (desincentivar su consumo /contraindicación potencial).
 - Uso de fármacos (interacción medicamentos/posible contraindicación).

b) Tomar presión arterial y calcular IMC

La obesidad es un factor importante a la hora de valorar la prescripción de un AHC. El riesgo relativo de tromboembolia se duplica para IMC 30, siendo categoría 3 si es > 35 y categoría 4 si es > 40 años (recomendación UKMEC). No existe pérdida de la eficacia del método en función del peso de la mujer, a excepción del parche transdérmico (no es recomendable en usuarias con peso mayor 90 kg).

c) Entrega de información

- Qué tipos de preparados y qué vías de administración hay disponibles y sus características.
- Eficacia e importancia del cumplimiento y uso continuo.

- Relación riesgos beneficios (categorías 2 y 3) y contraindicaciones (categoría 4).
- Eliminar falsas creencias, dudas o preocupaciones: aumento de peso, fertilidad posterior, descansos, etc.
- Modo de empleo del preparado seleccionado.
- Efectos beneficiosos no anticonceptivos.
- Informar sobre posibles efectos secundarios y qué hacer si se presentan algunos de los más frecuentes: sangrado no programado, medicación asociada, mal cumplimiento, etc.; insistiendo en no abandonar el método sin consultar.
- Aconsejar doble protección (preservativo) especialmente en adolescentes o prácticas sexuales de riesgo de ITS.
- Necesidad de visitas de seguimiento: frecuencia y por qué.
- Facilitar contacto para consultas para favorecer el cumplimiento y evitar abandonos.

Tener presente que la trombosis venosa profunda (TVE) es un riesgo bajo en términos absolutos, pero grave especialmente en caso de tromboembolia (pulmonar, cerebral) y que debe tener la correcta asesoría cada vez que se prescriba o se esté frente a una usuaria de AHC.

Informe a la usuaria a reconocer los síntomas precoces de tromboembolia venosa: cefaleas recientes, dolor en las pantorrillas, fatigabilidad asociada a falta de aire o induración en pantorrillas, especialmente si es asimétrica.

Tabla 1: Requisitos fundamentales para la prescripción de terapias hormonales anticonceptivas

Requisito	Descripción
Evaluación médica completa	Historia clínica detallada y examen físico
Descarte contraindicaciones	Identificar condiciones que impidan el uso seguro de anticonceptivos hormonales
Edad y estado reproductivo	Considerar la edad de la usuaria y su etapa reproductiva
Presión arterial	Medición y evaluación de la presión arterial
Índice de masa corporal (IMC)	Cálculo y evaluación del IMC
Antecedentes familiares	Evaluar historia familiar de tromboembolismo y cánceres hormono dependientes
Hábitos y estilo de vida	Considerar factores como fumar cigarrillos y consumo de alcohol
Consentimiento informado	Explicar beneficios, riesgos y alternativas a la usuaria

Requisitos no fundamentales para la prescripción (Tabla 2)

- a) Examen ginecológico (incluye mamas) y es mandatorio para DIU
 - b) Papanicolau (de acuerdo con la recomendación de salud general de la mujer).
 - c) Laboratorio, cuando:
- Mujer de 45 o más años sin factores de riesgo.
 - Mujeres mayores de 35 años con patologías crónicas o factores de riesgo cardiovascular solicitar perfil lipídico y perfil hepático.
 - Antecedentes en familiares con TEV en menores de 45 años, o de localización atípica, realizar estudio de trombofilia (previo a la prescripción).

En el resto de los casos no es necesario realizar ningún examen analítico posterior a la consejería para no retardar la prescripción de la anticoncepción.

Seguimiento y control

- Recomendable entre 3 a 6 meses tras la prescripción para detectar efectos no deseados y mejorar la adherencia al método.
- No son necesarios otros controles periódicos específicos.

Recordar: El antecedente de flebitis o estasia venosa (várices) no contraindican el uso de AHC.

Tabla 2: Requisitos no fundamentales (recomendables) para la prescripción de terapias hormonales anticonceptivas

Requisito	Descripción
Perfil lipídico	Evaluación de niveles de colesterol y triglicéridos
Pruebas de función hepática	Análisis de enzimas hepáticas
Niveles de glucosa	Medición de glucosa en sangre en ayunas
Examen pélvico	Evaluación ginecológica completa
Prueba de Papanicolaou Tipificación VPH	Cribado de cáncer cervical (individualizar)
Evaluación de Densidad Mineral Ósea (DMO)	En casos específicos, como uso prolongado de acetato de medroxiprogesterona
Consejería sobre ITS o ETS	Información sobre prevención de infecciones o enfermedades de transmisión sexual
Seguimiento programado	Planificación de visitas de seguimiento regulares

Nota: Las tablas 1 y 2 proporcionan una guía general para los profesionales de la salud. Sin embargo, es importante recordar que cada caso debe ser evaluado individualmente, y las decisiones deben basarse en la mejor evidencia clínica actualizada y el juicio profesional de quien realiza la consejería y asesoría.

Bibliografía:

1. Curtis, K. M., Tepper, N. K., Jatlaoui, T. C., Berry-Bibee, E., Horton, L. G., Zapata, L. B., ... & Whiteman, M. K. (2021). *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016*. *MMWR Recommendations and Reports*, 69(3), 1-185.
2. Dragoman, M. V., Jatlaoui, T. C., Nanda, K., Curtis, K. M., & Gaffield, M. E. (2022). *Research gaps identified during updates of the World Health Organization medical eligibility criteria for contraceptive use and selected practice recommendations for contraceptive use*. *Contraception*, 109, 8-15.
3. Bateson, D., Loxton, D., Lucke, J., & Mazza, D. (2023). *Contraception: An Australian clinical practice handbook (5th ed.)*. Family Planning New South Wales, Queensland and Victoria.
4. Patel, A., & Kumar, P. (2021). *Oral Contraceptive Pills*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>

1.2 Mecanismos de acción

Los anticonceptivos hormonales actúan a través de múltiples mecanismos para prevenir el embarazo. Los principales mecanismos de acción son:

a) Inhibición de la ovulación:

- Supresión del eje hipotálamo-hipófisis-ovario
- Inhibición de la secreción de FSH y LH
- Prevención del pico de LH necesario para la ovulación

b) Alteración del moco cervical:

- Espesamiento del moco cervical
- Reducción de la penetrabilidad del espermatozoides
- Disminución de la supervivencia de los espermatozoides

c) Alteraciones endometriales:

- Adelgazamiento del endometrio
- Reducción de la receptividad endometrial
- Disminución de la probabilidad de implantación

d) Efectos sobre la motilidad tubárica:

- Alteración del peristaltismo de las trompas de Falopio
- Modificación del transporte de gametos y embriones

e) Efectos sobre la función ovárica:

- Supresión del desarrollo folicular
- Reducción de la producción de estrógenos y progesterona endógenos



La importancia relativa de cada mecanismo varía según el tipo de anticonceptivo hormonal y su composición. Los anticonceptivos combinados (estrógeno + progestágeno) actúan principalmente inhibiendo la ovulación, mientras que los métodos de solo progestágeno pueden depender más de los cambios en el moco cervical y el endometrio, especialmente en dosis bajas.

Es importante destacar que estos mecanismos actúan de forma sinérgica para proporcionar una alta eficacia anticonceptiva cuando se utilizan correctamente.

Bibliografía:

1. *Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2013;27(1):3-12.*
2. *Bahamondes L, Bahamondes MV. New and emerging contraceptives: a state-of-the-art review. Int J Womens Health. 2014; 6:221-234.*
3. *Fruzzetti F, Trémollières F, Bitzer J. An overview of the development of combined oral contraceptives containing estradiol: focus on estradiol valerate/dienogest. Gynecol Endocrinol. 2012;28(5):400-408.*
4. *Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol. 1999;181(5 Pt 1):1263-1269.*
5. *Brynhildsen J. Combined hormonal contraceptives: prescribing patterns, compliance, and benefits versus risks. Ther Adv Drug Saf. 2014;5(5):201-213.*
6. *Micks E, Jensen JT. Estradiol valerate and dienogest: a novel four-phasic oral contraceptive pill effective for pregnancy prevention and treatment of heavy menstrual bleeding. Womens Health (Lond). 2011;7(5):513-524.*
7. *Sitruk-Ware R, Nath A, Mishell DR Jr. Contraception technology: past, present and future. Contraception. 2013;87(3):319-330.*
8. *Glasier A. Contraception. In: Jameson JL, De Groot LJ, de Kretser DM, et al., eds. Endocrinology: Adult and Pediatric. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:2307-2326.*
9. *Contraception. In: Fritz MA, Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011:949-1048.*
10. *World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.*

1.3 Tipos de anticonceptivos hormonales

Los anticonceptivos hormonales se clasifican principalmente según su composición y vía de administración:

A. Anticonceptivos combinados (estrógeno + progestágeno):

1. Orales (AOC):
 - Monofásicos
 - Bifásicos
 - Trifásicos
 - Cuadrifásico

2. Parche transdérmico
3. Anillo vaginal

B. Anticonceptivos de solo progestágeno:

1. Píldora de solo progestágeno (minipíldora)
2. Implante subdérmico
3. Inyectable de depósito
4. Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG)

C. Anticonceptivos con estrógenos endógenos (naturales):

1. Valerato de estradiol + dienogest
2. 17 β -estradiol + nomegestrol acetato
3. Estetrol + drospirenona

D. Anticoncepción de emergencia:

1. Levonorgestrel
2. Acetato de Ulipristal (no disponible en Chile)
3. Método Yuzpe (dosis altas de AOC, evitar su uso de estar disponible levonorgestrel)

Características principales:

- AOC: Ampliamente utilizados, alta eficacia, diversos regímenes de dosificación.
- Parche y anillo: Administración semanal o mensual, menor variabilidad en los niveles hormonales.
- Implante: Larga duración (3-5 años), alta eficacia, no requiere cumplimiento diario.
- Inyectables: Administración trimestral, eficaces, pueden causar cambios en el patrón de sangrado.
- DIU-LNG: Larga duración (3-8 años), alta eficacia, efecto local principalmente.
- Anticonceptivos con estrógenos naturales: Potencial mejor perfil de seguridad, efectos metabólicos reducidos.

La elección del tipo de anticonceptivo hormonal depende de varios factores, incluyendo preferencias de la usuaria, condiciones médicas preexistentes, efectos secundarios potenciales y patrón de sangrado deseado.

Es crucial que los ginecólogos estén familiarizados con las características de cada tipo para proporcionar una consejería adecuada y personalizada.

Bibliografía:

1. *Contraceptive Technology. 21st ed.* Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar MS (eds). New York, NY: Ayer Company Publishers, Inc., 2018.
2. *World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 3rd ed.* Geneva: WHO; 2016.
3. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65(3):1-103.*

4. Shoupe D, Mishell DR Jr. *The Handbook of Contraception: A Guide for Practical Management*. 2nd ed. Humana Press; 2016.
5. Maguire K, Westhoff C. *The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits*. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(4 Suppl):S4-8.
6. Sitruk-Ware R, Nath A. *Characteristics and metabolic effects of estrogen and progestins contained in oral contraceptive pills*. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(1):13-24.
7. Grandi G, Facchinetti F, Bitzer J. *Estradiol in hormonal contraception: real evolution or revolution?* *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017;22(5):351-355.
8. Plu-Bureau G, Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, Canonico M. *Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: an epidemiological update*. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(1):25-34.
9. Creinin MD, Schreiber CA, Courtney A. *Contraceptive Efficacy*. In: Hatcher RA, Nelson AL, Trussell J, et al. *Contraceptive Technology*. 21st ed. New York, NY: Ayer Company Publishers, 2018.
10. Gemzell-Danielsson K, Mansour D, Fiala C, Kaunitz AM, Bahamondes L. *Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives*. *Hum Reprod Update*. 2013;19(4):419-427.
11. Archer DF, Baber RJ, Barlow D, et al. *Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health*. *Climacteric*. 2011;14(3):302-320.

1.4 Eficacia y seguridad

Eficacia:

La eficacia anticonceptiva se mide generalmente utilizando el Índice de Pearl, que representa el número de embarazos por 100 mujeres-año de uso.

1. Eficacia teórica (uso perfecto) vs. eficacia real (uso típico):

- AOC: 0.3 vs. 9 embarazos por 100 mujeres-año
- Anillo vaginal: 0.3 vs. 9 embarazos por 100 mujeres-año
- Parche transdérmico: 0.3 vs. 9 embarazos por 100 mujeres-año
- Implante subdérmico: 0.05 vs. 0.05 embarazos por 100 mujeres-año
- Inyectable de depósito: 0.2 vs. 6 embarazos por 100 mujeres-año
- DIU-LNG: 0.2 vs. 0.2 embarazos por 100 mujeres-año

2. Factores que afectan la eficacia:

- Adherencia al método
- Interacciones medicamentosas
- Índice de masa corporal (especialmente para métodos transdérmicos)
- Vómitos y diarrea (para métodos orales)

Seguridad:

No existe un método anticonceptivo perfecto, pero entre todos los anticonceptivos existentes, debe buscarse el que más se acomode a las necesidades y elección de la usuaria: “anticoncepción a la medida”.



Conceptos:

- **Prescripción segura** (para un método anticonceptivo, especialmente hormonal):

La prescripción segura en el contexto de los anticonceptivos hormonales se refiere al proceso por el cual un profesional de la salud recomienda y prescribe un método anticonceptivo después de una evaluación exhaustiva de la usuaria. Este proceso implica considerar la historia clínica, realizar exámenes necesarios, evaluar posibles contraindicaciones, y seleccionar el método más apropiado y seguro para la usuaria en forma personalizada. La prescripción segura también incluye proporcionar información completa sobre el uso correcto, posibles efectos secundarios y señales de alarma, así como establecer un plan de seguimiento adecuado.

- **Seguridad anticonceptiva:** La seguridad anticonceptiva se refiere a la capacidad de un método anticonceptivo para prevenir el embarazo sin causar efectos adversos significativos en la salud de la usuaria. Implica que el método sea eficaz en su función anticonceptiva y que los riesgos asociados a su uso sean mínimos y aceptables en comparación con los beneficios. La seguridad anticonceptiva también abarca la idoneidad del método para la usuaria específica, considerando sus características individuales, condiciones de salud y preferencias. Además, incluye la garantía de que el método no interfiera significativamente con el bienestar físico, emocional y sexual de la usuaria.

Estas definiciones enfatizan la importancia de un enfoque individualizado y basado en evidencia en la prescripción y uso de métodos anticonceptivos, especialmente los hormonales, para garantizar tanto la eficacia como la seguridad para cada usuaria (Tabla 3).

La seguridad anticonceptiva se refiere a la eficacia de un método para prevenir el embarazo sin provocar efectos adversos significativos en la salud de la usuaria. Esto implica una evaluación personalizada que considere características individuales y riesgos aceptables en comparación con los beneficios. Por otro lado, la prescripción segura de métodos anticonceptivos hormonales implica que un profesional de la salud realice una evaluación exhaustiva de la usuaria, considerando su historia clínica y posibles contraindicaciones. Esto asegura la selección del método más adecuado y el suministro de información completa sobre su uso, efectos secundarios y señales de alarma, junto con un plan de seguimiento adecuado. Ambos aspectos son clave para garantizar una atención de salud reproductiva segura y efectiva.



Tabla 3. Comparación entre prescripción segura y la seguridad en el contexto de los métodos anticonceptivos, especialmente los hormonales

Prescripción Segura	Seguridad
Descartar embarazo	No existe un método exento de algún riesgo
Identificar factores de riesgo	Seleccionar el método más adecuado (considerar eficacia anticonceptiva, beneficios no anticonceptivos y riesgos potenciales)
Elegir la formulación más adecuada (más segura y que se adapte a la necesidad de la usuaria)	Considerar el uso de progestagenos orales, implante o DIU con levonorgestrel frente a contraindicación del uso de preparados con estrógeno o alto riesgo de tromboembolia*
Enseñar uso correcto del conón y protección ITS	
Dar información adecuada de potenciales efectos no deseados (náuseas, vómitos, mastodinia, sangrado, edema, libido, peso corporal, cefaleas, trombosis, etc.)	
Supervisar detección precoz de complicaciones graves (Tromboembolia, accidente cerebrovascular, infarto al miocardio)	Sólo se requieren exámenes previos en mayores de 45 años o con factor de riesgo. No se justifica estudio de trombofilia (sólo frente a antecedentes o sospecha fundada) **
Recuerde que la adherencia al método depende de la "felicidad" de la usuarias.	

*Formulaciones orales con E4 y E2 tendrían potencialmente un riesgo menor a formulaciones con EE

** EMA recomienda que las variantes biológicas relacionadas con el riesgo de TVE (como APCr) en el desarrollo de AHC.

A continuación, se describen los riesgos asociados al uso de AHC:

1. **Riesgos tromboembólicos:**

● Riesgo relativo de tromboembolismo venoso (TEV):

- No usuarias: 1 x 10.000
- AOC con levonorgestrel: 2.0-3.6 x 10.000
- AOC con gestodeno, desogestrel, drospirenona: 3.6-6.8 x 10.000
- Anillo vaginal: 6.5 x 10.000
- Parche transdérmico: 7.9 x 10.000

● El riesgo de TEV es mayor en los primeros meses de uso.

2. **Riesgo cardiovascular:**

● Ligero aumento del riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, especialmente en mujeres fumadoras >35 años

3. **Riesgo de cáncer:**

- Ligero aumento del riesgo de cáncer de mama durante uso activo (RR: 1.24)
- Disminución del riesgo de cáncer de ovario (reducción del 30-50%)
- Disminución del riesgo de cáncer de endometrio (reducción del 50%) y colorrectal (15-20%)

4. **Efectos metabólicos:**

- Mínimo impacto en el metabolismo de los carbohidratos con formulaciones modernas
- Ligero aumento en los niveles de triglicéridos
- Efectos variables en el perfil lipídico dependiendo del progestágeno

5. **Efectos secundarios comunes:**

- Sangrado irregular (especialmente con métodos de solo progestágeno)
- Náuseas, sensibilidad mamaria, cefalea (generalmente transitorios)
- Cambios de humor y disminución de la libido (variables)

6. **Contraindicaciones absolutas (Categoría 4 OMS):**

- TEV activo
- Cardiopatía isquémica
- Migraña con aura
- Cáncer de mama
- Hepatopatía grave
- Fumadoras >35 años

7. **Beneficios no anticonceptivos:**

- Regulación del ciclo menstrual
- Reducción de dismenorrea y sangrado menstrual abundante
- Mejora del acné y del hirsutismo
- Prevención de anemia ferropiva

La selección del método anticonceptivo debe basarse en un equilibrio entre eficacia, seguridad y beneficios individuales, considerando siempre los criterios médicos de elegibilidad.

8. **Riesgos asociados por método:**

a) DIU-LNG:

- Menor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria después del primer mes
- Posible expulsión (2-10% en el primer año)
- Perforación uterina (rara, 1 en 1000 inserciones)

b) Implante subdérmico:

- Complicaciones locales en el sitio de inserción (infección, hematoma)
- Dificultad en la extracción en raras ocasiones

c) Inyectables de depósito:

- Posible disminución de la densidad mineral ósea (reversible)
- Retraso en el retorno a la fertilidad.

9. *Anticonceptivos con estrógenos naturales:*
 - Potencial mejor perfil de seguridad cardiovascular y metabólico
 - Datos de seguridad a largo plazo aún limitados

10. *Interacciones medicamentosas:*
 - Inductores enzimáticos (ej. rifampicina, algunos antiepilépticos) pueden reducir la eficacia
 - Antibióticos de amplio espectro no afectan significativamente la eficacia, excepto rifampicina

11. *Monitorización y seguimiento:*
 - Control de presión arterial anual
 - Evaluación de factores de riesgo cardiovascular
 - No se requieren exámenes de laboratorio de rutina

12. *Aspectos de seguridad en poblaciones especiales:*
 - a) Adolescentes:
 - Generalmente seguros y bien tolerados
 - Importancia de la adherencia y educación
 - b) Perimenopausia:
 - Considerar riesgos cardiovasculares aumentados con la edad
 - Posible transición a terapia hormonal de la menopausia
 - c) Posparto:
 - Inicio seguro de métodos de solo progestágeno inmediatamente posparto
 - Métodos combinados generalmente después de 3 a 6 semanas posparto

13. *Consejería sobre seguridad:*
 - Informar sobre signos de alarma (ej. dolor en piernas, dificultad respiratoria)
 - Educar sobre el uso correcto para maximizar la eficacia
 - Discutir los beneficios no anticonceptivos individualizados

La evaluación continua de la eficacia y seguridad es esencial para proporcionar una atención anticonceptiva óptima. Los profesionales de la salud que realizan consejería para AH deben mantenerse actualizados con las últimas evidencias y recomendaciones, para ofrecer la mejor consejería a las usuarias.

Bibliografia:

1. World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
2. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404.
3. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(24):2257-2266.
4. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2017;377(23):2228-2239.
5. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *Lancet*. 2008;371(9609):303-314.
6. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM, Chen M. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(6):CD006033.
7. Dragoman MV, Tepper NK, Fu R, Curtis KM, Chou R, Gaffield ME. A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141(3):287-294.
8. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD003987.
9. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(11):1154-1162.
10. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. *Contraception*. 2016;94(6):678-700.
11. Dinger J, Möhner S, Heinemann K. Cardiovascular risk associated with the use of an etonogestrel-containing vaginal ring. *Obstet Gynecol*. 2013;122(4):800-808.
12. Sitruk-Ware R, Nath A. Metabolic effects of contraceptive steroids. *Rev Endocr Metab Disord*. 2011;12(2):63-75.
13. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(1):3-12.
14. Liu Y, et al. "Incidence and risk factors for venous thromboembolism in the general population."
15. *Thrombosis Research*. 2016; 140:150-156.

2. Anticonceptivos orales combinados (AOC)

2.1. Composición y tipos

Los AOC contienen una combinación de estrógeno y progestágeno. Su composición ha evolucionado significativamente desde su introducción en la década de 1960.

• Estrógenos:

1. Etinilestradiol (EE): El más comúnmente utilizado.
 - Dosis: 15-35 µg por píldora
 - Tendencia a reducir la dosis para minimizar efectos adversos
2. Estrógenos naturales:
 - Valerato de estradiol: 1-3 mg
 - 17β-estradiol: 1.5 mg
 - Estetrol: 14,2 mg

• Progestágenos:

Clasificados en generaciones según su desarrollo cronológico y propiedades:

1. Primera generación: Noretisterona
2. Segunda generación: Levonorgestrel, Norgestrel
3. Tercera generación: Desogestrel, Gestodeno, Norgestimato
4. Cuarta generación: Drospirenona
5. Otros: Dienogest, Nomegestrol acetato

Tipos de AOC según su formulación:

1. Monofásicos: Dosis constante de estrógeno y progestágeno en todas las píldoras activas.
2. Bifásicos: Dos combinaciones diferentes de dosis en las píldoras activas.
3. Trifásicos: Tres combinaciones diferentes de dosis en las píldoras activas.
4. Cuadrifásico: Cuatro combinaciones diferentes de dosis y sólo estradiol en las primeras dos píldoras.

Regímenes:

1. 21/7: 21 días de píldoras activas seguidos de 7 días de descanso o con píldoras libre de hormonas (PLH)
2. 24/4: 24 días de píldoras activas seguidos de 4 días con PLH.
3. Régimen extendido: 84 días de píldoras activas seguidos de 7 días de placebo con PLH.
4. Régimen continuo: Píldoras activas tomadas continuamente sin intervalo libre de hormonas.

Las AOC que contienen dosis bajas de 0,03 mg de etinilestradiol (EE) ofrecen un mejor control del sangrado esperado en comparación con dosis menores. Además, su uso extendido (sin PLH) contribuye a mejorar los síntomas asociados al intervalo libre de hormonas. En este sentido, los AOC que utilizan estrógenos endógenos como el estradiol en combinación con NOMAC o el estetrol con DRP podrían tener un efecto similar. La elección del tipo de AOC debe basarse en las características individuales de la usuaria, considerando factores como efectos secundarios, beneficios no anticonceptivos y preferencias personales.

Bibliografía

1. *Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2013;27(1):3-12.*
2. *Sitruk-Ware R, Nath A. Characteristics and metabolic effects of estrogen and progestins contained in oral contraceptive pills. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2013;27(1):13-24.*
3. *Fruzzetti F, Trémollières F, Bitzer J. An overview of the development of combined oral contraceptives containing estradiol: focus on estradiol valerate/dienogest. Gynecol Endocrinol. 2012;28(5):400-408.*
4. *Gebel Berg E. The Chemistry of the Pill. ACS Cent Sci. 2015;1(1):5-7.*
5. *Naheed B, Kuiper JH, Uthman OA, O'Mahony F, O'Brien PM. Non-contraceptive oestrogen-containing preparations for controlling symptoms of premenstrual syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2017;3(3):CD010*

2.2. Prescripción y seguimiento

La prescripción y el seguimiento adecuados de los AOC son fundamentales para garantizar su eficacia y seguridad.

PRESCRIPCIÓN:

1. **Evaluación inicial:**
 - Historia clínica completa, incluyendo antecedentes personales y familiares.
 - Medición de presión arterial.
 - Cálculo del índice de masa corporal (IMC).
 - Considerar los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS /Reino Unido
2. **Elección del AOC:**
 - Individualizar según las características y preferencias de la usuaria.
 - Considerar beneficios no anticonceptivos potenciales.
3. **Inicio del método:**
 - Inicio inmediato ("Quick Start") es seguro en la mayoría de los casos.
 - Método de respaldo durante los primeros 7 días, si no se inicia el primer día de la menstruación.
4. **Instrucciones a la usuaria:**
 - Toma diaria a la misma hora.
 - Manejo de olvidos de píldoras.
 - Interacciones medicamentosas.
 - Signos de alarma: dolor intenso o hinchazón de una pierna, dolor agudo de pecho y dificultad para respirar, dolor de cabeza severo y repentino, visión borrosa o pérdida abrupta de esta, etc.

SEGUIMIENTO:

1. **Primera visita de control: 3 meses después del inicio.**
 - Evaluar adherencia y satisfacción.
 - Discutir efectos secundarios.
 - Reevaluar presión arterial.

2. **Visitas subsecuentes:**
 - ◆ Anualmente o según necesidad individual.
 - ◆ No se requieren exámenes de rutina (como perfil lipídico o pruebas hepáticas) en ausencia de indicaciones específicas.
3. **Monitoreo continuo:**
 - ◆ Reevaluación periódica de la categoría de elegibilidad médica.
 - ◆ Considerar cambios en el estado de salud o factores de riesgo.
4. **Manejo de efectos secundarios:**
 - ◆ Sangrado irregular: común en los primeros meses, considerar cambio si persiste.
 - ◆ Náuseas, cefalea: generalmente transitorios, manejo sintomático.
 - ◆ Cambios de humor: evaluar gravedad, considerar cambio de formulación si es necesario.
5. **Discontinuación:**
 - ◆ Puede ocurrir en cualquier momento del ciclo.
 - ◆ Informar sobre el rápido retorno a la fertilidad.
 - ◆ Discutir métodos alternativos si se desea continuar con anticoncepción.

La telemedicina ha demostrado ser una opción efectiva y segura para la prescripción y seguimiento de AOC en pacientes de bajo riesgo, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19, nuevas formulaciones, y experiencias de usuarias en el mundo real. Es importante destacar que las guías y recomendaciones pueden variar según el país y las organizaciones de salud locales, por lo que siempre se debe consultar las directrices más recientes aplicables a cada contexto específico.

Algunos puntos clave a considerar en la prescripción y seguimiento de AOC según la evidencia más reciente incluyen:

1. La importancia de una consejería integral que aborde las necesidades y preferencias individuales de cada usuaria.
2. La creciente adopción de la telemedicina para la prescripción y seguimiento de AOC, especialmente en situaciones de bajo riesgo.
3. La consideración de regímenes extendidos o continuos de AOC, que pueden ofrecer beneficios adicionales para algunas usuarias.
4. La necesidad de estar al tanto de las nuevas formulaciones, como los AOC con estrógenos naturales, que pueden ofrecer perfiles de seguridad mejorados.
5. La importancia de abordar y manejar los efectos secundarios de manera proactiva para mejorar la adherencia y satisfacción con el método.

Bibliografía

1. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016;65(3):1-103. (Actualización 2020 disponible)
2. Gemzell-Danielsson K, Haliloglu Peker N, Lidegaard Ø, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel implant and 6 years of the levonorgestrel-releasing intrauterine system: A systematic review and meta-analyses. *Contraception.* 2021;104(3):229-242.
3. Bateson D, Lohr PA, Norman WV, et al. The impact of COVID-19 on contraception and abortion care policy and practice: experiences from selected countries. *BMJ Sex Reprod Health.* 2020;46(4):241-243.
4. Wilkinson TA, Kottke MJ, Berlan ED. Providing Contraception for Young People During a Pandemic Is Essential Health Care. *JAMA Pediatr.* 2020;174(9):823-824

5. Cardoso LF, Shrimali M, Sampson J, et al. A qualitative exploration of the contraceptive experience of women during COVID-19 in the United States. *Contraception*. 2021;104(5):536-543.
6. Bitzer J, Abalos V, Apter D, et al. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021;26(3):183-192.
7. Nappi RE, Lete I, Lee LK, et al. Real-world experience of women using extended-cycle vs monthly-cycle combined oral contraception in the United States: the NGMN Survey. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):269.
8. Moreau C, Daniels K, Zapata L, et al. Contextualizing contraceptive choice: a qualitative study of contraceptive histories in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;226(2):239.e1-239.e13.
9. Levin ER, Vitek WS, Hammes SR. Estrogens, progestins and the female reproductive tract. *Nat Rev Endocrinol*. 2022;18(4):220-232.
10. Palacios S, Colli E, Regidor PA. A multicenter, double-blind, randomized trial on the bleeding profile of a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(6):1805-1812.

2.3. Manejo de efectos secundarios

1. Sangrado irregular:

- Común en los primeros 3 a 6 meses de uso.
- Si persiste, considerar:

- a) Cambio a una formulación con mayor dosis de estrógeno o progestágeno asociado.
- b) Indicar régimen extendido o continuo.
- c) Adición de estrógeno a dosis bajas durante los días de sangrado.

Para sangrado abundante agudo, se pueden usar antiinflamatorios no esteroideos (ácido mefenámico) o antifibrinolíticos (ácido tranexámico) y se debe evitar uso de dosis altas de estrógenos (riesgo de tromboembolia).

2. Náuseas:

- Generalmente transitorias.
- Recomendar tomar la píldora con alimentos o antes de dormir.
- Si persisten, considerar cambio de formulación (tipo/dosis de estrógeno o vía de administración)

3. Cefalea:

- Evaluar el patrón y la gravedad.
- Para cefaleas relacionadas con la privación hormonal, considerar un régimen extendido o continuo.
- Descartar migraña con aura, que contraindica el uso de AOC.

4. Cambios de humor:

- Evaluar la presencia de depresión preexistente.
- Considerar cambio a una formulación con diferente progestágeno asociado.
- La drospirenona ha mostrado beneficios en síntomas premenstruales.

5. Sensibilidad mamaria:

- Generalmente mejora con el tiempo.
- Considerar reducción de la dosis de estrógeno si persiste o cambiar el progestágeno asociado.

6. Acné:

- Los AOC generalmente mejoran el acné.
- Las formulaciones con drospirenona, clormadinona o dienogest han mostrado beneficios adicionales.

7. Aumento de peso:

- No hay evidencia consistente de aumento de peso significativo con AOC modernos.
- Proporcionar consejería sobre dieta y ejercicio.

8. **Disminución de la libido:**

- Multifactorial, evaluar otros factores contribuyentes. Considerar cambio a una formulación con dosis hormonal menor o con diferente progestágeno

Bibliografía:

1. Dragoman MV, Jatlaoui TC, Nanda K, Curtis KM, Gaffield ME. Research gaps identified during the 2014 update of the WHO medical eligibility criteria for contraceptive use and selected practice recommendations for contraceptive use. *Contraception*. 2016;94(3):195-201.
2. Maybin JA, Critchley HOD. Medical management of heavy menstrual bleeding. *Womens Health (Lond)*. 2016;12(1):27-34.
3. Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update*. 2015;21(5):640-651.
4. Worly BL, Gur TL, Schaffir J. The relationship between progestin hormonal contraception and depression: a systematic review. *Contraception*. 2018;97(6):478-489.
5. Schaffir J, Worly BL, Gur TL. Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(5):347-355.
6. Gebel Berg E. The Chemistry of the Pill. *ACS Cent Sci*. 2015;1(1):5-7.
7. Lethaby A, Wise MR, Weterings MA, Bofill Rodriguez M, Brown J. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2(2):CD000154.
8. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD003987.
9. Bosco-Lévy P, Gouverneur A, Langlade C, et al. Safety of oral contraceptives in women with inflammatory bowel disease: A French nationwide cohort study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2022;55(6):722-733.
10. Regidor PA, Schindler AE. Antiandrogenic and antimineralocorticoid health benefits of COC containing newer progestogens: dienogest and drospirenone. *Oncotarget*. 2017;8(47):83334-83342.
11. Lete I, de la Viuda E, Pérez-Campos E, et al. Effect on quality of life of switching to combined oral contraception based on natural estrogen: an observational, multicentre prospective phase IV study (ZOCAL Study). *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(4):276-284.
12. Nappi RE, Kaunitz AM, Bitzer J. Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(2):106-115.

Información adicional sobre el manejo de efectos secundarios:

1. **Interacciones medicamentosas:**

- Informar a las usuarias sobre las interacciones potenciales, especialmente con antibióticos, antiepilépticos y preparaciones de hierba de San Juan.
- Considerar métodos anticonceptivos adicionales durante y 7 días después del uso de medicamentos que puedan reducir la eficacia de los AOC.

2. **Efectos secundarios graves:**

- Educar a las usuarias sobre los signos de alarma de tromboembolismo venoso (TEV), como dolor o hinchazón en las piernas, dificultad para respirar o dolor torácico.
- Discontinuar inmediatamente los AOC ante la sospecha de TEV, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular.

3. **Manejo del spotting (goteo) o sangrado no esperado:**

- Si ocurre en los primeros meses, aconsejar continuar con el método y reevaluar después de 3-6 meses.
- Para spotting persistente, considerar cambiar a una formulación con mayor dosis de estrógeno o diferente progestágeno.

3.1 Consideraciones específicas

3.1.1 Educación y tranquilización:

- Informar a la usuaria que el sangrado irregular es común, especialmente en los primeros 3 a 6 meses de uso.
- Explique que generalmente estos síntomas disminuyen con el tiempo.

3.1.2 Descartar otras causas:

- Realizar una evaluación para excluir otras causas de sangrado, como infecciones, patologías cervicales o uterinas.
- Considerar la posibilidad de interacciones medicamentosas que puedan afectar la eficacia del anticonceptivo.

3.1.3 Evaluar la adherencia:

- Verificar que la usuaria esté usando el método correctamente.
- En caso de píldoras, asegurarse de que se tomen a la misma hora cada día.

3.2 Manejo específico según el tipo de anticonceptivo:

a) Para anticonceptivos orales combinados (AOC):

- Si el sangrado ocurre en las primeras 3 semanas del ciclo, continuar con el paquete actual.
- Considerar cambiar a una píldora con mayor dosis de estrógenos.
- Evaluar la posibilidad de cambiar a una píldora con un progestágeno diferente.
- En casos persistentes, considerar un régimen de toma continua sin período de descanso.

b) Para métodos de solo progestágeno (píldoras, implantes, inyectables):

- Para píldoras de solo progestágeno, considerar tomarlas a la misma hora cada día.
- Para implantes o inyectables, se puede considerar un tratamiento de corto plazo con estrógenos o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

3.3 Tratamientos complementarios:

- AINEs: Ibuprofeno 400-800 mg tres veces al día durante 5-7 días puede ayudar a reducir el sangrado.
- Ácido tranexámico: 500-1000 mg tres veces al día durante 5 días puede ser efectivo para reducir el sangrado.

3.4 Suplementación:

- Considerar la suplementación con hierro si el sangrado es prolongado o abundante.

3.5 Cambio de método:

- Si el sangrado persiste más allá de 3 a 6 meses y es inaceptable para la usuaria, considerar cambiar a un método anticonceptivo diferente.

3.6 Seguimiento:

- Programar visitas de seguimiento para evaluar la evolución de los síntomas.
- Considerar un diario de sangrado para monitorear los patrones.

3.7 Casos especiales:

- Para usuarias de DIU hormonal, si el sangrado persiste y es problemático después de 3 a 6 meses, considerar la extracción y cambio de método.

3.8 Consideraciones a largo plazo:

- Si el sangrado irregular persiste más allá de 6 meses, reevaluar la causa y considerar una investigación más exhaustiva.

Es importante adaptar estas recomendaciones a las necesidades individuales de cada usuaria, considerando su historial médico, preferencias y tolerancia a los efectos secundarios. Siempre se debe priorizar su satisfacción con el método anticonceptivo elegido.

4. Beneficios no anticonceptivos:

- Informar a las pacientes sobre los potenciales beneficios adicionales, como mejora del acné, reducción de dismenorrea y regulación del ciclo menstrual.
- Estos beneficios pueden ayudar a mejorar la adherencia y satisfacción con el método.

5. Seguimiento a largo plazo:

- Realizar evaluaciones anuales para reevaluar la elegibilidad médica y discutir la satisfacción con el método.
- Considerar cambios en el estado de salud o factores de riesgo que puedan afectar la idoneidad del método.

6. Consejería sobre fertilidad futura:

- Informar a las pacientes que la fertilidad en general regresa rápidamente después de discontinuar los AOC.
- Discutir opciones de anticoncepción alternativas si se desea posponer el embarazo después de discontinuar los AOC.

Esta información actualizada proporciona una guía completa para el manejo de efectos secundarios comunes y la optimización del uso de AOC. Es importante adaptar el manejo a las necesidades individuales de cada usuaria y mantenerse actualizado con las últimas evidencias y recomendaciones en el campo de la anticoncepción hormonal.

7. Manejo de los olvidos

○ *Anticonceptivos Orales Combinados (AOC):*

1.1. Olvido de 1 píldora activa:

- Tomar la píldora olvidada tan pronto como se recuerde.
- Continuar con el resto del paquete normalmente.
- No se necesita protección adicional.

1.2. Olvido de 2 o más píldoras activas:

- Tomar la última píldora olvidada tan pronto como se recuerde.
- Continuar con el resto del paquete normalmente.
- Usar método de respaldo por 7 días.
- Si el olvido ocurre en la última semana, omitir el intervalo libre de hormonas.

1.3. Olvido de píldoras inactivas (placebo):

- Descartar las píldoras olvidadas y continuar normalmente.

○ *Píldoras de Solo Progestágeno (PSP):*

2.1. Retraso de menos de 3 horas:

- Tomar la píldora tan pronto como se recuerde.
- Continuar normalmente.

2.2. Retraso de más de 3 horas:

- Tomar la píldora tan pronto como se recuerde.
- Usar método de respaldo por 48 horas.
- Si hubo relaciones sexuales en las últimas 48 horas, considerar anticoncepción de emergencia.

○ *Parche Transdérmico:*

3.1. Retraso en el cambio de menos de 48 horas:

- Aplicar un nuevo parche inmediatamente.
- Mantener el día habitual de cambio.

3.2. Retraso en el cambio de más de 48 horas:

- Aplicar un nuevo parche inmediatamente.
- Iniciar un nuevo ciclo de 4 semanas.
- Usar método de respaldo por 7 días.

○ *Anillo Vaginal:*

4.1. Anillo fuera por menos de 3 horas:

- Lavar el anillo con agua fría o tibia y reinsertarlo.
- No se necesita protección adicional.

4.2. Anillo fuera por más de 3 horas:

- Reinsertar el anillo si está dentro de la semana 1 o 2.
- Usar método de respaldo por 7 días.
- Si está en la semana 3, insertar un nuevo anillo y omitir la semana libre de hormonas.

○ *Inyectables de Progestágeno:*

5.1. Retraso de menos de 2 semanas:

- Administrar la inyección lo antes posible.
- No se necesita protección adicional.



5.2. Retraso de más de 2 semanas:

- Administrar la inyección lo antes posible.
- Usar método adicional por 7 días.
- Considerar anticoncepción de emergencia si hubo relaciones sexuales en los últimos 7 días.

Tabla 4. Resumen de recomendaciones frente a olvidos de uso de los Métodos AH

Método	Olvido/Retraso menor	Olvido/Retraso mayor
AOC	<24 horas: Tomar y continuar	>24 horas: Tomar, continuar, protección 7 días
PSP	<3 horas: Tomar y continuar	>3 horas: Tomar, protección 48 horas
Parche	<48 horas: Aplicar nuevo, mantener día	>48 horas: Aplicar nuevo, nuevo ciclo, protección 7 días
Anillo	<3 horas fuera: Reinsertar	>3 horas fuera: Reinsertar, protección 7 días
Inyectable	<2 semanas: Administrar	>2 semanas: Administrar, protección 7 días

Recomendaciones generales:

1. Educar a las usuarias sobre la importancia de la adherencia al método.
2. Proporcionar información clara sobre qué hacer en caso de olvidos o retrasos.
3. Enfatizar la necesidad de protección adicional cuando sea necesario.
4. Recordar a las usuarias que la eficacia anticonceptiva puede verse comprometida en caso de olvidos frecuentes.
5. Considerar cambiar a métodos de acción prolongada (LARC) si los olvidos son recurrentes.
6. Informar sobre la disponibilidad y uso de la anticoncepción de emergencia.
7. Programar seguimientos regulares para evaluar la satisfacción y adherencia al método.

3. Otros métodos anticonceptivos hormonales

3.1. Anillo vaginal y parche

Anillo vaginal:

- Composición: Etonogestrel 11.7 mg y etinilestradiol 2.7 mg
- Eficacia: 99.7% con uso perfecto, 91% con uso típico
- Uso: Se inserta en la vagina por 3 semanas, seguido de 1 semana de descanso
- Ventajas: Menor variabilidad en los niveles hormonales, mayor cumplimiento

Parche transdérmico:

- Composición: Norelgestromin 6 mg y etinilestradiol 0.75 mg
- Eficacia: 99.7% con uso perfecto, 91% con uso típico
- Uso: Se aplica semanalmente durante 3 semanas, seguido de 1 semana sin parche
- Ventajas: Fácil uso, no afectado por vómitos o diarrea

3.2. Implante subdérmico

- Tipos: Etonogestrel 68 mg (Implanon) y Levonorgestrel 2x75mg (Jadelle)
- Eficacia: >99.9% (el método reversible más efectivo)
- Duración: 3 a 5 años
- Ventajas: Larga duración, alta eficacia, rápido retorno a la fertilidad
- Desventajas: Requiere inserción y extracción por profesional, sangrado irregular

3.3. Inyectables

● Tipos:

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) 150 mg IM o 104 mg SC
- Enantato de noretisterona (NET-EN) 200 mg IM

- Eficacia: 99.7% con uso perfecto, 94% con uso típico
- Uso: DMPA cada 3 meses, NET-EN cada 2 meses
- Ventajas: Alta eficacia, privacidad, puede disminuir crisis de anemia falciforme
- Desventajas: Retraso en el retorno a la fertilidad, posible disminución de la densidad mineral ósea

3.4. DIU hormonal

● Tipos:

- Levonorgestrel 52 mg: duración 5-8 años
- Levonorgestrel 19.5 mg: duración 5 años
- Levonorgestrel 13.5 mg: duración 3 años

- Eficacia: >99%
- Mecanismo: Espesamiento del moco cervical, atrofia endometrial, inhibición de la ovulación (parcial)
- Ventajas: Larga duración, alta eficacia, reduce sangrado menstrual
- Desventajas: Requiere inserción por profesional, posible expulsión o perforación (raro)

Bibliografia:

1. World Health Organization. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. 3rd ed. Geneva: WHO; 2016.
2. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1-103.
3. Bahamondes L, Brache V, Meirik O, et al. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. *Hum Reprod*. 2015;30(11):2527-2538.
4. Brache V, Payán LJ, Faundes A. Current status of contraceptive vaginal rings. *Contraception*. 2013;87(3):264-272.
5. Daniels K, Abma JC. *Current Contraceptive Status Among Women Aged 15-49: United States, 2017-2019*. NCHS Data Brief. 2020;(388):1-8.
6. Kaunitz AM, Darney PD, Ross D, Wolter KD, Speroff L. Subcutaneous DMPA vs. intramuscular DMPA: a 2-year randomized study of contraceptive efficacy and bone mineral density. *Contraception*. 2009;80(1):7-17.
7. Goldstuck ND, Wildemeersch D. Practical advice for emergency IUD contraception in young women. *Obstet Gynecol Int*. 2015; 2015:986439.
8. Gemzell-Danielsson K, Apter D, Hauck B, et al. The effect of age, parity and body mass index on the efficacy, safety, placement and user satisfaction associated with two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems: subgroup analyses of data from a phase III trial. *PLoS One*. 2015;10(9):e0135309.
9. Ali M, Akin A, Bahamondes L, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod*. 2016;31(11):2491-2498.
10. Bateson D, Butcher BE, Donovan C, et al. Risk of venous thromboembolism in women taking the combined oral contraceptive: A systematic review and meta-analysis. *Aust Fam Physician*. 2016;45(1):59-64.
11. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1105-1113.
12. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. *Contraception*. 2016;94(6):678-700.
13. Hubacher D, Spector H, Monteith C, Chen PL, Hart C. Long-acting reversible contraceptive acceptability and unintended pregnancy among women presenting for short-acting methods: a randomized patient preference trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(2):101-109.
14. Bosco-Lévy P, Gouverneur A, Langlade C, et al. Safety of levonorgestrel 52 mg intrauterine system compared to copper intrauterine device: a population-based cohort study. *Contraception*. 2019;99(6):345-349.
15. Mansour D, Verhoeven C, Sommer W, et al. Efficacy and tolerability of a monophasic combined oral contraceptive containing nomegestrol acetate and 17 β -oestradiol in a 24/4 regimen, in comparison to an oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone in a 21/7 regimen. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011;16(6):430-443.

4. Anticoncepción de solo progestágeno

Aspectos comunes:

- No contienen estrógenos, lo que los hace adecuados para mujeres con contraindicaciones para estrógenos.
- Pueden causar cambios en el patrón de sangrado menstrual.
- No aumentan el riesgo de tromboembolismo venoso.
- Seguros durante la lactancia.

4.1. Píldora de solo progestágeno (PSP)

Tipos:

- Desogestrel 75 µg
- Levonorgestrel 0.03 mg
- Drospirenona 4 mg

Eficacia:

- Uso perfecto: 99.7%
- Uso típico: 91%

Mecanismo de acción:

- Espesamiento del moco cervical
- Inhibición de la ovulación (principalmente con desogestrel y drospirenona)
- Atrofia endometrial

Ventajas:

- Puede usarse en mujeres con factores de riesgo cardiovascular
- No interfiere con la lactancia

Desventajas:

- Requiere toma diaria con horario estricto (sólo DRSP tiene acción más prolongada)
- Sangrado irregular común

4.2. Implantes y DIU de levonorgestrel

a) Implantes subdérmicos

Tipos:

- Etonogestrel 68 mg (Implanon®)

Eficacia: >99.9%

Duración: 3 años (aprobado para 5 años en algunos países)

- Levonorgestrel 75 mg x 2 (Jadell®)

Eficacia: >99 %

Duración: 5 años

Mecanismos de acción:

- Inhibición de la ovulación
- Espesamiento del moco cervical

Ventajas:

- Altamente eficaz
- Larga duración
- No requiere cumplimiento diario

Desventajas:

- Requiere inserción y extracción por profesional
- Sangrado irregular común

b) DIU de levonorgestrel (DIU-LNG)

Tipos:

- LNG 52 mg (Mirena®, Asertia®, Levosert®): duración 5 a 8 años
- LNG 19.5 mg (Kyleena®): duración 5 años
- LNG 13.5 mg (Jaydess®): duración 3 años

Eficacia: >99%

Mecanismo de acción:

- Espesamiento del moco cervical
- Atrofia endometrial
- Inhibición parcial de la ovulación

Ventajas:

- Altamente eficaz
- Reduce sangrado menstrual
- Puede tratar menorragia y dismenorrea

Desventajas:

- Requiere inserción por profesional
- Posible expulsión o perforación (raro)



Comparación entre métodos de solo progestágeno:

1. Eficacia:
 - El implante subdérmico y el DIU-LNG tienen la mayor eficacia (>99%)
 - La PSP tiene una eficacia menor debido a la necesidad de cumplimiento diario estricto
2. Duración:
 - Implante: 3-5 años
 - DIU-LNG: 3-8 años (dependiendo del tipo)
 - PSP: Uso diario continuo
3. Reversibilidad:
 - Todos los métodos son rápidamente reversibles tras su discontinuación
 - El implante y el DIU-LNG requieren inserción y extracción por profesional de salud.
4. Efectos en el patrón de sangrado:
 - PSP: Sangrado irregular común, posible amenorrea
 - Implante: Sangrado irregular frecuente, especialmente en los primeros meses
 - DIU-LNG: Tendencia a reducir el sangrado menstrual, posible amenorrea
5. Efectos secundarios:
 - Todos pueden causar efectos androgénicos leves (acné, aumento de vello)
 - El DIU-LNG tiene efectos más localizados y menos sistémicos.

6. Uso en poblaciones especiales:
 - Todos son seguros durante la lactancia
 - Adecuados para mujeres con contraindicaciones para estrógenos
 - El DIU-LNG puede ser beneficioso para mujeres con menorragia o endometriosis
7. Consideraciones prácticas:
 - PSP: Requiere disciplina para la toma diaria
 - Implante y DIU-LNG: Requieren procedimiento para inserción/extracción, pero ofrecen anticoncepción a largo plazo sin necesidad de cumplimiento diario
8. Costo-efectividad:
 - Los métodos de larga duración (implante y DIU-LNG) son generalmente más costo-efectivos a largo plazo
9. Aceptabilidad y continuación:
 - Los métodos de larga duración tienden a tener tasas de continuación más altas que la PSP
10. Retorno a la fertilidad:
 - Rápido para todos los métodos, incluyendo los implantes subcutáneos cuando se comparan con la PSP

Es importante considerar las características individuales, preferencias y necesidades de cada usuaria al elegir entre estos métodos. La consejería adecuada sobre los posibles efectos secundarios, especialmente los cambios en el patrón de sangrado, es crucial para mejorar la satisfacción y continuación del método elegido.

Bibliografía:

1. Gemzell-Danielsson K, Inki P, Heikinheimo O. Safety and efficacy of the levonorgestrel-releasing intrauterine system: recent insights. *Expert Rev Obstet Gynecol.* 2019;14(1):27-38.
2. Ali M, Bahamondes L, Landoulsi SB. Extended effectiveness of the etonogestrel-releasing contraceptive implant and the 20 µg levonorgestrel-releasing intrauterine system for 2 years beyond U.S. Food and Drug Administration product labeling. *Glob Health Sci Pract.* 2017;5(4):534-539.
3. Melo P, Reis S, Ribeiro C, et al. Desogestrel-only contraceptive pill versus a 20 µg ethinylestradiol/75 µg gestodene combined oral contraceptive: influence on thrombotic risk markers. *J Obstet Gynaecol.* 2020;40(3):388-394.
4. Palacios S, Colli E, Regidor PA. A multicenter, double-blind, randomized trial on the bleeding profile of a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. *Arch Gynecol Obstet.* 2019;300(6):1805-1812.
5. Bosco-Lévy P, Gouverneur A, Langlade C, et al. Safety of levonorgestrel 52 mg intrauterine system compared to copper intrauterine device: a population-based cohort study. *Contraception.* 2019;99(6):345-349.
6. Grentzer J, McNicholas C, Peipert JF. Use of the etonogestrel-releasing contraceptive implant. *Expert Rev Obstet Gynecol.* 2013;8(4):337-344.
7. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. *Contraception.* 2016;94(6):678-700.
8. Benagiano G, Gabelnick H, Brosens I. Long-acting hormonal contraception. *Womens Health (Lond).* 2015;11(6):749-757.

5. Anticoncepción en poblaciones especiales

5.1. Adolescentes

Aspectos significativos:

1. Las adolescentes son elegibles para usar cualquier método anticonceptivo y deben tener acceso a toda la variedad de opciones.
2. La eficacia del método es particularmente importante en este grupo etareo.
3. Los métodos que no dependen del uso diario pueden ser más apropiados para muchas adolescentes.
4. La confidencialidad y el acceso a los servicios son cruciales para el éxito de la anticoncepción en adolescentes.

Recomendaciones prácticas:

1. Proporcionar consejería integral que incluya información sobre todos los métodos disponibles.
2. Enfatizar la importancia del uso correcto y consistente del método elegido.
3. Discutir los beneficios no anticonceptivos de los métodos hormonales (control del acné, dismenorrea, etc.).
4. Abordar mitos y conceptos erróneos sobre la anticoncepción.
5. Promover el uso del condón en combinación con otros métodos para prevenir ITS.
6. Ofrecer seguimiento frecuente y acceso fácil a la atención.

Aspectos específicos:

1. **Métodos Reversibles de Larga Duración (LARC):**
 - Los LARC (implantes y DIU) son seguros y altamente efectivos en adolescentes.
 - No hay contraindicaciones basadas únicamente por edad.
 - Pueden ser apropiados incluso para nulíparas.
2. **Anticonceptivos orales combinados (AOC):**
 - Son seguros para la mayoría de las adolescentes.
 - Pueden ofrecer beneficios no anticonceptivos atractivos para este grupo etareo.
3. **Parche y anillo vaginal:**
 - Pueden ser opciones atractivas por su facilidad de uso.
 - El cumplimiento puede ser mejor que con los AOC.
4. **Métodos de solo progestágeno:**
 - Son opciones seguras, especialmente para adolescentes con contraindicaciones para estrógenos.
5. **Anticoncepción de emergencia:**
 - Debe ser fácilmente accesible para adolescentes.
 - Proporcionar información sobre su uso correcto y limitaciones.
6. **Consideraciones especiales:**
 - Abordar preocupaciones sobre fertilidad futura.
 - Discutir los efectos secundarios potenciales, especialmente los cambios en el patrón de sangrado.
 - Considerar las barreras potenciales para el acceso y cumplimiento (costo, privacidad, etc.).

Información adicional y recomendaciones prácticas:

1. Enfoque centrado en el adolescente:

- Utilizar un lenguaje apropiado para la edad y nivel de comprensión.
- Respetar la autonomía y las decisiones informadas del adolescente.
- Involucrar a los padres o tutores cuando sea apropiado, manteniendo la confidencialidad.

2. Evaluación integral:

- Realizar una historia clínica completa, incluyendo antecedentes sexuales y reproductivos.
- Evaluar el riesgo de ITS y ofrecer pruebas de detección cuando sea necesario.
- Considerar la posibilidad de abuso o coerción sexual.

3. Educación y consejería:

- Proporcionar información sobre anatomía y fisiología reproductiva.
- Discutir los riesgos y beneficios de la actividad sexual.
- Abordar la importancia de la protección dual (contra embarazo e ITS).

4. Manejo de efectos secundarios:

- Anticipar y discutir los posibles efectos secundarios antes de iniciar un método.
- Ofrecer estrategias para manejar efectos secundarios comunes.
- Asegurar un fácil acceso para el seguimiento y manejo de problemas.

5. Continuidad de la atención:

- Programar visitas de seguimiento más frecuentes para adolescentes.
- Utilizar recordatorios (llamadas, mensajes de texto) para mejorar la adherencia.
- Ofrecer opciones para la comunicación entre visitas (telemedicina, consultas telefónicas).

6. Consideraciones psicosociales:

- Evaluar el contexto social y familiar del adolescente.
- Abordar posibles barreras para el acceso y uso de anticonceptivos.
- Proporcionar recursos para apoyo psicosocial cuando sea necesario.

7. Promoción de la salud sexual integral:

- Incluir educación sobre relaciones saludables y consentimiento.
- Abordar temas de imagen corporal y autoestima.
- Proporcionar información sobre prevención de cáncer cervical y mamario.

8. Manejo de situaciones especiales:

- Anticoncepción postparto en adolescentes.
- Anticoncepción para adolescentes con condiciones médicas crónicas.
- Manejo de la anticoncepción en adolescentes con discapacidades.

9. Colaboración interdisciplinaria:

- Establecer vínculos con servicios de salud mental y trabajo social.
- Coordinar la atención con pediatras y médicos de atención primaria.
- Colaborar con educadores y programas comunitarios de salud sexual.

10. Aspectos legales y éticos:

- Conocer las leyes locales sobre el consentimiento de menores para servicios de salud reproductiva.
- Mantener la confidencialidad dentro de los límites legales y éticos.
- Abordar situaciones de abuso o negligencia según los protocolos establecidos.

11. **Uso de tecnología:**
 - Recomendar aplicaciones móviles confiables para el seguimiento del ciclo menstrual y recordatorios de anticonceptivos.
 - Utilizar plataformas digitales para proporcionar información y educación sobre salud sexual.
 - Considerar la telemedicina para mejorar el acceso a la atención, especialmente en áreas rurales o de difícil acceso.
12. **Prevención de embarazos repetidos:**
 - Proporcionar consejería intensiva sobre anticoncepción a adolescentes que ya han tenido un embarazo.
 - Promover el uso de LARC en el período postparto inmediato.
 - Ofrecer apoyo continuo y seguimiento cercano.
13. **Manejo de la menstruación:**
 - Discutir opciones para el manejo de problemas menstruales (dismenorrea, sangrado abundante).
 - Considerar el uso de anticonceptivos hormonales para el manejo de trastornos menstruales.
14. **Capacitación del personal de salud:**
 - Asegurar que los proveedores de salud estén capacitados en la atención amigable para adolescentes.
 - Fomentar la sensibilidad cultural y la competencia en la atención a diversos grupos de adolescentes.

Bibliografía

1. Committee on Adolescence. *Contraception for Adolescents*. *Pediatrics*. 2020;146(4):e2020007245.
2. World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 5th ed. Geneva: WHO; 2015. (Actualización disponible en línea)
3. Goesling B, Colman S, Trenholm C, Terzian M, Moore K. Programs to Reduce Teen Pregnancy, Sexually Transmitted Infections, and Associated Sexual Risk Behaviors: A Systematic Review. *J Adolesc Health*. 2014;54(5):499-507.
4. Dickson J, Ashcroft J, Elsheikh A, et al. FSRH Clinical Guideline: Contraception for women aged under 18 years (January 2023). *BMJ Sex Reprod Health*. 2023;49(2):78-88.
5. Jatlaoui TC, Riley HEM, Curtis KM. The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. *Contraception*. 2017;95(1):17-39.
6. Pritt NM, Norris AH, Berlan ED. Barriers and Facilitators to Adolescents' Use of Long-Acting Reversible Contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017;30(1):18-22.
7. Daniels K, Abma JC. Current Contraceptive Status Among Women Aged 15-49: United States, 2017-2019. *NCHS Data Brief*. 2020;(388):1-8.
8. Aiken ARA, Borrero S, Callegari LS, Dehlendorf C. Rethinking the Pregnancy Planning Paradigm: Unintended Conceptions or Unrepresentative Concepts? *Perspect Sex Reprod Health*. 2016;48(3):147-151.
9. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):659-673.
10. McNicholas C, Peipert JF. Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012;24(5):293-298.
11. Ott MA, Sucato GS; Committee on Adolescence. *Contraception for Adolescents*. *Pediatrics*. 2014;134(4):e1257-e1281.
12. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1-103.
13. Santelli JS, Kantor LM, Grilo SA, et al. Abstinence-Only-Until-Marriage: An Updated Review of U.S. Policies and Programs and Their Impact. *J Adolesc Health*. 2017;61(3):273-280.



14. Lindberg L, Santelli J, Desai S. *Understanding the Decline in Adolescent Fertility in the United States, 2007-2012. J Adolesc Health.* 2016;59(5):577-583.
15. Chandra-Mouli V, McCarraher DR, Phillips SJ, Williamson NE, Hainsworth G. *Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. Reprod Health.* 2014;11(1):1.
16. Secura GM, Madden T, McNicholas C, et al. *Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. N Engl J Med.* 2014;371(14):1316-1323.
17. Dehlendorf C, Grumbach K, Schmittiel JA, Steinauer J. *Shared decision making in contraceptive counseling. Contraception.* 2017;95(5):452-455.

Estas recomendaciones y recursos adicionales proporcionan una base sólida para la atención anticonceptiva integral de adolescentes. Es importante adaptar estas pautas a las necesidades individuales de cada adolescente y al contexto local, considerando factores culturales, sociales y legales. La atención a adolescentes debe ser dinámica y estar en constante evolución para abordar los desafíos cambiantes que enfrenta esta población en materia de salud sexual y reproductiva.

5.2. Perimenopausia

Aspectos significativos:

1. La perimenopausia es el período de transición hacia la menopausia, caracterizado por irregularidades menstruales y fluctuaciones hormonales.
2. Las mujeres en esta etapa aún pueden concebir y necesitan anticoncepción efectiva hasta un año después de la menopausia.
3. Los cambios hormonales pueden afectar la eficacia y tolerabilidad de algunos métodos anticonceptivos.
4. La anticoncepción en esta etapa debe considerar también el manejo de síntomas perimenopáusicos y la prevención de problemas de salud a largo plazo.

Recomendaciones prácticas:

1. Realizar una evaluación integral de salud, incluyendo factores de riesgo cardiovascular y oncológicos.
2. Considerar los beneficios no anticonceptivos al elegir un método (control de sangrado, alivio de síntomas vasomotores).
3. Discutir la transición a la terapia hormonal de la menopausia cuando sea apropiado.
4. Proporcionar consejería sobre cambios en la fertilidad y sexualidad durante esta etapa.

Aspectos específicos:

1. **Métodos hormonales combinados:**
 - Pueden usarse hasta los 55 o más años en mujeres sanas, no fumadoras (preferir E2 o E4)
 - Ofrecen beneficios como regulación del ciclo y alivio de síntomas vasomotores.
 - Contraindicados en mujeres con factores de riesgo cardiovascular significativos.
2. **Métodos de solo progestágeno:**
 - Opciones seguras para mujeres con contraindicaciones para estrógenos.
 - El DIU-LNG es particularmente beneficioso para el manejo de sangrado abundante.
3. **Dispositivos intrauterinos:**
 - Tanto el DIU-Cu como el DIU-LNG son excelentes opciones.
 - Proporcionan anticoncepción a largo plazo sin afectar la transición menopáusica natural.

4. **Métodos permanentes:**
 - La esterilización puede ser opción para la mujer que lo desee, independiente de su paridad.
 - Discutir la irreversibilidad del procedimiento.
5. **Métodos no hormonales:**
 - Pueden ser preferidos por mujeres que desean evitar hormonas.
 - Incluir consejería sobre métodos de barrera y planificación familiar natural.
6. **Manejo de síntomas perimenopáusicos:**
 - Los AHC o el DIU-LNG pueden ayudar con irregularidades menstruales y sangrado abundante.
 - Considerar anticoncepción con estradiol o estetrol cuando existen síntomas vasomotores en ausencia de contraindicación, si no preferir opciones no hormonales.
7. **Transición a la menopausia:**
 - Determinar el cese de la fertilidad (FSH sin suspender MAC) mientras se usa anticoncepción hormonal.
 - Planificar el uso de la terapia hormonal de la menopausia cuando se confirme el cese de la fertilidad.

Información adicional y recomendaciones prácticas:

1. **Evaluación de la etapa perimenopáusica:**
 - Considerar medición de FSH sin suspender AH o en PLH en usuaria cuando existe duda de su fertilidad (FSH>40 razonablemente sugiere su cese).
 - Evaluar síntomas como irregularidades menstruales, sofocos, cambios de humor.
2. **Manejo del sangrado irregular:**
 - El DIU-LNG puede ser particularmente útil para manejar el sangrado abundante.
 - Los AHC en régimen extendido pueden proporcionar mejor control del ciclo.
3. **Consideraciones sobre densidad ósea:**
 - Los métodos con estrógenos pueden tener un efecto protector sobre la densidad ósea.
 - Evaluar la necesidad de suplementación de calcio y vitamina D.
4. **Riesgo cardiovascular:**
 - Realizar una evaluación exhaustiva de factores de riesgo cardiovascular antes de prescribir métodos hormonales combinados.
 - Considerar métodos no hormonales o de solo progestágeno en mujeres con riesgo cardiovascular elevado.
5. **Síntomas vasomotores:**
 - Los AHC o la terapia hormonal de la menopausia pueden aliviar los sofocos.
 - Discutir opciones no hormonales para mujeres con contraindicaciones para estrógenos.
6. **Salud sexual:**
 - Abordar problemas de sequedad vaginal y disminución de la libido.
 - Considerar el uso de lubricantes o estrógenos vaginales locales cuando sea apropiado.
7. **Prevención de cáncer:**
 - Mantener el tamizaje de cáncer de mama y cervical según las guías actuales.
 - Discutir los beneficios y riesgos de los métodos hormonales en relación con el riesgo de cáncer.



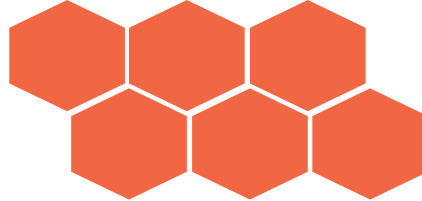


8. ***Transición a la menopausia:***
 - Planificar la discontinuación de la anticoncepción y la posible transición a la terapia hormonal de la menopausia.
 - Considerar interrumpir los AHC a los 55 años para evaluar el estado menopáusico.
9. ***Aspectos psicosociales:***
 - Abordar preocupaciones sobre el envejecimiento y los cambios corporales.
 - Proporcionar información sobre estilos de vida saludables para la transición menopáusica.
10. ***Seguimiento:***
 - Programar visitas anuales para reevaluar el método anticonceptivo y la salud general.
 - Ajustar el método según los cambios en la salud y las necesidades de la usuaria.
11. ***Manejo de comorbilidades:***
 - Considerar la interacción entre la anticoncepción y los tratamientos de condiciones médicas comunes en esta edad (hipertensión, diabetes, etc.).
 - Coordinar el cuidado con otros especialistas cuando sea necesario.
12. ***Educación sobre fertilidad:***
 - Informar sobre la disminución de la fertilidad, pero enfatizar que el embarazo aún es posible.
 - Discutir los riesgos asociados con el embarazo en edad avanzada.
13. ***Opciones no hormonales:***
 - Proporcionar información sobre métodos de barrera y su correcta utilización.
 - Discutir la efectividad de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad en esta etapa de transición.
14. ***Consideraciones sobre el estilo de vida:***
 - Enfatizar la importancia de una dieta saludable, ejercicio regular y no fumar.
 - Discutir estrategias para manejar el estrés y mejorar la calidad del sueño.
15. ***Manejo de efectos secundarios:***
 - Abordar proactivamente los posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.
 - Ofrecer estrategias para manejar efectos como sangrado irregular o cambios de humor.

Uso de estrógenos naturales endógenos en la perimenopausia:

Los anticonceptivos con estrógenos naturales, como el estradiol o el estetrol, pueden ser particularmente beneficiosos para mujeres en la perimenopausia por las siguientes razones:

1. Perfil metabólico más favorable: Los estrógenos naturales tienen menos impacto en la síntesis de proteínas hepáticas, lo que puede resultar en un menor riesgo de eventos tromboembólicos.
2. Mejor manejo de síntomas perimenopáusicos: Pueden ser más efectivos en el alivio de síntomas como sofocos y sequedad vaginal, debido a su similitud con los estrógenos endógenos.
3. Transición más suave de la perimenopausia a la menopausia: El uso de estrógenos naturales puede facilitar la transición a la terapia hormonal de la menopausia, cuando sea necesaria.
4. Menor impacto en la presión arterial: Los estrógenos naturales tienen un efecto neutral o incluso beneficioso sobre la presión arterial, lo cual es importante en este grupo etareo.
5. Potencial efecto protector cardiovascular: Algunos estudios sugieren que los estrógenos naturales podrían tener un efecto cardioprotector cuando se inician cerca de la menopausia.



OPCIONES DISPONIBLES

- Valerato de estradiol/dienogest (Qlaira®)
- 17 β -estradiol/nomegestrol (varias opciones comerciales)
- Estetrol/drospirenona (Drovelis®)

Fundamentos:

Varios estudios han demostrado que estas formulaciones tienen un impacto menor en los marcadores de coagulación y el metabolismo de los lípidos en comparación con los AHC que contienen etinilestradiol.

¿Cómo determinar cuándo ya no se necesita anticoncepción en la perimenopausia?

Determinar el momento exacto en que una mujer ya no necesita anticoncepción puede ser desafiante, especialmente si está usando métodos hormonales que pueden enmascarar los signos de la menopausia. Sin embargo, se pueden seguir estas pautas:

1. Edad: La anticoncepción generalmente puede suspenderse a los 55 años, ya que la probabilidad de ovulación después de esta edad es extremadamente baja.
2. Medición de FSH: En mujeres que no usan anticoncepción hormonal, dos mediciones de FSH por encima de 30 UI/L con 6-8 semanas de diferencia pueden indicar la menopausia.
3. Evaluación de síntomas: La presencia de síntomas menopáusicos como sofocos, sudores nocturnos y sequedad vaginal pueden ser indicativos, pero no son concluyentes.
4. Interrupción temporal de la anticoncepción hormonal: En mujeres mayores de 50 años, se puede considerar interrumpir la anticoncepción hormonal durante 3-6 meses para evaluar si hay retorno de la menstruación, si no tiene riesgo de embarazo.
5. Uso de métodos no hormonales: Considerar el cambio a métodos no hormonales (como DIU de cobre) después de los 50 años para permitir la evolución natural de la transición menopáusica.
6. Prueba de progesterona: En mujeres con amenorrea, la falta de sangrado después de una prueba de progesterona puede indicar menopausia.

Precisiones:

- Se considera que una mujer ha alcanzado la menopausia cuando ha transcurrido un año completo desde su última menstruación.
- Para mujeres que usan anticonceptivos hormonales combinados, se recomienda discontinuar su uso a los 55 años, ya que la probabilidad de ovulación después de esta edad es extremadamente baja.
- En mujeres que usan métodos de solo progestágeno, estos pueden continuarse hasta los 55 años, momento en el cual se puede considerar su discontinuación.
- Para mujeres con factores de riesgo de menopausia tardía (como obesidad, historia familiar), puede ser prudente continuar la anticoncepción hasta los 55-56 años.

Recomendaciones prácticas para determinar el fin de la necesidad anticonceptiva:

1. Mujeres que no usan anticoncepción hormonal:
 - Monitorear la frecuencia y regularidad de los ciclos menstruales.
 - Realizar mediciones seriadas de FSH si hay sospecha de menopausia.
 - Considerar la anticoncepción innecesaria después de un año de amenorrea.
2. Mujeres que usan anticoncepción hormonal combinada:
 - A los 50-51 años, considerar cambiar a un método no hormonal o de solo progestágeno, sólo en caso de riesgo de uso AHC. Preferir AOC con estrógenos naturales endógenos (estradiol o estetrol).
 - A los 55 años considerar discontinuar y evaluar el estado menopáusico.
3. Mujeres que usan métodos de solo progestágeno:
 - Pueden continuar hasta los 55 años.
 - Monitorear síntomas menopáusicos y considerar mediciones de FSH si es necesario.
4. Mujeres con DIU:
 - El DIU- TCu puede mantenerse hasta la menopausia confirmada.
 - El DIU-LNG puede mantenerse hasta los 55 años o hasta que se requiera su reemplazo.
5. Evaluación individualizada:
 - Considerar factores como la salud general, preferencias personales y riesgo de embarazo no deseado.
 - Discutir los beneficios y riesgos de continuar o discontinuar la anticoncepción.

Consideraciones adicionales:

1. **Transición a la terapia hormonal de la menopausia (THM):**
 - Para mujeres que han estado usando anticonceptivos hormonales y requieren alivio de los síntomas menopáusicos, se puede considerar una transición directa a THM.
 - La dosis de estrógenos en la THM es generalmente menor que en los anticonceptivos, por lo que puede ser necesario un ajuste gradual.
2. **Seguimiento a largo plazo:**
 - Programar visitas de seguimiento regulares para reevaluar la necesidad de anticoncepción y monitorear la salud general.
 - Considerar la detección de osteoporosis y enfermedades cardiovasculares una vez confirmada la menopausia.
3. **Manejo de sangrados inesperados:**
 - En mujeres que han discontinuado la anticoncepción después de los 55 años, cualquier sangrado debe ser investigado para descartar patologías endometriales.
4. **Consideraciones sobre la sexualidad:**
 - Abordar los cambios en la función sexual que pueden ocurrir durante la transición menopáusica.
 - Proporcionar información sobre opciones para manejar la sequedad vaginal y la disminución de la libido.

5. **Salud ósea:**
 - Considerar la suplementación con calcio y vitamina D, especialmente después de discontinuar los anticonceptivos hormonales.
Discutir estrategias para mantener la densidad ósea, incluyendo ejercicio y dieta adecuada.
6. **Riesgo cardiovascular:**
 - Reevaluar el riesgo cardiovascular después de la menopausia, ya que puede aumentar.
 - Considerar la necesidad de exámenes adicionales como perfil lipídico o pruebas de estrés cardíaco.
7. **Tamizaje para cáncer:**
 - Mantener las recomendaciones de cribado para cáncer de mama y cervical según las guías actuales.
 - Informar sobre los cambios en el riesgo de cáncer asociados con la menopausia y el uso previo de anticonceptivos hormonales.

Consideraciones finales:

1. **Enfoque multidisciplinario:**
 - Colaborar con otros especialistas (endocrinólogos, cardiólogos) para un manejo integral de la salud de la mujer en la transición menopáusica.
2. **Educación continua:**
 - Proporcionar información actualizada sobre los cambios fisiológicos y psicológicos asociados con la perimenopausia y la menopausia.
 - Ofrecer recursos educativos sobre estilos de vida saludables para esta etapa de la vida.
3. **Apoyo psicosocial:**
 - Considerar la derivación a grupos de apoyo o terapia psicológica si es necesario para manejar los aspectos emocionales de la transición menopáusica.
4. **Manejo de comorbilidades:**
 - Estar atento a la aparición o exacerbación de condiciones como hipertensión, diabetes o dislipidemia durante esta etapa.
5. **Consideraciones sobre la fertilidad:**
 - Aunque la fertilidad disminuye significativamente en la perimenopausia, discutir las opciones de preservación de la fertilidad si es relevante para la paciente.
6. **Uso de terapias complementarias:**
 - Discutir el papel de terapias complementarias (como fitoestrógenos, acupuntura) en el manejo de síntomas menopáusicos, basándose en la evidencia científica disponible.
7. **Seguimiento a largo plazo:**
 - Establecer un plan de seguimiento a largo plazo para monitorear la salud general y manejar los riesgos asociados con la postmenopausia.
8. **Actualización continua:**
 - Mantenerse informado sobre las últimas investigaciones y recomendaciones en el campo de la salud de la mujer en la mediana edad, ya que es un área en constante evolución.



Es fundamental recordar que el manejo de la anticoncepción y la transición a la menopausia en mujeres perimenopáusicas debe ser individualizado.

Cada usuaria experimentará esta etapa de manera única, y las decisiones sobre anticoncepción y manejo de síntomas deben basarse en una evaluación integral de su salud, preferencias personales y factores de riesgo individuales.

La comunicación abierta, la educación y la toma de decisiones compartidas son elementos clave para proporcionar una consejería óptima durante esta etapa de transición en la vida de la mujer.

Bibliografía:

1. Hardman SM, Gebbie AE. The contraception needs of the perimenopausal woman. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(6):903-915.
2. Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(6): 580.e1-580.e9.
3. Gaussem P, Alhenc-Gelas M, Thomas JL, et al. Haemostatic effects of a new combined oral contraceptive, nomegestrol acetate/17 β -estradiol, compared with those of levonorgestrel/ethinyl estradiol. A double-blind, randomised study. *Thromb Haemost.* 2011;105(3):560-567.
4. Bitzer J, Paoletti AM. Added benefits and user satisfaction with a low-dose oral contraceptive containing drospirenone: results of three multicentre trials. *Clin Drug Investig.* 2009;29(2):73-78.
5. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med.* 2012;366(24):2257-2266.
6. Palmery M, Saraceno A, Vaiarelli A, Carlomagno G. Oral contraceptives and changes in nutritional requirements. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013;17(13):1804-1813.
7. The ESHRE Guideline Group on POI, Webber L, Davies M, et al. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. *Hum Reprod.* 2016;31(5):926-937.
8. Contraception for women aged over 40 years. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Clinical Guidance. 2017; updated 2019. Available from: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-guidance-contraception-for-women-aged-over-40-years-2017/>
9. Nappi RE, Kaunitz AM, Bitzer J. Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016;21(2):106-115.
10. Steinkellner A, Dennerstein L, Holte J, et al. Guidance on management of the menopause. *Hum Reprod Open.* 2021;2021(2): hoab009.
11. Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric.* 2016;19(2):109-150.
12. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(11):3975-4011.
13. Contraception for Perimenopausal Women. Committee Opinion No. 734. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2018;131:e163-71.
14. Santen RJ, Allred DC, Ardoin SP, et al. Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society scientific statement. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95(7 Suppl 1):s1-s66.
15. Thurston RC, Joffe H. Vasomotor Symptoms and Menopause: Findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011;38(3):489-501.
16. Mishra GD, Kuh D. Health symptoms during midlife in relation to menopausal transition: British prospective cohort study. *BMJ.* 2012;344: e402.

17. Manson JE, Kaunitz AM. Menopause Management—Getting Clinical Care Back on Track. *N Engl J Med.* 2016;374(9):803-806.
18. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015;44(3):497-515.
19. Lobo RA. Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nat Rev Endocrinol.* 2017;13(4):220-231.
20. Baber RJ. Contraception for midlife women: a review. *Climacteric.* 2020;23(3):227-232.
21. Kaunitz AM. Clinical practice. Hormonal contraception in women of older reproductive age. *N Engl J Med.* 2008;358(12):1262-1270.
22. Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause.* 2014;21(10):1038-1062.
23. Santen RJ, Allred DC, Ardoin SP, et al. Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society scientific statement. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95(7 Suppl 1):s1-s66.
24. Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric.* 2016;19(2):109-150.
25. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100(11):3975-4011
26. Manson JE, Kaunitz AM. Menopause Management—Getting Clinical Care Back on Track. *N Engl J Med.* 2016;374(9):803-806.
27. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015;44(3):497-515.
28. Chlebowski RT, Anderson GL, Aragaki AK, et al. Association of Menopausal Hormone Therapy With Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-term Follow-up of the Chlebowski RT, Anderson GL, Aragaki AK, et al. Association of Menopausal Hormone Therapy With Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-term Follow-up of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA.* 2020;324(4):369-380.
29. Lobo RA. Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nat Rev Endocrinol.* 2017;13(4):220-231.
30. Baber RJ. Contraception for midlife women: a review. *Climacteric.* 2020;23(3):227-232.
31. Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause.* 2014;21(10):1038-1062.

5.3. Posparto y lactancia

Aspectos significativos:

1. El retorno de la fertilidad en el posparto es variable y puede ocurrir antes de la primera menstruación.
2. La lactancia exclusiva puede proporcionar protección anticonceptiva (método MELA) durante los primeros 6 meses si se cumplen criterios específicos (amenorrea de 6 o más meses).
3. La elección del método anticonceptivo debe considerar el tiempo transcurrido desde el parto y método elegido por la usuaria.
4. Algunos métodos anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente después del parto.



Tabla 5. Resumen de las consideraciones de anticoncepción durante la lactancia

Aspecto	Detalles
Retorno de Fertilidad	- Variable, puede ocurrir antes de la primera menstruación.
Método MELA	- Protección anticonceptiva durante los primeros 6 meses si se cumplen criterios: lactancia exclusiva, amenorrea, bebé menor de 6 meses. - Eficaz hasta un 98%.
Elección de Método	- Considerar: deseo de lactancia, patrón de alimentación del lactante, tiempo desde el parto.
Inicio de Métodos	- Algunos métodos pueden iniciarse inmediatamente después del parto.

Recomendaciones Prácticas

Recomendación	Descripción
1. Discutir Anticoncepción	Hablar sobre el método de anticoncepción antes del alta de la sala de maternidad del posparto.
2. Información sobre Fertilidad	Proporcionar información sobre el retorno de la fertilidad y los riesgos de intervalos intergenésicos cortos.
3. Métodos de Larga Duración	Considerar la iniciación inmediata de métodos de larga duración en el posparto.
4. Educación sobre MELA	Educar sobre el uso correcto del método MELA si es aplicable.
5. Seguimiento	Realizar seguimiento para reevaluar el método anticonceptivo elegido.

Aspectos Específicos

Método	Descripción
MELA	<ul style="list-style-type: none">- Eficaz hasta un 98% si se cumplen criterios.- Requiere educación detallada sobre su uso correcto.
Métodos no hormonales	<ul style="list-style-type: none">- Condones y diafragma: uso inmediato después del parto.- DIU TCu: insertable inmediatamente o hasta 4 semanas después del parto.
Métodos de solo progestágeno	<ul style="list-style-type: none">- Seguros durante la lactancia.- Píldora solo progestágeno: inicio inmediato- Implante: puede insertarse antes del alta.- Inyectable (DMPA): iniciar 6 semanas después.
Métodos combinados	<ul style="list-style-type: none">- No recomendados en las primeras 6 semanas postparto.- En no lactantes, se pueden iniciar a partir de 3 semanas postparto sin factores de riesgo tromboembólicos.
Esterilización	<ul style="list-style-type: none">- Ligadura o salpingectomía: puede realizarse inmediatamente después del parto o en días siguientes.- Requiere consejería sobre la irreversibilidad.

Bibliografía

1. World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed.* Geneva: WHO; 2015. (Actualización disponible en línea)
2. Committee on Obstetric Practice. *Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care.* *Obstet Gynecol.* 2018;131(5): e140-e150.
3. Jackson E, Glasier A. *Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review.* *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):657-662.
4. Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, Chen M, Truitt ST, Gallo MF. *Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3):CD003988.
5. Brunson MR, Klein DA, Olsen CH, Weir LF, Roberts TA. *Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system.* *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(1):55. e1-55. e9.

6. Anticoncepción en situaciones clínicas especiales

6.1. Obesidad y síndrome metabólico

Aspectos significativos:

1. La obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) y el síndrome metabólico pueden afectar la eficacia y seguridad de algunos métodos anticonceptivos.
2. El riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) está aumentado en mujeres obesas y puede incrementarse aún más con ciertos anticonceptivos hormonales.
3. La eficacia de algunos métodos anticonceptivos puede estar reducida en mujeres con obesidad.
4. El síndrome metabólico implica un mayor riesgo cardiovascular que debe considerarse al elegir un método anticonceptivo.

Recomendaciones prácticas:

1. Realizar una evaluación completa de factores de riesgo cardiovascular antes de prescribir anticonceptivos hormonales.
2. Considerar métodos de larga duración reversibles (LARC) como primera opción.
3. Monitorizar el peso y los parámetros metabólicos regularmente en usuarias de anticonceptivos hormonales.
4. Proporcionar consejería sobre estilos de vida saludables junto con la anticoncepción.

Anticoncepción hormonal en obesidad y síndrome metabólico:

1. Anticonceptivos orales combinados (AOC)

Indicaciones:

- Mujeres con $\text{IMC} < 35 \text{ kg/m}^2$ sin factores de riesgo cardiovascular adicionales.

Contraindicaciones:

- $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ (UKMEC 3)
- Síndrome metabólico con múltiples factores de riesgo cardiovascular (UKMEC 3/4)

Consideraciones:

- Preferir formulaciones con levonorgestrel o desogestrel o drospirenona como progestágeno.
- Evitar en mujeres con obesidad mórbida ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$)
- Usuarias $\text{IMC} > 30$ y < 35 preferir AOC con E4 y E2

2. Parche transdérmico y anillo vaginal:

Indicaciones:

- Similar a los AOC, pero con más precaución debido a una posible mayor exposición hormonal.

Contraindicaciones:

- $\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ (UKMEC 3)
- Síndrome metabólico (UKMEC 3/4)

3. Métodos de solo progestágeno:

a) Píldora de solo progestágeno (PSP):

Indicaciones:

- Opción segura para la mayoría de las mujeres con obesidad o síndrome metabólico.

Contraindicaciones:

- No hay contraindicaciones absolutas basadas solo en el IMC.

b) Implante subdérmico:

Indicaciones:

- Altamente recomendado, sin restricciones basadas en el IMC.
- Consideraciones: Posible disminución de la eficacia en mujeres con IMC muy alto, considerar reemplazo más temprano.

c) Inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA):

Indicaciones:

- Puede usarse en mujeres con obesidad.

Consideraciones:

- Monitorizar el aumento de peso y los cambios en el metabolismo de los lípidos.
- Usar con precaución con 2 o más factores de riesgo CVC (> riesgo de TVE)

4. Dispositivo intrauterino (DIU):

Indicaciones:

- Tanto el DIU de cobre como el DIU-LNG son excelentes opciones para mujeres con obesidad o síndrome metabólico.
- No hay restricciones basadas en el IMC.

Opciones de anticoncepción recomendadas (en orden de preferencia):

1. DIU (cobre o levonorgestrel)
2. Implante subdérmico
3. Métodos de solo progestágeno (PSP, DMPA)
4. AOC de baja dosis (en mujeres con IMC <35 kg/m² sin otros factores de riesgo)
5. Métodos de barrera (condones, diafragma)

Criterios de elegibilidad del Reino Unido (UKMEC) para obesidad y síndrome metabólico:

IMC ≥ 30 - < 35 kg/m²:

- AOC, parche, anillo: UKMEC 2
- POP, implante, DMPA, DIU-Cu, DIU-LNG: UKMEC 1

IMC ≥ 35 kg/m²:

- AOC, parche, anillo: UKMEC 3
- PSP, implante, DMPA, DIU-Cu, DIU-LNG: UKMEC 1
- **Síndrome metabólico:**
- AOC, parche, anillo: UKMEC 3/4 (según la severidad de los factores de riesgo)
- PSP, implante, DMPA, DIU-Cu, DIU-LNG: UKMEC 2

Consideraciones adicionales:

1. Eficacia:

- La eficacia de los anticonceptivos orales y el parche puede estar reducida en mujeres con IMC > 35 kg/m².
- El implante puede tener una eficacia ligeramente reducida en mujeres con obesidad mórbida.

2. Farmacocinética:

- La absorción y el metabolismo de las hormonas pueden estar alterados en la obesidad.
- Puede haber una mayor variabilidad en los niveles séricos de hormonas.

3. Riesgo de TEV:

- El riesgo de TEV aumenta con el IMC y puede ser aún mayor con el uso de AHC.
- Los métodos de solo progestágeno tienen un riesgo menor de TEV comparado con los AHC.

4. Beneficios no anticonceptivos:

- El DIU-LNG y los métodos de solo progestágeno pueden ayudar a manejar el sangrado menstrual abundante (DIU - LNG con 52 mg y no de menor dosis), común en mujeres con obesidad.

5. Seguimiento:

- Monitorizar regularmente el peso, la presión arterial y los parámetros metabólicos.
- Considerar la reevaluación del método anticonceptivo si hay cambios significativos en el peso o en los factores de riesgo cardiovascular.

Consideraciones adicionales:

- 1. Manejo del sangrado:**
 - Las mujeres obesas tienen mayor riesgo de sangrado menstrual abundante y trastornos endometriales.
 - El DIU-LNG puede ser particularmente beneficioso para manejar estos problemas.
- 2. Anticoncepción de emergencia:**
 - La eficacia del levonorgestrel para anticoncepción de emergencia puede estar reducida en mujeres con IMC $>30 \text{ kg/m}^2$.
 - El acetato de Ulipristal o el DIU de cobre son opciones preferibles para anticoncepción de emergencia en mujeres obesas.
- 3. Cirugía bariátrica:**
 - La absorción de anticonceptivos orales puede estar afectada después de cirugías que alteran el tracto gastrointestinal.
 - Se recomienda el uso de métodos no orales (LARC, inyectables no combinados) en mujeres que han tenido cirugía bariátrica reciente.
- 4. Síndrome de ovario poliquístico (SOP):**
 - Común en mujeres con obesidad y síndrome metabólico.
 - Los AOC pueden ofrecer beneficios adicionales en el manejo del SOP, pero deben sopesarse contra los riesgos en mujeres obesas.



5. **Consideraciones psicosociales:**
 - Abordar posibles preocupaciones sobre el aumento de peso con anticonceptivos hormonales.
 - Proporcionar consejería sensible y no estigmatizante sobre el peso y la salud reproductiva.
6. **Evaluación del riesgo cardiovascular:**
 - Utilizar herramientas de evaluación de riesgo cardiovascular para guiar la elección del método anticonceptivo.
 - Considerar la derivación a un especialista en casos de alto riesgo cardiovascular.
7. **Interacciones medicamentosas:**
 - Tener en cuenta posibles interacciones con medicamentos comúnmente utilizados en el síndrome metabólico (por ejemplo: metformina, estatinas).
8. **Fertilidad futura:**
 - Discutir el impacto de la obesidad en la fertilidad y los beneficios de alcanzar un peso saludable antes de la concepción.
9. **Seguimiento a largo plazo:**
 - Establecer un plan de seguimiento regular para reevaluar el método anticonceptivo y monitorizar los parámetros metabólicos.
10. **Educación y prevención:**
 - Incorporar educación sobre estilos de vida saludables y prevención de la obesidad en la consejería anticonceptiva.
11. **Consejería preconcepcional:**
 - Ofrecer consejería sobre los riesgos del embarazo asociados con la obesidad.
 - Discutir estrategias para optimizar la salud antes de la concepción, incluyendo la pérdida de peso y el control de comorbilidades.
12. **Manejo multidisciplinario:**
 - Colaborar con endocrinólogos, nutricionistas y especialistas en obesidad para un enfoque integral.
 - Coordinar el cuidado con otros profesionales de la salud involucrados en el manejo del síndrome metabólico.
13. **Monitoreo de la presión arterial:**
 - Realizar mediciones precisas de la presión arterial utilizando manguitos de tamaño adecuado para usuarias obesas.
 - Considerar el monitoreo ambulatorio de la presión arterial en casos dudosos.
14. **Tromboprofilaxis:**
 - Evaluar el riesgo tromboembólico individual utilizando herramientas validadas.
 - Considerar la tromboprofilaxis en situaciones de alto riesgo (por ejemplo, cirugía, inmovilización prolongada).
15. **Aspectos prácticos de la inserción de DIU:**
 - Utilizar técnicas y equipos adaptados para la inserción de DIU en mujeres obesas.
 - Considerar el uso de guía ecográfica si es necesario.

16. **Consejería sobre métodos de barrera:**
 - Proporcionar información sobre la disponibilidad de condones y diafragmas de tamaños mayores si es necesario.
 - Enfatizar la importancia del uso correcto y consistente de estos métodos.
17. **Seguimiento de la eficacia:**
 - En mujeres con obesidad mórbida usuarias de implantes, considerar la medición de niveles séricos de etonogestrel si hay preocupación sobre la eficacia.
18. **Manejo del acné:**
 - Los AHC pueden ser beneficiosos para el acné, pero deben sopesarse los riesgos en mujeres obesas.
 - Considerar opciones no hormonales para el manejo del acné si los AHC están contraindicados.
19. **Apoyo psicológico:**
 - Ofrecer recursos para el manejo del estrés y la imagen corporal.
 - Considerar la derivación a servicios de salud mental si es necesario.

Consideraciones finales:

- **Educación continua:**
 - Mantenerse actualizado sobre las últimas evidencias y recomendaciones en anticoncepción para mujeres con obesidad y síndrome metabólico.
 - Participar en programas de educación médica continua sobre este tema.
- **Investigación futura:**
 - Se necesitan más estudios sobre la eficacia y seguridad a largo plazo de los métodos anticonceptivos en mujeres con diferentes grados de obesidad.
 - Investigar el impacto de nuevas formulaciones hormonales en mujeres con síndrome metabólico.
- **Políticas de salud:**
 - Abogar por el acceso equitativo a una amplia gama de opciones anticonceptivas para mujeres con obesidad.
 - Promover políticas que aborden la obesidad y sus complicaciones desde una perspectiva de salud pública.
- **Telemedicina y seguimiento remoto:**
 - Explorar opciones de telemedicina para mejorar el acceso y seguimiento de pacientes obesas con movilidad limitada.
 - Utilizar aplicaciones móviles y dispositivos de monitoreo remoto para un seguimiento más cercano.
- **Consideraciones culturales:**
 - Ser sensible a las diferencias culturales en la percepción del peso y la imagen corporal.
 - Adaptar la consejería anticonceptiva a las creencias y valores culturales de la paciente.

○ **Empoderamiento de la usuaria:**

- Fomentar la toma de decisiones informada y compartida.
- Proporcionar recursos educativos adaptados a las necesidades de mujeres con obesidad y síndrome metabólico.

○ **Manejo del estigma:**

- Abordar y combatir el estigma relacionado con la obesidad en la atención de la salud reproductiva.
- Promover un ambiente clínico acogedor y respetuoso para mujeres de todos los tamaños corporales.

○ **Consideraciones éticas:**

- Reflexionar sobre los dilemas éticos que pueden surgir al equilibrar los riesgos y beneficios de diferentes opciones anticonceptivas en mujeres con obesidad severa.

La anticoncepción en mujeres con obesidad y síndrome metabólico requiere un enfoque cuidadoso e individualizado. Los profesionales de la salud deben equilibrar la eficacia anticonceptiva, la seguridad y los beneficios no anticonceptivos con los riesgos potenciales asociados a cada método.

Es fundamental proporcionar una consejería integral, que incluya no solo la elección del método anticonceptivo, sino también estrategias para mejorar la salud general y manejar los riesgos asociados con la obesidad y el síndrome metabólico.

Puntos clave a recordar:

1. Los métodos LARC (DIU e implantes) son generalmente las opciones de primera línea debido a su alta eficacia y seguridad en mujeres obesas.
2. Los métodos de solo progestágeno son generalmente seguros y pueden ofrecer beneficios adicionales en el manejo de problemas menstruales.
3. Los anticonceptivos combinados (píldoras, parche, anillo) deben usarse con precaución en mujeres con $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ y están generalmente contraindicados en mujeres con múltiples factores de riesgo cardiovascular. AOC, preferir con estradiol o estetrol.
4. La eficacia de algunos métodos anticonceptivos (implantes) puede estar reducida en mujeres con obesidad severa, lo que debe considerarse en la consejería y el seguimiento.
5. El manejo de la anticoncepción debe formar parte de un enfoque integral de la salud que incluya estrategias para el control del peso y la prevención de complicaciones metabólicas.
6. El seguimiento regular y la reevaluación periódica del método anticonceptivo son cruciales para garantizar la seguridad y la satisfacción continua de la usuaria.

Aspectos prácticos para recordar:

Anticoncepción de emergencia en mujeres obesas:

- La eficacia del levonorgestrel puede estar reducida en mujeres con IMC > 30 kg/m².
- El DIU de cobre es la opción más eficaz, independiente del peso corporal.

Interacciones medicamentosas:

- Considerar las interacciones potenciales entre anticonceptivos hormonales y medicamentos comúnmente usados en el síndrome metabólico (por ejemplo: metformina, estatinas).
- Estar atento a los antibióticos de amplio espectro que pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales.

Consideraciones sobre la cirugía bariátrica:

- Discutir la anticoncepción antes y después de la cirugía bariátrica.
- Cirugías bariátricas de derivación o restrictivas pueden afectar la eficacia de AH orales.

Tromboprofilaxis:

- Evaluar la necesidad de tromboprofilaxis en situaciones de alto riesgo (por ejemplo: cirugía, inmovilización prolongada).
- Considerar el uso de medias de compresión o heparina de bajo peso molecular en casos seleccionados.

Manejo del acné en mujeres obesas:

- Los anticonceptivos combinados pueden mejorar el acné, pero su uso puede estar limitado en mujeres obesas.
- Considerar opciones no hormonales para el manejo del acné si los AHC están contraindicados. El uso de PSP con drospirenona oral puede ser una opción.

Aspectos económicos:

- Discutir el costo-beneficio de diferentes MAC, considerando la duración y eficacia.
- Abordar las barreras financieras para el acceso a métodos LARC.

Anticoncepción en adolescentes obesas:

- Considerar las necesidades específicas y preocupaciones de las adolescentes con obesidad.
- Enfatizar la importancia de la adherencia y el uso correcto del método elegido.

Manejo del sangrado abundante:

- El DIU-LNG de 52 mg puede ser particularmente beneficioso para mujeres obesas con sangrado menstrual abundante.
- Considerar la histerectomía como opción para mujeres que han completado su deseo reproductivo.

Consideraciones sobre la imagen corporal:

- Abordar las preocupaciones sobre los cambios en el peso asociados con los anticonceptivos hormonales.
- Proporcionar consejería sensible y apoyo psicológico cuando sea necesario.

Bibliografía:

1. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. FSRH Clinical Guideline: Overweight, Obesity and Contraception (April 2019, amended November 2019). Disponible en: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/fsrh-clinical-guideline-overweight-obesity-and-contraception/>
2. Dragoman MV, Tepper NK, Fu R, Curtis KM, Chou R, Gaffield ME. A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;141(3):287-294.
3. Horton LG, Simmons KB, Curtis KM. Combined hormonal contraceptive use among obese women and risk for cardiovascular events: A systematic review. *Contraception.* 2016;94(6):590-604.
4. Edelman A, Carlson NE, Cherala G, et al. Impact of obesity on oral contraceptive pharmacokinetics and hypothalamic-pituitary-ovarian activity. *Contraception.* 2009;80(2):119-127.
5. Merki-Feld GS, Skouby S, Serfaty D, et al. European society of contraception statement on contraception in obese women. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2015;20(1):19-28.
6. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(8):CD008452.
7. Yamazaki M, Dwyer K, Sobhan M, et al. Effect of obesity on the effectiveness of hormonal contraceptives: an individual participant data meta-analysis. *Contraception.* 2015;92(5):445-452.
8. Simmons KB, Edelman AB. Hormonal contraception and obesity. *Fertil Steril.* 2016;106(6):1282-1288.
9. Luo L, Luo B, Zheng Y, et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system for atypical endometrial hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(9):CD013463.
10. Goldstuck ND, Wildemeersch D. Practical aspects of inserting and removing the levonorgestrel intrauterine system in nulliparous and obese women. *Womens Health (Lond).* 2017;13(3):78-86.
11. Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Appropriate follow up to detect potential adverse events after initiation of select contraceptive methods: a systematic review. *Contraception.* 2013;87(5):611-624.
12. Cerel-Suhl SL, Yeager BF. Update on oral contraceptive pills. *Am Fam Physician.* 1999;60(7):2073-2084.
13. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1):CD003987.
14. Kaunitz AM, Arias R, McClung M. Bone density recovery after depot medroxyprogesterone acetate injectable contraception use. *Contraception.* 2008;77(2):67-76
15. Robinson JA, Burke AE. Obesity and hormonal contraceptive efficacy. *Womens Health (Lond).* 2013;9(5):453-466.
16. Murthy AS. Obesity and contraception: emerging issues. *Semin Reprod Med.* 2010;28(2):156-163.
17. Barros Delgado JC, Alvarado Méndez LM, Gorbea Chávez V, et al. Effectiveness and safety of hormonal contraception in obese women: A systematic review and meta-analysis. *Rev Invest Clin.* 2019;71(1):45-56.
18. Ziemann M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril.* 2002;77(2 Suppl 2):S13-S18.
19. Grimes DA, Lopez LM, O'Brien PA, Raymond EG. Progestin-only pills for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(11):CD007541.
20. Xu H, Wade JA, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura GM. Contraceptive failure rates of etonogestrel subdermal implants in overweight and obese women. *Obstet Gynecol.* 2012;120(1):21-26.
21. Edelman A, Kaneshiro B. Contraception considerations in obese women. *Contraception.* 2020;101(6):378-382.
22. Batur P, Bowersox N, McNamara M. Contraception: Efficacy, Risks, Continuation Rates, and Use in High-Risk Women. *J Womens Health (Larchmt).* 2016;25(8):853-856.
23. Kavanaugh ML, Pliskin E. Use of contraception among reproductive-aged women with medical conditions: a systematic literature review. *Contraception.* 2020;101(2):130-139.

24. Plu-Bureau G, Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, Canonico M. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013;27(1):25-34.
25. Carmina E. Oral contraceptives and cardiovascular risk in women with polycystic ovary syndrome. *J Endocrinol Invest.* 2013;36(5):358-363.
26. Nightingale AL, Lawrenson RA, Simpson EL, Williams TJ, MacRae KD, Farmer RD. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2000;5(4):265-274.
27. Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thromb Haemost.* 2003;89(3):493-498.
28. Horton LG, Simmons KB, Curtis KM. Combined hormonal contraceptive use among obese women and risk for cardiovascular events: A systematic review. *Contraception.* 2016;94(6):590-604.
29. Zaher G, Kovacs GT, Spence D, Toth P, Péloquin S. Efficacy of subdermal implantable contraceptives in overweight and obese women: a systematic review. *Adv Ther.* 2017;34(6):1263-1275.
30. Gemzell-Danielsson K, Trussell J. Review of clinical evidence for emergency contraception pills. *Contraception.* 2021;104(6):606-614.
31. Edelman AB, Cherala G, Stanczyk FZ. Metabolism and pharmacokinetics of contraceptive steroids in obese women: a review. *Contraception.* 2010;82(4):314-323.
32. Merki-Feld GS, Skouby S, Serfaty D, et al. European Society of Contraception statement on contraception in obese women. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2015;20(1):19-28.
33. Yancy WS Jr, Shubrook JH, Lopez-Jimenez F, et al. 2021 AHA/ACC/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2022;145(18):e473-e514



6.2 Trombofilias y Riesgo Cardiovascular

Aspectos significativos:

1. Las trombofilias son trastornos de la coagulación que aumentan el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV).
2. El riesgo cardiovascular elevado incluye factores como hipertensión, dislipidemia, diabetes y tabaquismo.
3. Algunos métodos anticonceptivos hormonales pueden aumentar aún más el riesgo trombótico y cardiovascular en estas mujeres.
4. La elección del método anticonceptivo debe basarse en una evaluación cuidadosa del balance riesgo-beneficio.

Recomendaciones prácticas:

1. Realizar una evaluación exhaustiva de factores de riesgo tromboembólicos y cardiovasculares antes de prescribir anticonceptivos.
2. Considerar pruebas de detección de trombofilias en mujeres con antecedentes personales o familiares de TEV.
3. Preferir métodos no hormonales o de solo progestágeno en mujeres con alto riesgo tromboembólico o cardiovascular.
4. Proporcionar consejería detallada sobre signos y síntomas de TEV y eventos cardiovasculares.

Anticoncepción en trombofilias y riesgo cardiovascular elevado:

1. Anticonceptivos combinados (AOC, parche, anillo, inyectable):

Contraindicaciones:

- Trombofilias de alto riesgo (factor V Leiden homocigoto, deficiencia de proteína C o S, etc.)
- Antecedentes personales de TEV
- Múltiples factores de riesgo cardiovascular

Consideraciones:

- En trombofilias de bajo riesgo, evaluar cuidadosamente el balance riesgo-beneficio.

2. Métodos de solo progestágeno:

- a) Píldora de solo progestágeno (PSP):

Indicaciones:

- Opción segura para la mayoría de las mujeres con trombofilias o riesgo cardiovascular elevado.

- b) Implante subdérmico:

Indicaciones:

- Generalmente seguro en mujeres con trombofilias y riesgo cardiovascular

- c) Inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA):

Consideraciones:

- Puede usarse en mujeres con trombofilias, pero con precaución en aquellas con riesgo cardiovascular elevado debido a posibles efectos en el perfil lipídico. No se conoce riesgo absoluto de TVE con trombofilias con otros factores de riesgo cardiovascular. Uso con precaución.

3. Dispositivo intrauterino (DIU):

Indicaciones:

- El DIU TCU es la opción más segura para mujeres con alto riesgo tromboembólico o cardiovascular
- El DIU-LNG es generalmente seguro, pero se debe considerar el riesgo individual

4. Métodos de barrera:

Indicaciones:

- Opción segura para todas las usuarias, independientemente del riesgo tromboembólico o cardiovascular.

Aspectos específicos:

1. Evaluación del riesgo:

- Utilizar herramientas de evaluación de riesgo cardiovascular (por ejemplo: SCORE, Framingham)
- Considerar pruebas genéticas para trombofilias en casos seleccionados.

2. Manejo de comorbilidades:

- Optimizar el control de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia.
- Enfatizar la importancia del cese del consumo de cigarrillo.

3. Tromboprofilaxis:

- Considerar el uso de medias de compresión o heparina de bajo peso molecular en situaciones de alto riesgo.

4. Seguimiento:

- Realizar evaluaciones periódicas del riesgo cardiovascular y de tromboembolia.
- Educar sobre signos y síntomas de alarma que requieren atención médica inmediata.
- Ajustar el método anticonceptivo según cambios en el perfil de riesgo.

5. Anticoncepción de emergencia:

- El DIU TCU es la opción más segura, especialmente con coito no protegido > 72 horas.
- Las píldoras de levonorgestrel pueden usarse si el DIU no está disponible o no es aceptable.

6. Consideraciones perioperatorias:

- Suspender los anticonceptivos hormonales combinados al menos 4 semanas antes de cirugías mayores o períodos de inmovilización prolongada.
- Considerar la tromboprofilaxis en el período perioperatorio.

7. Manejo en mujeres con antecedentes de TEV:

- Evitar los anticonceptivos hormonales combinados.
- Considerar la anticoagulación a largo plazo en casos seleccionados.

8. Interacciones medicamentosas:

- Tener en cuenta las interacciones entre anticonceptivos hormonales y medicamentos cardiovasculares (por ejemplo: anticoagulantes, antihipertensivos).

Recomendaciones específicas según el tipo de trombofilia:

- Factor V Leiden:**
 - Heterocigoto: Evitar AHC, considerar métodos de solo progestágeno o no hormonales
 - Homocigoto: Contraindicados los AHC, preferir métodos no hormonales
- Mutación del gen de la protrombina:**
 - Similar al manejo del Factor V Leiden
- Deficiencia de proteína C o S:**
 - Contraindicados los AHC
 - Considerar métodos no hormonales o de solo progestágeno
- Deficiencia de antitrombina:**
 - Contraindicados los métodos hormonales
 - Preferir métodos no hormonales
- Síndrome antifosfolípido:**
 - Evitar todos los métodos hormonales combinados
 - Recomendar métodos no hormonales (por ejemplo DIU TCu)

Bibliografía:

1. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. *Contraception*. 2016;94(6):678-700.
2. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(24):2257-2266.
3. Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(8):CD011054.
4. van Vlijmen EF, Wiewel-Verschueren S, Monster TB, Meijer K. Combined oral contraceptives, thrombophilia and the risk of venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost*. 2016;14(7):1393-1403.
5. Plu-Bureau G, Maitrot-Mantelet L, Hugon-Rodin J, Canonico M. Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(1):25-34.
6. Dragoman MV, Tepper NK, Fu R, Curtis KM, Chou R, Gaffield ME. A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141(3):287-294.

6.3. Migraña

Realizar Evaluación de la migraña:

- Utilizar criterios diagnósticos establecidos (por ejemplo, International Classification of Headache)
- Considerar la derivación a un neurólogo para casos complejos

1. Anticonceptivos combinados (AOC, parche, anillo):

Contraindicaciones:

- Migraña con aura a cualquier edad
- Migraña sin aura en mujeres >35 años
- Migraña sin aura con factores de riesgo cardiovascular adicionales

Consideraciones:

- Pueden usarse en mujeres <35 años con migraña sin aura y sin otros factores de riesgo

2. Métodos de solo progestágeno:

a) Píldora de solo progestágeno (PSP):

Indicaciones:

- Opción segura para mujeres con cualquier tipo de migraña

b) Implante subdérmico:

Indicaciones:

- Generalmente seguro en mujeres con migraña

c) Inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA):

Consideraciones:

- Seguro en mujeres con migraña, pero monitorear posibles cambios en el patrón de cefaleas

3. Dispositivo intrauterino (DIU):

Indicaciones:

- Tanto el DIU TCu como el DIU-LNG son opciones seguras para mujeres con cualquier tipo de migraña

4. Métodos de barrera:

Indicaciones:

- Opciones seguras para todas las mujeres con migraña

Aspectos específicos:

Evaluación de la migraña:

2. Manejo de la migraña menstrual:

- Considerar regímenes extendidos o continuos de anticonceptivos en usuarias elegibles
- El DIU-LNG puede ser beneficioso para reducir la migraña menstrual

3. Monitoreo de síntomas:

- Evaluar cambios en la frecuencia y severidad de la migraña después de iniciar un nuevo método anticonceptivo
- Considerar el cambio de método si hay empeoramiento significativo de la migraña

4. Educación a la mujer:

- Informar sobre los signos de alarma que requieren atención médica inmediata
- Discutir la importancia de reportar cualquier cambio en las características de la cefalea

5. Manejo del riesgo cardiovascular:

- Evaluar y manejar otros factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, tabaquismo, dislipidemia)
- Considerar la evaluación cardiovascular periódica

6. **Anticoncepción de emergencia:**
 - El DIU de cobre y las píldoras de levonorgestrel son opciones seguras
7. **Transición a la perimenopausia:**
 - Reevaluar el método anticonceptivo y el riesgo cardiovascular al acercarse a la menopausia
 - Considerar la transición a métodos no hormonales si aumenta el riesgo vascular
8. **Interacciones medicamentosas:**
 - Tener en cuenta posibles interacciones entre anticonceptivos hormonales y medicamentos para la migraña, como los derivados de la ergotamina
9. **Consejería sobre estilos de vida:**
 - Discutir la importancia de un estilo de vida saludable para el manejo de la migraña y la reducción del riesgo cardiovascular
10. **Seguimiento:**
 - Programar visitas de seguimiento regulares para reevaluar el método anticonceptivo y el estado de la migraña
 - Ajustar el método según sea necesario basándose en cambios en la migraña o en el perfil de riesgo

Recomendaciones específicas según el tipo de migraña:

1. **Migraña sin aura:**
 - Mujeres <35 años sin otros factores de riesgo: pueden usar cualquier método anticonceptivo
 - Mujeres ≥ 35 años o con factores de riesgo adicionales: evitar anticonceptivos combinados, preferir métodos de solo progestágeno o no hormonales.
2. **Migraña con aura:**
 - Evitar todos los anticonceptivos combinados
 - Preferir métodos de solo progestágeno o no hormonales
 - Considerar la derivación a un especialista en cefaleas para manejo conjunto
3. **Migraña menstrual pura:**
 - Considerar regímenes extendidos o continuos de anticonceptivos en mujeres elegibles
 - El DIU-LNG puede ser particularmente beneficioso
4. **Migraña que empeora con anticonceptivos hormonales:**
 - Considerar cambiar a un método no hormonal o de solo progestágeno
 - Evaluar si el empeoramiento está relacionado con fluctuaciones hormonales.

Consideraciones adicionales:

1. **Nuevas tecnologías en el diagnóstico de migraña:**
 - Considerar el uso de aplicaciones móviles validadas para el registro y seguimiento de los ataques de migraña
 - Explorar el potencial de la telemedicina para el manejo conjunto con neurólogos

2. Migraña y riesgo de demencia:
Discutir las recientes evidencias que sugieren una asociación entre migraña y riesgo aumentado de demencia
 - ◆ Enfatizar la importancia del control de factores de riesgo cardiovascular
3. Migraña vestibular:
 - ◆ Estar alerta a síntomas vestibulares asociados a la migraña
 - ◆ Considerar la derivación a otorrinolaringología en casos sospechosos
4. Migraña y trastornos del estado de ánimo:
 - ◆ Evaluar la presencia de depresión y ansiedad.
 - ◆ Considerar el impacto de los anticonceptivos en el estado de ánimo

Nuevas terapias para la migraña:

Estar al tanto de nuevos tratamientos, por ejemplo, anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) y sus posibles interacciones con anticonceptivos.

Migraña y fertilidad:

- ◆ Abordar preocupaciones sobre el impacto de la migraña en la fertilidad
- ◆ Discutir opciones anticonceptivas en el contexto de la planificación de paridad futura

Educación continua:

- ◆ Proporcionar recursos educativos actualizados sobre migraña y anticoncepción
- ◆ Fomentar la participación en grupos de apoyo para mujeres con migraña

Investigación futura:

- ◆ Necesidad de estudios a largo plazo sobre el impacto de diferentes anticonceptivos en la evolución de la migraña
- ◆ Explorar el papel potencial de nuevos anticonceptivos con estrógenos naturales endógenos en mujeres con migraña

El manejo de la anticoncepción en mujeres con migraña requiere un enfoque individualizado y multidisciplinario. Es crucial realizar una evaluación cuidadosa del tipo de migraña, los factores de riesgo cardiovascular asociados y las preferencias de la usuaria.

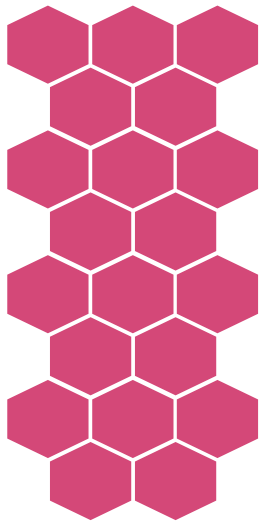
La elección del método anticonceptivo debe basarse en un balance entre la eficacia anticonceptiva, el impacto potencial en la migraña y la seguridad cardiovascular.

El seguimiento regular y la reevaluación periódica son esenciales para garantizar la satisfacción de la usuaria y minimizar los riesgos asociados.

Bibliografía:

1. Sacco S, Merki-Feld GS, Aegidius KL, et al. Hormonal contraceptives and risk of ischemic stroke in women with migraine: a consensus statement from the European Headache Federation (EHF) and the European Society of Contraception and Reproductive Health (ESC). *J Headache Pain*. 2017;18(1):108.
2. Champaloux SW, Tepper NK, Curtis KM, et al. Contraceptive use and risk of ischemic stroke in women with migraine: a systematic review. *Contraception*. 2017;96(3):161-169.
3. Aegidius K, Zwart JA, Hagen K, Schei B, Stovner LJ. Oral contraceptives and increased headache prevalence: the Head-HUNT Study. *Neurology*. 2006;66(3):349-353.

4. Nappi RE, Sances G, Allais G, et al. Effects of an estrogen-free, desogestrel-containing oral contraceptive in women with migraine with aura: a prospective diary-based pilot study. *Contraception*. 2011;83(3):223-228.
5. Merki-Feld GS, Imthurn B, Langner R, Sandor PS, Gantenbein AR. Headache frequency and intensity in female migraineurs using desogestrel-only contraception: a retrospective pilot diary study. *Cephalalgia*. 2013;33(5):340-346.
6. Tepper NK, Whiteman MK, Zapata LB, Marchbanks PA, Curtis KM. Safety of hormonal contraceptives among women with migraine: A systematic review. *Contraception*. 2016;94(6):630-640.
7. Warhurst S, Roife CJ, Brew BJ, et al. Effectiveness of the progestin-only pill for migraine treatment in women: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2018;38(4):754-764.
8. Pavlović JM, Allshouse AA, Santoro NF, et al. Sex hormones in women with and without migraine: Evidence of migraine-specific hormone profiles. *Neurology*. 2016;87(1):49-56.
9. Calhoun AH. Hormonal Contraceptives and Migraine With Aura-Is There Still a Risk? *Headache*. 2017;57(2):184-193.
10. Sacco S, Merki-Feld GS, Egidius KL, et al. Effect of exogenous estrogens and progestogens on the course of migraine during reproductive age: a consensus statement by the European Headache Federation (EHF) and the European Society of Contraception and Reproductive Health (ESCRH). *J Headache Pain*. 2018;19(1):76.



7. Nuevas opciones: Anticoncepción con Estradiol y Estetrol

7.1. Características y perfil de seguridad

Aspectos significativos:

1. Los anticonceptivos con estradiol y estetrol representan una nueva generación de anticonceptivos orales combinados (AOC) que utilizan estrógenos naturales o nativos.
2. Estos métodos buscan mejorar el perfil de seguridad y tolerabilidad en comparación con los AOC tradicionales que contienen etinilestradiol.
3. El uso de estrógenos naturales puede proporcionar beneficios adicionales más allá de la anticoncepción.

Estradiol:

Características principales:

- Idéntico al 17 β -estradiol producido por los ovarios.
- Vida media más corta que el etinilestradiol.
- Menor impacto en la síntesis de proteínas hepáticas.

Formulaciones disponibles:

1. Valerato de estradiol/dienogest (Qlaira®):
 - Régimen cuadrifásico con dosis variables de estradiol y dienogest.
 - Aprobado para anticoncepción y tratamiento del sangrado menstrual abundante.
2. 17 β -estradiol/nomegestrol acetato acetato (varias opciones comerciales):
 - Régimen monofásico con 1.5 mg de estradiol y 2.5 mg de nomegestrol acetato.

Perfil de seguridad:

- Menor impacto en los parámetros hemostáticos y factores de coagulación.
- Posible reducción del riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) en comparación con AHC con etinilestradiol, aunque se necesitan más estudios a largo plazo.
- Efectos metabólicos más favorables, con menor impacto en el metabolismo de los lípidos y carbohidratos.

Consideraciones clínicas:

- Puede ser una opción preferible para usuarias con factores de riesgo cardiovascular leves.
- Potencial beneficio en el manejo de síntomas perimenopáusicos.
- Posible mejor control del ciclo en comparación con AHC tradicionales.

Estetrol:

Características principales:

- Estrógeno nativo producido por el hígado fetal durante el embarazo.
- Alta selectividad por los receptores de estrógeno α y β . (activa el RE α nuclear, pero antagoniza el RE α de membrana)
- Menor impacto en la síntesis hepática de proteínas en comparación con el etinilestradiol.

Formulación disponible:

- Estetrol/drospirenona (Drovelis®):
- Contiene 14,2 mg de estetrol y 3 mg de drospirenona.
- Régimen 24/4 (24 píldoras activas, 4 de PLH).

Perfil de seguridad:

- Estudios preliminares sugieren un menor impacto en los marcadores de coagulación y en el riesgo de TEV.
- Menor efecto sobre el metabolismo de los lípidos y la función hepática.
- Posible reducción de los efectos secundarios estrógeno-dependientes.

Consideraciones clínicas:

- Potencial opción para mujeres con contraindicaciones relativas para AHC tradicionales.
- Puede ofrecer beneficios en términos de control del ciclo y tolerabilidad.
- Se necesitan más estudios a largo plazo para confirmar su perfil de seguridad.

Consideraciones adicionales:

1. Impacto ambiental:

- Los estrógenos naturales como el estradiol y el estetrol pueden tener un menor impacto ecológico en comparación con el etinilestradiol.

2. Potencial uso en poblaciones especiales:

- Mujeres perimenopáusicas: Posible beneficio en el manejo de síntomas vasomotores.
- Adolescentes: Perfil de seguridad potencialmente mejorado para usuarias jóvenes.



3. **Interacciones medicamentosas:**
 - Posible reducción de interacciones debido al menor impacto en el metabolismo hepático.
4. **Efectos no anticonceptivos:**
 - Potencial beneficio en el manejo del acné y otros síntomas androgénicos.
 - Posible efecto positivo en la densidad mineral ósea.
5. **Consideraciones sobre el cambio de método:**
 - Protocolos para la transición de AHC tradicionales a formulaciones con estradiol o estetrol.
6. **Adherencia y satisfacción de la usuaria:**
 - Estudios iniciales sugieren alta aceptabilidad y satisfacción con estos nuevos métodos.
7. **Costo-efectividad:**
 - Evaluar el balance entre el costo potencialmente mayor y los beneficios en términos de seguridad y tolerabilidad.
 - Considerar el impacto a largo plazo en los costos de salud relacionados con efectos secundarios y complicaciones.
8. **Necesidades de investigación futura:**
 - Estudios a largo plazo sobre seguridad cardiovascular y riesgo de cáncer.
 - Investigación sobre el uso en poblaciones específicas (por ejemplo, mujeres con trombofilias leves).
 - Evaluación del impacto en la calidad de vida y bienestar general de las usuarias.
9. **Educación médica continua:**
 - Necesidad de actualización de los profesionales de la salud sobre las características y manejo de estos nuevos métodos.
 - Desarrollo de guías clínicas específicas para el uso de anticonceptivos con estrógenos naturales.
10. **Consideraciones regulatorias:**
 - Variaciones en la aprobación y disponibilidad de estos métodos en diferentes países (Chile aprobadas por ISP)
 - Monitoreo poscomercialización para la detección de efectos adversos raros.
11. **Personalización del tratamiento:**
 - Adaptar la elección del anticonceptivo basado en el perfil genético y metabólico individual.
12. **Combinación con nuevas tecnologías:**
 - Explorar la integración de estos métodos con aplicaciones móviles para el seguimiento de efectos secundarios y adherencia.

Los anticonceptivos con estradiol y estetrol representan un avance significativo en el campo de la anticoncepción hormonal, ofreciendo potenciales beneficios en términos de seguridad y tolerabilidad. Sin embargo, se necesitan más estudios a largo plazo para confirmar plenamente su perfil de seguridad y eficacia en comparación con los métodos tradicionales.

Puntos clave a recordar:

1. **Mecanismo de acción:** Tanto el estradiol como el estetrol son estrógenos naturales que, en combinación con progestágenos, proporcionan anticoncepción efectiva con un perfil metabólico potencialmente más favorable.
2. **Eficacia anticonceptiva:** Los estudios iniciales muestran una eficacia comparable a los AHC tradicionales cuando se usan correctamente.
3. **Perfil de seguridad:** Se observa un menor impacto en los factores de coagulación y parámetros metabólicos, lo que podría traducirse en un menor riesgo de eventos tromboembólicos y cardiovasculares.
4. **Control del ciclo:** Generalmente ofrecen un buen control del ciclo menstrual, con patrones de sangrado predecibles y bien tolerados.
5. **Efectos secundarios:** Pueden presentar un perfil de efectos secundarios menor, especialmente en términos de síntomas relacionados con los estrógenos.
6. **Poblaciones especiales:** Podrían ser particularmente beneficiosos para mujeres perimenopáusicas o aquellas con factores de riesgo cardiovascular leves.
7. **Consideraciones prácticas:** La prescripción y el seguimiento deben basarse en los criterios médicos de elegibilidad actualizados y las guías clínicas más recientes.

Recomendaciones para la práctica clínica:

1. **Evaluación individualizada:** Considerar cuidadosamente el perfil de riesgo de cada usuaria antes de prescribir estos nuevos métodos.
2. **Consejería detallada:** Informar a las usuarias sobre los potenciales beneficios y limitaciones de estos anticonceptivos, incluyendo la información disponible sobre seguridad a largo plazo.
3. **Seguimiento cercano:** Programar visitas de seguimiento para evaluar la tolerabilidad, adherencia y satisfacción con el método.
4. **Monitoreo de efectos secundarios:** Estar atentos a cualquier efecto adverso inusual y reportarlo a las autoridades sanitarias correspondientes.
5. **Educación continua:** Mantenerse actualizado sobre las nuevas evidencias y recomendaciones relacionadas con estos métodos.
6. **Consideraciones de costo:** Discutir con las usuarias las implicaciones económicas, ya que estos nuevos métodos pueden ser más costosos que los AHC tradicionales.
7. **Transición desde otros métodos:** Desarrollar protocolos para la transición segura desde otros anticonceptivos a estas nuevas formulaciones.

Áreas de investigación futura:

1. Estudios de seguridad a largo plazo, especialmente en relación con el riesgo cardiovascular y oncológico.
2. Investigación sobre el uso en poblaciones específicas, como adolescentes, mujeres con comorbilidades y mujeres perimenopáusicas.
3. Evaluación del impacto en la calidad de vida y bienestar general de las usuarias.
4. Estudios comparativos directos con AHC tradicionales y otros métodos anticonceptivos.
5. Investigación sobre posibles beneficios no anticonceptivos adicionales, como el manejo de síntomas menopáusicos o efectos sobre la densidad ósea.



Es importante notar que, aunque ambos métodos utilizan estrógenos naturales, tienen características distintas debido a las diferencias entre el estradiol y el estetrol. Ambos ofrecen potenciales ventajas sobre los AHC tradicionales con etinilestradiol, pero se necesitan más estudios a largo plazo para confirmar plenamente su perfil de seguridad y eficacia.

En síntesis, los anticonceptivos con estradiol y estetrol representan un avance significativo en el campo de la anticoncepción hormonal, ofreciendo potenciales beneficios en términos de seguridad y tolerabilidad.

Los profesionales de la salud deben mantenerse actualizados sobre estas nuevas opciones para proporcionar una consejería anticonceptiva integral y personalizada.

La Tabla N°6 resume los principales aspectos de la anticoncepción oral con las formulaciones que usan estradiol micronizado o valerato de estradiol y estetrol.

Tabla 6. Comparación entre los anticonceptivos orales combinados (AOC) con estradiol y estetrol

Tópico	Dienogest/Valerato de Estradiol (Qlaira)	Acetato de Nomegestrol/Estradiol	Drospirenona/Estetrol (Drovelis)
Composición	Valerato de Estradiol (3 mg) / Dienogest (2 mg)	Estradiol (1.5 mg) / Acetato de Nomegestrol (2.5 mg)	Estetrol (14.2 mg) / Drospirenona (3 mg)
Dosis	Contiene 26 comprimido hormonales, en el siguiente orden: 2 comprimidos con 3 mg de E2 Val, 5 comprimidos con 2 mg de E2 Val y 2 mg de DNG, 17 con 2 mg de E2 Val y 3 mg de DNG y 2 comprimidos con 1 mg de E2 Val, seguido de 2 comprimidos inactivos (PLH).	1.5 mg Estradiol y 2.5 mg Acetato de Nomegestrol	15 mg Estetrol y 3 mg Drospirenona
Tipo de Estrógeno	Valerato de estradiol (no endógeno debido a la incorporación del grupo valérico)	Estrógeno natural E2 (endógeno)	Estrógeno natural E4 (endógeno)
Importancia Clínica del Estrógeno	E2 Val, puede tener un perfil de metabolismo diferente en comparación con los estrógenos naturales (E2 y E4).	Ofrece un perfil de seguridad predecible y menor riesgo de efectos adversos.	E4 presenta un efecto neutro o nulo en CYP 450 y un menor impacto en la Proteína C, reduciendo el riesgo trombótico.
Régimen	Pastillas diarias con un esquema de 26 días de ingesta con principios activos y 2 días con PLH	Pastillas diarias, 24 días de ingesta, 4 días libres de hormonas	Pastillas diarias, 24 días de ingesta, 4 días libres de hormonas.
Vida Media del Estrógeno	9-17 horas	12-20 horas	6-10 horas
Impacto Hepático	Bajo impacto hepático; efecto insignificante en la síntesis de proteínas hepáticas	Bajo impacto hepático; leve influencia en el metabolismo hepático	Muy bajo impacto hepático; leve influencia en el metabolismo hepático

Efecto en Factores de Coagulación	Puede aumentar factores de coagulación	Efecto neutro o leve aumento	Efecto neutro o leve aumento, menor que E2
Riesgo de TEV (Tromboembolismo Venoso)	Riesgo leve	Riesgo bajo	Riesgo bajo o muy bajo
Efecto en Lípidos	Leve efecto sobre el perfil lipídico (Triglicéridos).	Efecto neutro	Muy leve efecto sobre los triglicéridos.
Control del Ciclo	Buen control del ciclo menstrual	Buen control del ciclo menstrual	Buen control del ciclo menstrual
Efecto Antimineralocorticoide	No posee (Dienogest tiene propiedades antimineralocorticoide)	Efecto Neutro	Efecto antimineralocorticoide
Efecto Antiandrogénico	Alto a moderado efecto antiandrogénico.	Bajo efecto antiandrogénico	Alto a moderado efecto antiandrogénico
Retención de Líquidos	Baja a moderada	Baja a moderada	Baja
Beneficios No Anticonceptivos	Regulación del ciclo, disminución del dolor menstrual	Alivio de síntomas del síndrome premenstrual (SPM)	Mejora en el acné, regulación del ciclo
Aprobación FDA & EMA	Aprobado	Aprobado	Aprobado
Potenciales Usos Terapéuticos No Anticonceptivos	Alivio de endometriosis, regulación del ciclo, tratamiento de Sangrado Uterino Abundante (SUA)* tipo FIGO 1-3, uso en la perimenopausia (efecto dual de THM con o sin necesidad de anticoncepción) **	Tratamiento de trastornos hormonales, regulación menstrual, uso en perimenopausia**	Tratamiento de acné, mejora del estado emocional, uso en perimenopausia**

***Sangrado Uterino Abundante (SUA):** Se refiere a casos de sangrado uterino abundante según FIGO:

- **FIGO 1:** Sangrado uterino anormal no específico, caracterizado por la ausencia de clara etiología orgánica.
- **FIGO 2:** Sangrado uterino anormal, típicamente por anovulación.
- **FIGO 3:** Sangrado menstrual excesivo que se presenta con un volumen mayor del esperado o que dura más de 7 días

****Considerar Criterios de elegibilidad**

Las nuevas formulaciones hormonales pueden ser empleadas no solo como anticonceptivos, sino también como parte de la terapia hormonal para manejo de los síntomas climatéricos. Elegir la formulación adecuada, dependerá de factores como la historia clínica de la usuaria, la presencia de factores de riesgo y las preferencias personales.



Bibliografia

1. Lete I, Chabbert-Buffet N, Jamin C, et al. Haemostatic and metabolic impact of estradiol pills and drospirenone-containing ethinylestradiol pills vs. levonorgestrel-containing ethinylestradiol pills: A literature review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(5):329-343.
2. Mawet M, Maillard C, Klipping C, et al. Unique effects on hepatic function, lipid metabolism, bone and growth endocrine parameters of estetrol in combined oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(6):463-475.
3. Apter D, Zimmerman Y, Beekman L, et al. Bleeding pattern and cycle control with estetrol-containing combined oral contraceptives: results from a phase II, randomised, dose-finding study (FIESTA). *Contraception*. 2016;94(4):366-373.
4. Klipping C, Duijkers I, Parke S, et al. Hemostatic effects of a novel estradiol-based oral contraceptive: an open-label, randomized, crossover study of estradiol valerate/dienogest versus ethinylestradiol/levonorgestrel. *Drugs R D*. 2011;11(2):159-170.
5. Regidor PA, Colli E, Schindler AE. Drospirenone as estrogen-free pill and hemostasis: coagulatory study results comparing a novel estrogen-free pill containing drospirenone to desogestrel and levonorgestrel. *Gynecol Endocrinol*. 2016;32(9):749-751.
6. Dinger J, Do Minh T, Heinemann K. Impact of estrogen type on cardiovascular safety of combined oral contraceptives. *Contraception*. 2016;94(4):328-339.
7. Coelingh Bennink HJT, Verhoeven C, Dutman AE, Thijssen J. The use of high-dose estrogens for the treatment of breast cancer. *Maturitas*. 2017;95:11-23.
8. Creinin MD, Westhoff CL, Bouchard C, et al. Estetrol-drospirenone combination oral contraceptive: North American phase 3 efficacy and safety results. *Contraception*. 2021;104(3):222-228.
9. Apter D, Zimmerman Y, Beekman L, et al. Estetrol combined with drospirenone: an oral contraceptive with high acceptability, user satisfaction, well-being and favourable body weight control. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017;22(4):260-267.
10. Douxfils J, Klipping C, Duijkers I, et al. Evaluation of the effect of a new oral contraceptive containing estetrol and drospirenone on hemostasis parameters. *Contraception*. 2020;102(6):396-402.
11. Rybaczyk LA, Bashaw MJ, Pathak DR, Moody SM, Gilders RM, Holzschu DL. An overlooked connection: serotonergic mediation of estrogen-related physiology and pathology. *BMC Womens Health*. 2005;5:12.
12. Sitruk-Ware R, Nath A. Characteristics and metabolic effects of estrogen and progestins contained in oral contraceptive pills. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(1):13-24.
13. Shufelt CL, Bairey Merz CN. Contraceptive hormone use and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 2009;53(3):221-231.
14. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(24):2257-2266.
15. Christin-Maitre S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(1):3-12.
16. Hugon-Rodin J, Gompel A, Plu-Bureau G. Epidemiology of hormonal contraceptives-related venous thromboembolism. *Eur J Endocrinol*. 2014;171(6):R221-R230.
17. Palacios S, Colli E, Regidor PA. A multicenter, double-blind, randomized trial on the bleeding profile of a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(6):1805-1812.
18. Christin-Maitre S, Laroche E, Bricaire L. A new contraceptive pill containing 17 β -estradiol and nomegestrol acetate. *Womens Health (Lond)*. 2013;9(1):13-23.
19. Douxfils J, Morimont L, Delvigne AS, et al. Assessment of the validation status of the calibrated automated thrombogram: A systematic review. *Res Pract Thromb Haemost*. 2021;5(2):217-230.
20. Fruzzetti F, Trémollières F, Bitzer J. An overview of the development of combined oral contraceptives containing estradiol: focus on estradiol valerate/dienogest. *Gynecol Endocrinol*. 2012;28(5):400-408.

21. Zimmerman Y, Eijkemans MJ, Coelingh Bennink HJ, Blankenstein MA, Fauser BC. The effect of combined oral contraception on testosterone levels in healthy women: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2014;20(1):76-105.
22. Pereira-Vega A, Sánchez JL, Gil FL, et al. Premenstrual asthma and atopy markers. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2010;104(3):214-219.
23. Nappi RE, Kaunitz AM, Bitzer J. Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(2):106-115
24. Bitzer J, Abalos V, Apter D, et al. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(6):417-430.
25. Grandi G, Facchinetti F, Bitzer J. Estradiol in hormonal contraception: real evolution or revolution? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017;22(5):351-355.
26. Glasier A. *Contraception: Science and Practice*. London: Wiley-Blackwell; 2019.
27. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(7):CD004695.
28. Schindler AE. Non-contraceptive benefits of oral hormonal contraceptives. *Int J Endocrinol Metab*. 2013;11(1):41-47.

7.2. Indicaciones y manejo clínico

1. Estetrol + Drospirenona (E4/DRSP)

Indicaciones aprobadas:

- ◆ Anticoncepción

Indicaciones potenciales y cuadros clínicos:

- a) Sangrado uterino anormal (SUA): Potencial reducción del sangrado debido al menor efecto proliferativo del E4
- b) Síndrome premenstrual (SPM): Efecto beneficioso por la propiedad antimineralocorticoide de la drospirenona
- c) Acné: Efecto antiandrogénico de la drospirenona
- d) Hirsutismo leve: Efecto antiandrogénico
- e) Mujeres con factores de riesgo cardiovascular leves: Menor impacto en factores de coagulación

Manejo clínico:

- ◆ Régimen: 24/4 (24 píldoras activas, 4 inactivas)
- ◆ Dosis: 15 mg E4 / 3 mg DRSP
- ◆ Inicio: Primer día de menstruación o cualquier día con protección adicional por 7 días
- ◆ Seguimiento: Evaluar efectos secundarios y satisfacción a los 3 meses

2. Estradiol + Acetato de Nomegestrol (E2/NOMAC)

Indicaciones aprobadas:

- Anticoncepción

Indicaciones potenciales y cuadros clínicos:

- SUA: Control del ciclo mejorado
- Dismenorrea: Potencial reducción del dolor menstrual
- Síntomas perimenopáusicos: Alivio de síntomas vasomotores
- Mujeres con factores de riesgo cardiovascular leves: Menor impacto en factores de coagulación
- Migraña sin aura: Potencialmente más seguro que AHC con etinilestradiol

Manejo clínico:

- Régimen: 24/4 (24 píldoras activas, 4 inactivas)
- Dosis: 1.5 mg E2 / 2.5 mg NOMAC
- Inicio: Primer día de menstruación o cualquier día con protección adicional por 7 días
- Seguimiento: Evaluar control del ciclo y efectos secundarios a los 3 meses

3. Valerato de Estradiol + Dienogest (E2Val/DNG)

Indicaciones aprobadas:

- Anticoncepción
- Sangrado menstrual abundante (Sangrado uterino anormal)

Indicaciones potenciales y cuadros clínicos:

- Endometriosis: Efecto progestativo potente del dienogest
- Dismenorrea: Efecto analgésico del dienogest
- SPM: Potencial mejora de síntomas
- Mastodinia: Posible alivio del dolor mamario
- Mujeres en transición a la menopausia: Manejo de síntomas perimenopáusicos

Manejo clínico:

- Régimen: Cuadrfásico (26 días píldoras activas + 2 días de inactivos)
- Dosis: Variable según la fase (1-3 mg E2Val/ 2-3 mg DNG)
- Inicio: Primer día de menstruación
- Seguimiento: Evaluar patrón de sangrado a los 3-6 meses

Tabla 7. Comparación para diferentes situaciones clínicas específicas

Cuadro clínico	E4/DRSP	E2/NOMAC	E2Val/DNG
SUA	++	++	+++
Dismenorrea	++	++	+++
SPM	+++	+	++
Endometriosis	++	+	+++
Acné/Hirsutismo	+++	+	++
Síntomas perimenopáusicos	+++	+++	+++

SUA= Sangrado uterino anormal, SPM= Síndrome premenstrual

8. Otras indicaciones terapéuticas con uso de progestágenos solos

1. Drospirenona (DRSP)

Indicaciones aprobadas:

- Anticoncepción

Indicaciones potenciales y cuadros clínicos:

- Síndrome premenstrual (SPM): Efecto antimineralocorticoideo
- Acné e hirsutismo leve: Efecto antiandrogénico
- Retención de líquidos: Efecto diurético leve

Manejo clínico:

- Régimen: 24/4 (24 píldoras activas, 4 de inactivas)
- Dosis: 4 mg diarios
- Inicio: Cualquier día del ciclo, protección adicional por 7 días si no se inicia el primer día de menstruación
- Seguimiento: Evaluar efectos secundarios y patrón de sangrado a los 3 meses

2. Desogestrel (DSG)

Indicaciones aprobadas:

- Anticoncepción

Indicaciones potenciales y cuadros clínicos:

- Dismenorrea: Posible alivio por supresión ovulatoria
- Sangrado menstrual abundante: Potencial reducción del flujo (cantidad y duración)
- Mujeres con contraindicaciones para estrógenos

Manejo clínico:

- Régimen: Diario continuo, sin descanso
- Dosis: 75 µg diarios
- Inicio: Cualquier día del ciclo, protección adicional por 7 días si no se inicia el primer día de menstruación
- Seguimiento: Evaluar patrón de sangrado a los 3 meses

3. Levonorgestrel oral (LNG)

Indicaciones aprobadas:

- Anticoncepción

Indicaciones potenciales y cuadros clínicos:

- Lactancia: Compatible con la lactancia materna
- Mujeres con contraindicaciones para estrógenos

Manejo clínico:

- Régimen: Diario continuo, sin descanso
- Dosis: 30 µg diarios
- Inicio: Cualquier día del ciclo, protección adicional por 7 días si no se inicia el primer día de menstruación
- Seguimiento: Evaluar tolerancia y eficacia a los 3 meses



4. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG)

Indicaciones aprobadas:

- Anticoncepción
- Sangrado menstrual abundante (solo DIU - LNG 52 mg)

Indicaciones potenciales y cuadros clínicos:

- a) Dismenorrea: Alivio significativo del dolor
- b) Endometriosis: Manejo del dolor pélvico
- c) Protección endometrial en terapia hormonal de la menopausia
- d) Hiperplasia endometrial sin atipia

Manejo clínico:

- Régimen: Inserción intrauterina
- Dosis: 52 mg, 19.5 mg o 13.5 mg (según el dispositivo)
- Duración: 3-8 años (según el dispositivo)
- Inserción: Preferentemente durante la menstruación
- Seguimiento: Control clínico al mes, evaluar patrón de sangrado a los 3-6 meses

5. Acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA)

Indicaciones aprobadas:

- Anticoncepción

Indicaciones potenciales y cuadros clínicos:

- a) Endometriosis: Manejo del dolor
- b) Anemia falciforme: Reducción de crisis
- c) Epilepsia: No interactúa con anticonvulsivantes

Manejo clínico:

- Régimen: Inyección cada 12 semanas (IM) o 13 semanas (SC)
- Dosis: 150 mg IM o 104 mg SC
- Inicio: Primeros 5 días del ciclo o cualquier momento con prueba de embarazo negativa y protección adicional por 7 días
- Seguimiento: Evaluar efectos secundarios y patrón de sangrado a los 3 meses
- Consideraciones especiales: Monitorear densidad mineral ósea en uso prolongado, especialmente con factores de riesgo de desmineralización ósea.

6. Implantes subdérmicos (Levonorgestrel o etonogestrel)

Indicaciones aprobadas:

- Anticoncepción

Indicaciones potenciales y cuadros clínicos:

- a) Dismenorrea
- b) Síntomas premenstruales
- c) Reducción de SUA y riesgo de anemia o déficit de hierro asociado
- d) Endometriosis (no aprobada)
- e) Reducción riesgo de Enfermedad Inflamatoria Infecciosa Pelviana



Tabla 8. Efectos comparativos para situaciones clínicas específicas entre progestágenos

Cuadro clínico	DRSP	Desogestrel	LNG oral	DIU - LNG	DMPA
Anticoncepción	+++	+++	+++	+++	+++
SUA	+	++	+	+++	++
Dismenorrea	+	++	+	+++	++
SPM	+++	+	+	++	
Endometriosis	++	+	+	+++	++
Acné/Hirsutismo	++	+	-	-	-
Lactancia	+	+++	+++	+++	++
Protección Endometrial	+	+	+	+++	++
Anemia Ferropriva	+	+	+	+++	++

Legenda: +++ Muy efectivo, ++ Efectivo, + Potencialmente efectivo, - No indicado/Sin efecto

Consideraciones adicionales:

1. **Efectos secundarios comunes:**
 - Cambios en el patrón de sangrado (manchado, otros sangrados, amenorrea)
 - Efectos androgénicos leves (acné, aumento de peso)
 - Cambios de humor
2. **Beneficios no anticonceptivos:**
 - Reducción del riesgo de cáncer de endometrio.
 - Mejoría de síntomas relacionados con la endometriosis
 - Manejo de sangrado uterino anormal
3. **Precauciones:**
 - AMPD: Considerar el impacto en la densidad mineral ósea en uso prolongado
 - DIU-LNG: Riesgo bajo de expulsión o perforación uterina durante la inserción
4. **Retorno a la fertilidad:**
 - Rápido con métodos orales y DIU-LNG
 - Puede haber un retraso con AMPD
5. **Interacciones medicamentosas:**
 - Menor impacto en comparación con los anticonceptivos combinados
 - Considerar posibles interacciones con inductores enzimáticos potentes
6. **Elegibilidad médica:**
 - Generalmente seguros en mujeres con contraindicaciones para estrógenos
 - Evaluar individualmente en casos de enfermedad hepática activa o cáncer de mama

7. **Consejería:**
 - Informar sobre posibles cambios en el patrón de sangrado
 - Enfatizar la importancia del uso consistente y correcto
 - Discutir opciones de manejo para efectos secundarios
8. **Seguimiento:**
 - Evaluación inicial a los 3 meses
 - Seguimiento anual o según necesidades individuales
 - Para DIU-LNG, considerar control ecográfico según cada caso

Estas recomendaciones proporcionan una visión general del uso de anticonceptivos de solo progestágeno. La elección del método debe basarse en las características individuales de la usuaria, sus preferencias y condiciones médicas preexistentes. Es importante realizar una evaluación completa y proporcionar una consejería detallada antes de iniciar cualquier método anticonceptivo

Bibliografía

1. World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
2. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1-103.
3. Palacios S, Colli E, Regidor PA. A multicenter, double-blind, randomized trial on the bleeding profile of a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(6):1805-1812.
4. Korver T, Klipping C, Heger-Mahn D, et al. Maintenance of ovulation inhibition with the 75- μ g desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception*. 2005;71(1):8-13.
5. Gemzell-Danielsson K, Inki P, Boubli L, et al. Bleeding pattern and safety of consecutive use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) --a multicentre prospective study. *Hum Reprod*. 2010;25(2):354-359.
6. Hubacher D, Kavanaugh M. Historical record-setting trends in IUD use in the United States. *Contraception*. 2018;98(6):467-470.
7. *Contraception for Adolescents*. Committee Opinion No. 699. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2017;129: e102-10.
8. Lopez LM, Edelman A, Chen M, Otterness C, Trussell J, Helmerhorst FM. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(7):CD008815.
9. Bitzer J, Tschudin S, Alder J; Swiss Society for Reproductive Medicine. Acceptability and side-effects of Implanon in Switzerland: a retrospective study by the Implanon Swiss Study Group. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004;9(4):278-284.
10. Micks E, Jensen JT. Estradiol valerate and dienogest: a novel four-phasic oral contraceptive pill effective for pregnancy prevention and treatment of heavy menstrual bleeding. *Womens Health (Lond)*. 2011;7(5):513-524.
11. Bednarek PH, Jensen JT. Safety, efficacy and patient acceptability of the contraceptive and non-contraceptive uses of the LNG-IUS. *Int J Womens Health*. 2010; 1:45-58.

12. Kaunitz AM, Arias R, McClung M. Bone density recovery after depot medroxyprogesterone acetate injectable contraception use. *Contraception*. 2008;77(2):67-76.
13. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Progestogen-only Pills*. 2019. Available from: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-pop-mar-2015/>
14. Grandi G, Farulla A, Sileo FG, Facchinetti F. Levonorgestrel-releasing intrauterine systems as female contraceptives. *Expert Opin Pharmacother*. 2018;19(7):677-686.
15. Hussain SF, Curtis KM. Progestin-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*. 2016;94(3):226-252

9. Beneficios no anticonceptivos y riesgos

9.1. Control del ciclo y otros beneficios

Los anticonceptivos hormonales ofrecen numerosos beneficios más allá de la prevención del embarazo.

- Beneficios en el control del ciclo:

1. Regularización del ciclo menstrual
2. Reducción del sangrado menstrual abundante
3. Disminución de la dismenorrea
4. Manejo del síndrome premenstrual (SPM)
5. Opción de suprimir la menstruación (régimenes extendidos o continuos)

- Otros beneficios no anticonceptivos:

1. Reducción del riesgo de cáncer de ovario y endometrio
2. Manejo de síntomas de endometriosis
3. Tratamiento del acné e hirsutismo
4. Mejora de los síntomas de síndrome de ovario poliquístico (SOP)
5. Prevención de quistes ováricos funcionales
6. Manejo de síntomas perimenopáusicos
7. Reducción del riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
8. Mejora de la densidad mineral ósea (con métodos combinados)



La Tabla número 9 resume los beneficios generales no anticonceptivos de los diferentes métodos de anticoncepción hormonal (AH).

Tabla 9. Beneficios generales no anticonceptivos por método

Beneficio	AOC	Parche	Anillo	PSP	Implante	DMPA	DIU-LNG
Control del ciclo	+++	+++	+++	++	+	++	+++
Dismenorrea	+++	+++	+++	+	+	++	+++
SPM	++	++	++	+	+	+	+
Acné	+++	+++	+++	+	+	-	-
Hirsutismo	++	++	++	-	-	-	-
Endometriosis	++	++	++	+	+	++	++
SOP	+++	+++	+++	+	+	+	-
Cáncer ovario/endometrio	+++	+++	+++	++	++	++	+++
Quistes ováricos funcionales	++	++	++	+	+	++	+
Síntomas perimenopáusicos	++	++	++	+	+	+	+
Densidad mineral ósea*	+	+	+	0	0	-	0

Leyenda: +++ Muy efectivo, ++ Efectivo, + Potencialmente efectivo, 0 Neutral, - Posible efecto negativo
 *Se excluyen AOC con estradiol y estetrol porque potencialmente serían efectivos como ocurre en THM

Consideraciones clínicas:

1. Evaluar las necesidades específicas de cada usuaria más allá de la anticoncepción.
2. Considerar los beneficios no anticonceptivos al elegir un método.
3. Monitorear la respuesta individual a los beneficios esperados.
4. Ajustar el método o régimen según sea necesario para optimizar los beneficios.
5. Informar a la usuaria sobre los posibles beneficios adicionales de su método anticonceptivo.

Recomendaciones adicionales:

1. Uso de anticonceptivos para control del ciclo:
 - Considerar regímenes extendidos o continuos para suprimir la menstruación en mujeres con dismenorrea severa o endometriosis.
 - Para sangrado menstrual abundante, el DIU-LNG es particularmente efectivo.
2. Manejo del acné e hirsutismo:
 - Preferir AOC con progestinas antiandrogénicas como dienogest, drospirenona y clormadinona.
 - El uso luego de 3 a 6 meses, puede mostrar mejoras significativas.



3. **Endometriosis:**
 - Considerar el uso continuo de AHC o el DIU-LNG para manejo del dolor.
 - DMPA puede ser una opción efectiva, pero considerar sus efectos en la densidad ósea.
4. **Síndrome de ovario poliquístico (SOP):**
 - AHC pueden mejorar el perfil hormonal y reducir los síntomas.
 - Combinar con cambios en el estilo de vida para mejores resultados.
5. **Prevención de cáncer:**
 - Informar a las usuarias sobre el efecto protector contra cáncer de ovario y endometrio.
 - Discutir el ligero aumento en el riesgo de cáncer de mama con uso prolongado de AH.
6. **Densidad mineral ósea:**
 - Monitorear en usuarias a largo plazo de DMPA, especialmente adolescentes y perimenopáusicas.
 - Considerar suplementación con calcio y vitamina D si es necesario.
7. **Síntomas perimenopáusicos:**
 - AOC de dosis baja o preparaciones con estradiol pueden ayudar en la transición menopáusica.
8. **Seguimiento:**
 - Evaluar la eficacia en el control de síntomas no anticonceptivos en visitas de seguimiento.
 - Ajustar el método o régimen según sea necesario para optimizar los beneficios.

Bibliografía:

1. Schindler AE. Non-contraceptive benefits of oral hormonal contraceptives. *Int J Endocrinol Metab.* 2013;11(1):41-47.
2. Nappi RE, Kaunitz AM, Bitzer J. Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016;21(2):106-115.
3. Gierisch JM, Coeytaux RR, Urrutia RP, et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2013;22(11):1931-1943.
4. Bitzer J, Heikinheimo O, Nelson AL, et al. Medical management of heavy menstrual bleeding: a comprehensive review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 2015;70(2):115-130.
5. Lethaby A, Wise MR, Weterings MA, et al. Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2(2):CD000154.
6. Grandi G, Facchinetti F, Bitzer J. Estradiol in hormonal contraception: real evolution or revolution? *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2017;22(5):351-355.
7. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertil Steril.* 2017;107(3):533-536.
8. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD001751.

9.2. Riesgos y contraindicaciones

Esta sección se enfoca en los riesgos significativos y las contraindicaciones de categoría 3 y 4 según los Criterios de Elegibilidad Médica del Reino Unido (UKMEC) y el uso de AH (Tabla 8).

Tabla 10. Riesgos y contraindicaciones (UKMEC 3 y 4):

Condición de Riesgo	AOC	PSP	AMPD	Implante	DIU-LNG
TEV actual	4	2	2	2	2
Historia de TEV	4	2	2	2	2
Trombofilia conocida	4	2	2	2	2
Cardiopatía isquémica	4	2/3	3	2/3	2/3
Ictus	4	2/3	3	2/3	2/3
Migraña con aura	4	2	2	2	2
Cáncer de mama actual	4	4	4	4	4
Diabetes con complicaciones	3/4	2	3	2	2
Hipertensión severa	4	1	2	1	1
Cirrosis descompensada	4	3	3	3	3
Tumor hepático	4	3	3	3	3
LES con anticuerpos antifosfolípidos	4	3	3	3	3

Legenda: 4 = Condición que representa un riesgo de salud inaceptable si se usa el método anticonceptivo. 3 = Condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del MAC.

Consideraciones clínicas:

1. Evaluación individualizada: Realizar una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo de cada usuaria antes de prescribir anticonceptivos hormonales.
2. Tromboembolismo venoso (TEV): Los AHC aumentan el riesgo de TEV, especialmente en mujeres con factores de riesgo adicionales.
3. Riesgo cardiovascular: Los AHC están contraindicados en mujeres con múltiples factores de riesgo cardiovascular.
4. Migraña con aura: Los AHC están contraindicados debido al aumento del riesgo de ictus.
5. Cáncer de mama: Todos los métodos hormonales están contraindicados en mujeres con cáncer de mama actual o pasado, exceptuando la píldora de anticoncepción de emergencia con LNG.
6. Enfermedad hepática: Precaución con todos los métodos hormonales en enfermedad hepática severa.
7. Interacciones medicamentosas: Considerar posibles interacciones, especialmente con inductores enzimáticos.

8. Seguimiento: Reevaluar periódicamente la elegibilidad médica, especialmente en mujeres con condiciones crónicas.

Consideraciones adicionales:

1. **Tromboembolismo venoso (TVE):**

- El riesgo de TEV es mayor durante el primer año de uso de AOC.
- Los AOC con levonorgestrel, norgestimato o noretisterona tienen el menor riesgo de TEV entre los AOC.

2. **Riesgo cardiovascular:**

- El riesgo absoluto de eventos cardiovasculares en mujeres jóvenes y sanas es bajo, incluso con el uso de AOC.
- La presión arterial debe ser monitoreada regularmente en usuarias de anticonceptivos hormonales.

3. **Cáncer:**

- Los AH ofrecen protección contra el cáncer de ovario y endometrio, que persiste después de discontinuar su uso.
- El leve aumento en el riesgo de cáncer de mama con AHC disminuye después de discontinuar su uso.

4. **Enfermedad hepática:**

- Las pruebas de función hepática de rutina no son necesarias antes o durante el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres sanas.

5. **Migraña:**

- Las mujeres que desarrollan migraña con aura mientras usan AHC deben discontinuar inmediatamente el método.

6. **Diabetes:**

- Los anticonceptivos hormonales generalmente no afectan el control glucémico a largo plazo en mujeres con diabetes bien controlada.

7. **Lactancia:**

- Los métodos de solo progestágeno son preferibles durante la lactancia, especialmente en las primeras 6 semanas posparto.

8. **Obesidad:**

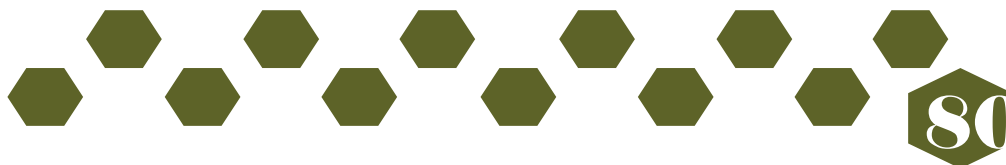
- La eficacia de algunos métodos anticonceptivos puede estar reducida en mujeres con obesidad severa (IMC ≥ 35 kg/m²).

9. **Interacciones medicamentosas:**

- Los antibióticos de amplio espectro no reducen la eficacia de los anticonceptivos hormonales, con excepción de la rifampicina y rifabutina.

10. **Edad:**

- Mujeres mayores de 35 años que fuman deben evitar los AHC debido al aumento del riesgo cardiovascular.



Es fundamental realizar una evaluación individualizada de los riesgos y beneficios para cada usuaria, considerando su historial médico, factores de riesgo y preferencias personales. La consejería detallada sobre los signos de alarma y la importancia del seguimiento regular es esencial para garantizar un uso seguro y efectivo de los anticonceptivos hormonales.

Bibliografía:

1. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC) 2016*. Available from: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/uk-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use-ukmec/>
2. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. *Contraception*. 2016;94(6):678-700
3. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(24):2257-2266.
4. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2017;377(23):2228-2239.
5. Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(8):CD011054.
6. Charlton BM, Rich-Edwards JW, Colditz GA, et al. Oral contraceptive use and mortality after 36 years of follow-up in the Nurses' Health Study: prospective cohort study. *BMJ*. 2014;349:g6356.



10. Anticoncepción de emergencia

10.1. Opciones disponibles

1. *Levonorgestrel (LNG)*

Mecanismo de acción:

- Principalmente inhibe o retrasa la ovulación
- Puede afectar la implantación, aunque no está completamente demostrado

Eficacia:

- Hasta 85% si se usa dentro de las 72 horas post coito vaginal no protegido
- Eficacia disminuye con el tiempo transcurrido (ideal antes de 120 horas de coito no protegido)

Contraindicaciones:

- No posee contraindicaciones conocidas, incluyendo cáncer de mama.
- Precaución en mujeres con antecedentes de embarazo ectópico

Aprobación en Chile:

- Aprobado y disponible sin receta para mayores de 14 años

Levonorgestrel en minidosis:

Consiste en la toma dos dosis de 25 pastillas de 30 mcg de LNG cada una (minidosis), separadas por 12 horas. La cantidad de levonorgestrel de las 25 píldoras es igual a la que contiene una píldora de anticoncepción de emergencia (PAE) de dosis única (1,5 mg) o dos tomas de 0,75 mg cada 12 horas.

2. *Acetato de Ulipristal (AUP)**

Mecanismo de acción:

- Inhibe o retrasa la ovulación, incluso si se administra justo antes de la ovulación.
- Modula la receptividad endometrial.

Dosificación:

- 30 mg en dosis única.

Eficacia:

- Hasta 98% si se usa dentro de las 120 horas post-coito.
- Más efectivo que LNG, especialmente después de las 72 horas.

Contraindicaciones:

- Embarazo (por falta de datos de seguridad).
- Lactancia (suspender lactancia por 7 días posadministración).

3. *DIU - TCU*

- Puede usarse como AE hasta 7 días después de un coito no protegido

Nota: *No aprobado en Chile al momento de esta guía



4. *Método Yuzpe (no recomendado si PAE con LNG está disponible)*

Mecanismo de acción:

- Similar al LNG

Dosificación:

- Uso habitual, que contienen 0.3 mg de etinilestradiol y 0.15 mg de levonorgestrel. Se toman 4 pastillas cada 12 horas por 2 veces.

Nota: Otra forma de usar el Método de Yuzpe, es tomando otros preparados comerciales que contienen levonorgestrel y etinilestradiol con dosis un poco menor (0,02 mg de etinilestradiol y 0.10 mg de levonorgestrel), en cuyo caso se deben tomar 5 píldoras cada 12 horas por 2 veces

Eficacia:

- Menor que LNG y UPA
- Mayor incidencia de efectos secundarios (potencial mayor riesgo de TVE por dosis elevada de EE).

Contraindicaciones:

- Las mismas que para los AOC regulares

Consideraciones clínicas:

1. Tiempo de uso:

- LNG: Hasta 72 horas post-coito (puede usarse hasta 120 horas, con eficacia reducida)
- UPA: Hasta 120 horas post-coito

2. Efectos secundarios:

- Náuseas, vómitos, cefalea, fatiga, dolor abdominal
- Alteraciones menstruales transitorias

3. Interacciones:

- Inductores enzimáticos pueden reducir la eficacia
- UPA puede interactuar con progestágenos, reduciendo su eficacia anticonceptiva

4. Seguimiento:

- Prueba de embarazo si no hay sangrado (menstruación) en 3 semanas
- Iniciar o reiniciar anticonceptivos regulares

5. Uso repetido:

- Puede usarse más de una vez en el mismo ciclo si es necesario
- Aconsejar sobre métodos anticonceptivos regulares más efectivos

6. Obesidad:

- La eficacia puede estar reducida en mujeres con IMC >30 kg/m²
- Considerar doblar la dosis de LNG en mujeres obesas



Consideraciones adicionales:

1. Educación y consejería:

- Informar sobre el uso correcto y las expectativas realistas de eficacia
- Discutir opciones de anticoncepción regular a largo plazo

2. Accesibilidad:

- En Chile, el LNG está disponible sin receta para mayores de 14 años
- Considerar barreras potenciales para el acceso (costo, estigma, falta de conocimiento)

3. Uso en adolescentes:

- La anticoncepción de emergencia es segura y efectiva en adolescentes
- Proporcionar consejería sobre anticoncepción regular y prevención de ITS

4. Lactancia:

- LNG es seguro durante la lactancia
- Para AUP, suspender la lactancia por 7 días posadministración

5. Efecto en el embarazo establecido:

- Ni LNG ni AUP son abortivos si ya se ha producido la implantación
- No hay evidencia de efectos teratogénicos si se usa inadvertidamente durante el embarazo temprano

6. Pruebas de embarazo:

- No es necesario realizar una prueba de embarazo antes de administrar anticoncepción de emergencia
- Realizar prueba si hay retraso menstrual de más de 7 días

7. Efectos en la fertilidad futura:

- El uso de anticoncepción de emergencia no afecta la fertilidad futura

8. Prevención de ITS:

- La anticoncepción de emergencia no protege contra ITS
- Recomendar el uso de condones para la prevención de ITS

9. Violencia sexual:

- Ofrecer anticoncepción de emergencia como parte del manejo integral de víctimas de violencia sexual

10. Farmacogenética:

- Investigación emergente sobre variaciones genéticas que pueden afectar la eficacia de la anticoncepción de emergencia

Recomendaciones finales:

1. La anticoncepción de emergencia debe ser fácilmente accesible y ofrecerse de manera oportuna.
2. Educar a las usuarias sobre su uso correcto y la importancia de iniciar un método anticonceptivo regular.
3. Considerar la provisión anticipada de anticoncepción de emergencia en mujeres de alto riesgo.
4. Mantenerse actualizado sobre las opciones disponibles y las regulaciones locales.
5. Abordar los mitos y conceptos erróneos sobre la anticoncepción de emergencia durante la consejería.

Esta sección proporciona una visión general de la anticoncepción de emergencia con énfasis en los métodos hormonales, particularmente el levonorgestrel aprobado en Chile.

Bibliografía:

1. Glasier A, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*. 2010;375(9714):555-562.
2. Cleland K, et al. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod*. 2012;27(7):1994-2000.
3. Gemzell-Danielsson K, et al. Emergency contraception - mechanisms of action. *Contraception*. 2013;87(3):300-308.
4. Shen J, et al. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):CD001324.
5. Jatlaoui TC, et al. The safety of pharmacologic abortion options prior to 64 days' gestation: a systematic review. *Contraception*. 2018;97(5):402-411.
6. Kapp N, et al. A research agenda for moving early medical pregnancy termination over the counter. *BJOG*. 2017;124(11):1646-1652.
7. Ministerio de Salud de Chile. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. 2018. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf

10.2. Indicaciones y prescripción de la anticoncepción de emergencia

Indicaciones:

1. Relación sexual sin protección
2. Fallo del método anticonceptivo regular:
 - Rotura o deslizamiento del condón
 - Olvido de píldoras anticonceptivas (2 o más)
 - Retraso en la aplicación del parche o inserción del anillo vaginal
 - Expulsión parcial o total del DIU
3. Violencia sexual
4. Exposición a teratógenos en mujeres que no usaban anticoncepción efectiva

Prescripción en Chile:

Levonorgestrel (LNG) es el único método de anticoncepción de emergencia hormonal aprobado en Chile.

Dosificación:

- 1.5 mg de LNG en dosis única, lo antes posible después del coito no protegido
- Alternativamente, dos dosis de 0.75 mg separadas por 12 horas

Tiempo de uso:

- Hasta 72 horas después del coito no protegido
- Puede usarse hasta 120 horas, con eficacia reducida

Acceso:

- Disponible sin receta para mayores de 14 años en farmacias
- Gratuito en el sistema público de salud

Protocolo de prescripción:

1. Evaluación inicial:

- Confirmar la necesidad de anticoncepción de emergencia
- Descartar embarazo establecido (aunque no es una contraindicación absoluta)
- Evaluar el tiempo transcurrido desde el coito no protegido

2. Consejería:

- Explicar el mecanismo de acción y eficacia esperada
- Informar sobre posibles efectos secundarios
- Discutir opciones de anticoncepción regular a futuro

3. Administración:

- Preferiblemente bajo supervisión directa
- Proporcionar instrucciones claras si se entrega para autoadministración

4. Manejo de efectos secundarios:

- Considerar antieméticos si hay antecedentes de náuseas severas
- Informar sobre posibles alteraciones del ciclo menstrual

5. Seguimiento:

- Programar visita de seguimiento en 3 semanas
- Realizar prueba de embarazo si no hay menstruación en 3 semanas
- Iniciar o reiniciar anticoncepción regular

Consideraciones especiales:

1. Adolescentes:

- No se requiere consentimiento de los padres para mayores de 14 años
- Proporcionar consejería adaptada a su nivel de comprensión

2. Lactancia:

- LNG es seguro durante la lactancia
- No es necesario interrumpir la lactancia

3. Uso repetido:

- Puede usarse más de una vez en el mismo ciclo si es necesario
- Enfatizar la importancia de adoptar un método anticonceptivo regular más efectivo

4. Obesidad:

- Considerar aumentar la dosis a 3 mg de LNG en mujeres con IMC >30 kg/m²

5. Interacciones medicamentosas:

- Informar sobre posible reducción de eficacia con inductores enzimáticos
- Considerar aumentar la dosis si se usan medicamentos inductores.

Recomendaciones adicionales para la práctica clínica en Chile:

1. **Educación comunitaria:**
 - Promover el conocimiento sobre la disponibilidad y uso correcto de la anticoncepción de emergencia
 - Desmitificar conceptos erróneos sobre sus efectos y mecanismo de acción
2. **Capacitación del personal de salud:**
 - Asegurar que todos los proveedores de salud estén actualizados sobre las normas y protocolos de anticoncepción de emergencia
 - Enfatizar la importancia de proporcionar el método sin juicios ni barreras innecesarias
3. **Integración con otros servicios:**
 - Ofrecer anticoncepción de emergencia como parte de la atención integral en servicios de urgencia, atención primaria y programas de salud sexual y reproductiva
4. **Seguimiento y continuidad de cuidado:**
 - Utilizar la provisión de anticoncepción de emergencia como una oportunidad para iniciar métodos anticonceptivos regulares más efectivos
 - Proporcionar información sobre prevención de ITS y ofertar pruebas de detección
5. **Manejo de casos especiales:**
 - Desarrollar protocolos específicos para la atención de adolescentes y víctimas de violencia sexual
 - Considerar la provisión anticipada de anticoncepción de emergencia en grupos de alto riesgo
6. **Monitoreo y evaluación:**
 - Implementar sistemas para monitorear el acceso y uso de la anticoncepción de emergencia a nivel nacional
 - Evaluar el impacto en las tasas de embarazos no planificados y abortos
7. **Aspectos éticos y legales:**
 - Velar por que los proveedores de salud conozcan sus obligaciones legales y éticas respecto a la provisión de anticoncepción de emergencia
 - Proteger la confidencialidad y privacidad de las usuarias, especialmente las adolescentes
8. **Investigación local:**
 - Fomentar estudios sobre patrones de uso, barreras de acceso y efectividad de la anticoncepción de emergencia en el contexto chileno.
9. **Coordinación intersectorial:**
 - Colaborar con el sector educativo para incluir información sobre anticoncepción de emergencia en los programas de educación sexual integral
 - Trabajar con organizaciones comunitarias para mejorar el acceso y la aceptabilidad del método
10. **Actualización de guías clínicas:**
 - Revisar y actualizar periódicamente las guías nacionales sobre anticoncepción de emergencia basándose en la evidencia más reciente.

Es importante recordar que estas recomendaciones deben adaptarse a las políticas y regulaciones específicas de Chile, y que los profesionales de la salud deben mantenerse actualizados sobre cualquier cambio en las normativas locales relacionadas con la anticoncepción de emergencia

Bibliografía:

1. *Ministerio de Salud de Chile. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. 2018.*
2. *Brache V, et al. Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. Contraception. 2013;88(5):611-618.*
3. *Gemzell-Danielsson K, et al. Emergency contraception - mechanisms of action. Contraception. 2013;87(3):300-308.*
4. *Kapp N, et al. Efficacy of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2015;213(3):348-359.*
5. *Jatlaoui TC, et al. The safety of pharmacologic abortion options prior to 64 days' gestation: a systematic review. Contraception. 2018;97(5):402-411.*
6. *Edelman AB, et al. Emergency contraception. Semin Reprod Med. 2016;34(5):305-312.*
7. *Shen J, et al. Interventions for emergency contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):CD001324.*

II. Consejería anticonceptiva y aspectos prácticos

II.1. Selección del método

1. Evaluación inicial:

- Historia clínica completa
- Antecedentes personales y familiares
- Hábitos y estilo de vida
- Preferencias y expectativas de la paciente

2. Factores que considerar:

- Eficacia del método
- Seguridad y contraindicaciones médicas
- Facilidad de uso y adherencia
- Reversibilidad
- Efectos secundarios potenciales
- Beneficios no anticonceptivos
- Costo y accesibilidad

3. Proceso de consejería:

- Proporcionar información clara y objetiva sobre todos los métodos disponibles
- Abordar mitos y conceptos erróneos
- Ayudar a la paciente a evaluar ventajas y desventajas de cada opción
- Respetar la autonomía y elección informada de la paciente

4. Consideraciones especiales:

- Edad (adolescentes, perimenopáusicas)
- Paridad y planes reproductivos futuros
- Lactancia
- Condiciones médicas preexistentes
- Interacciones medicamentosas

5. Pasos finales:

- Proporcionar instrucciones detalladas sobre el uso del método elegido
- Discutir manejo de efectos secundarios y situaciones de emergencia
- Programar seguimiento y ofrecer contacto para dudas o problemas
- Recuerde siempre tomar presión arterial y calcular IMC de la usuaria
- Sólo realice examen ginecológico frente a elección de uso DIU

Tabla II. Consejería práctica para métodos anticonceptivos hormonales:

Método	Eficacia	Ventajas	Desventajas	Consideraciones especiales
AOC	Alta	- Control del ciclo - Beneficios no anticonceptivos	- Uso diario - Riesgo TEV	- Contraindicado en migraña con aura - Precaución en >35 años fumadoras
Parche	Alta	- Uso semanal - No afectado por vómitos/diarrea	- Visible - Puede despegarse	- Menos eficaz en mujeres >90 kg
Anillo vaginal	Alta	- Uso mensual - Menor dosis hormonal	- Requiere manipulación	- Posible expulsión inadvertida
POP	Alta (si uso perfecto)	- Seguro en lactancia - Sin estrógenos	- Uso diario estricto - Sangrado irregular	- Opción para mujeres con contraindicaciones para estrógenos
Implante	Muy alta	- Larga duración (3-5 años) - No requiere cumplimiento diario	- Requiere procedimiento - Sangrado impredecible	- Excelente opción para adolescentes
AMPD	Alta	- Uso cada 3 meses - Puede reducir crisis de anemia falciforme	- Retraso en retorno a fertilidad - Posible pérdida de DMO	- Considerar alternativas si preocupa la DMO
DIU-LNG	Muy alta	- Larga duración (3-7 años) - Reduce sangrado menstrual	- Requiere inserción - Dolor/sangrado inicial	- Opción para mujeres con menorragia

DMO: Densidad mineral ósea, TEV: Tromboembolismo venoso

Recomendaciones adicionales para la práctica clínica:

1. **Enfoque centrado en la usuaria:**
 - Utilizar un modelo de toma de decisiones compartida
 - Adaptar la información al nivel educativo y cultural de la paciente
 - Respetar las preferencias y valores de la paciente
2. **Herramientas de apoyo a la decisión:**
 - Utilizar ayudas visuales, folletos o aplicaciones móviles para facilitar la comprensión
 - Considerar el uso de modelos o muestras de los diferentes métodos
3. **Manejo de expectativas:**
 - Discutir abiertamente los posibles efectos secundarios y cómo manejarlos
 - Establecer expectativas realistas sobre la eficacia y los beneficios no anticonceptivos
4. **Consideración de factores psicosociales:**
 - Explorar el contexto de relaciones y apoyo social de la paciente
 - Abordar posibles barreras para el uso consistente y correcto del método
5. **Integración de la prevención de ITS:**
 - Discutir la necesidad de protección dual cuando sea apropiado
 - Ofrecer pruebas de detección de ITS según las guías locales
6. **Seguimiento y continuidad del cuidado:**
 - Programar visitas de seguimiento, especialmente para métodos nuevos
 - Proporcionar información sobre cómo obtener ayuda o cambiar de método si es necesario
7. **Actualización continua:**
 - Mantenerse informado sobre nuevos métodos y actualizaciones en las guías de práctica clínica
 - Participar en programas de educación continua sobre consejería anticonceptiva
8. **Consideraciones éticas:**
 - Asegurar la confidencialidad, especialmente en la atención a adolescentes
 - Evitar la coerción y respetar el derecho de la paciente a declinar cualquier método
9. **Manejo de situaciones especiales:**
 - Desarrollar protocolos para la consejería en casos de violencia de pareja o coerción reproductiva
 - Considerar las necesidades específicas de poblaciones vulnerables (adolescentes, mujeres con discapacidades, etc.)
10. **Evaluación de la calidad de la consejería:**
 - Implementar mecanismos de retroalimentación de las pacientes
 - Realizar auditorías periódicas de la calidad de la consejería anticonceptiva

Ejemplo práctico de guía para consejería anticonceptiva:

1. Bienvenida y establecimiento de prioridades
2. Exploración de las necesidades y preferencias de la paciente
3. Evaluación de la elegibilidad médica para diferentes métodos
4. Presentación de opciones anticonceptivas adecuadas
5. Discusión detallada de los métodos de interés para la paciente
6. Abordaje de preocupaciones y preguntas
7. Apoyo en la toma de decisiones
8. Instrucciones detalladas sobre el método elegido
9. Discusión sobre manejo de efectos secundarios y situaciones de emergencia
10. Programación de seguimiento y cierre de la sesión

Tabla 12. Preguntas clave para la consejería anticonceptiva:

Área	Preguntas
Objetivos reproductivos	¿Desea tener hijos en el futuro? ¿Cuándo?
Experiencia previa	¿Qué métodos ha usado antes? ¿Cómo fue su experiencia?
Preferencias	¿Prefiere un método diario, semanal, mensual o de larga duración?
Beneficios no anticonceptivos	¿Tiene problemas menstruales que le gustaría mejorar?
Preocupaciones	¿Qué ha escuchado sobre los anticonceptivos que le preocupe?
Apoyo social	¿Su entorno más cercano o pareja apoya el uso de anticonceptivos?
Accesibilidad	¿Tiene alguna limitación para obtener o usar anticonceptivos regularmente?
Confidencialidad	¿Tiene preocupaciones sobre la privacidad en el uso de anticonceptivos?

Aspectos adicionales para mejorar la consejería anticonceptiva:

1. **Enfoque en el ciclo de vida:**
 - Adaptar la consejería según la etapa de vida de la paciente (adolescencia, edad reproductiva, perimenopausia)
 - Discutir cómo las necesidades anticonceptivas pueden cambiar con el tiempo
2. **Consejería anticipada:**
 - Proporcionar información sobre qué esperar al iniciar un nuevo método
 - Discutir estrategias para manejar efectos secundarios comunes antes de que ocurran
3. **Inclusión de la pareja:**
 - Ofrecer la opción de incluir a la pareja en la consejería, si la paciente lo desea
 - Abordar la importancia de la comunicación en la pareja sobre planificación familiar
4. **Atención a poblaciones diversas:**
 - Desarrollar habilidades para proporcionar consejería culturalmente competente
 - Considerar las necesidades específicas de grupos minoritarios o poblaciones vulnerables.
6. **Manejo de mitos y desinformación:**
 - Abordar proactivamente los mitos comunes sobre anticonceptivos
 - Proporcionar recursos confiables para que las pacientes obtengan información precisa.
7. **Enfoque en la autonomía y empoderamiento:**
 - Fomentar la toma de decisiones informada y autónoma
 - Reforzar la capacidad de la usuaria para manejar su salud reproductiva
8. **Consideración de factores socioeconómicos:**
 - Discutir opciones de acceso o programas de asistencia
 - Considerar el impacto del costo a largo plazo en la elección del método
9. **Atención a la salud mental:**
 - Explorar cómo los anticonceptivos pueden afectar el estado de ánimo
 - Considerar la derivación a servicios de salud mental cuando sea apropiado
10. **Evaluación continua de la satisfacción:**
 - Implementar mecanismos para evaluar la satisfacción de las usuarias con su método
 - Ofrecer oportunidades para cambiar de método si no están satisfechas.

Ejemplo de lista de verificación para la consejería anticonceptiva:

- Evaluación de la historia médica y reproductiva.
- Discusión de objetivos reproductivos a corto y largo plazo.
- Presentación de todos los métodos anticonceptivos apropiados.
- Evaluación de preferencias y preocupaciones de la usuaria.
- Explicación detallada de eficacia, uso y efectos secundarios del método elegido.
- Demostración del uso correcto del método (si aplica).
- Discusión sobre manejo de efectos secundarios y situaciones de emergencia.
- Información sobre beneficios no anticonceptivos.
- Abordaje de mitos o conceptos erróneos.
- Plan de seguimiento y contacto para dudas o problemas.

Consideraciones finales:

La consejería anticonceptiva efectiva requiere habilidades de comunicación, conocimiento técnico actualizado y sensibilidad cultural.

Es importante adaptar el enfoque a las necesidades individuales de cada usuaria.

La consejería debe ser un proceso continuo, no un evento único, permitiendo a las usuarias reevaluar sus opciones a lo largo del tiempo.

La evaluación regular de las prácticas de consejería y la formación continua del personal de salud son esenciales para mantener la calidad del servicio.

Bibliografía:

1. World Health Organization. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. 2018 Edition.
2. Dehlendorf C, et al. *Contraceptive counseling: best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use*. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):659-673.
3. Donnelly KZ, et al. *Counseling about IUDs: A mixed-methods analysis*. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014;46(3):133-140.
4. Gomez AM, et al. *It's that time of the month: A qualitative study of the contraceptive counseling preferences of adolescents and young adults*. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(2):103-108.
5. Madden T, et al. *The role of contraceptive attributes in women's contraceptive decision making*. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(1):46. e1-46. e6.
6. Wyatt KD, et al. *Women's values in contraceptive choice: a systematic review of relevant attributes included in decision aids*. *BMC Womens Health*. 2014; 14:28.
7. Dehlendorf C, et al. *Development and evaluation of a patient-centered contraceptive decision support tool*. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(5): 552.e1-552.e9.
8. Holt K, et al. *The role of patient-centered counseling in women's decision-making about contraception: a systematic review of randomized controlled trials*. *Contraception*. 2017;95(5):437-454.
9. Tay JI, et al. *"Quality of contraceptive counseling and its impact on contraceptive use: a systematic review."* *Contraception*. 2020;102(3):152-162.
10. Sapkota S, et al. *"Interventions for improving contraceptive use among women: overview of systematic reviews."* *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3(3):CD013536.
11. Tibajjuka L, et al. *"Use of a mobile phone app to improve contraceptive adherence: a qualitative study of users' perspectives."* *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021;9(4):e17609.

11.2. Mejora de la adherencia

- 1. Educación y consejería:**
 - Proporcionar información clara sobre el uso correcto del método
 - Explicar la importancia de la adherencia para la eficacia anticonceptiva
 - Discutir posibles efectos secundarios y cómo manejarlos
- 2. Elección del método apropiado:**
 - Considerar el estilo de vida y preferencias de la usuaria.
 - Evaluar la capacidad de la usuaria para cumplir con el régimen del método
- 3. Simplificación del régimen:**
 - Considerar métodos de larga duración (LARC) para usuarias con dificultades de adherencia
 - Optar por regímenes de dosificación menos frecuentes cuando sea posible
- 4. Uso de recordatorios:**
 - Recomendar el uso de aplicaciones móviles para recordatorios
 - Sugerir asociar la toma del anticonceptivo con una rutina diaria
- 5. Manejo de efectos secundarios:**
 - Anticipar y discutir posibles efectos secundarios
 - Proporcionar estrategias para manejar efectos secundarios comunes
 - Ofrecer seguimiento temprano para abordar problemas
- 6. Seguimiento regular:**
 - Programar visitas de seguimiento, especialmente en los primeros meses
 - Utilizar llamadas telefónicas o mensajes de texto para seguimiento
- 7. Apoyo social:**
 - Involucrar a la pareja o familia en la educación sobre anticoncepción
 - Considerar grupos de apoyo o educación entre pares
- 8. Abordar barreras:**
 - Identificar y abordar barreras para la adherencia (costo, acceso, creencias culturales)
 - Proporcionar información sobre recursos comunitarios o programas de asistencia
- 9. Uso de incentivos:**
 - Considerar programas de incentivos para mejorar la adherencia a largo plazo
 - Enfatizar los beneficios no anticonceptivos como motivación adicional
- 10. Técnicas de comunicación motivacional:**
 - Utilizar entrevistas motivacionales para fomentar el cambio de comportamiento
 - Ayudar a la usuaria a establecer metas personales relacionadas con la anticoncepción



Recomendaciones específicas por método:

- 1. Anticonceptivos orales combinados (AOC):**
 - Sugerir tomar la píldora a la misma hora cada día
 - Proporcionar instrucciones claras sobre qué hacer en caso de olvido
 - Considerar regímenes extendidos o continuos para simplificar el uso
- 2. Parche transdérmico:**
 - Enseñar la correcta aplicación y sitios de colocación
 - Recomendar revisar diariamente la adherencia del parche
 - Proporcionar parches de respaldo en caso de desprendimiento
- 3. Anillo vaginal:**
 - Demostrar la inserción y extracción correcta
 - Sugerir establecer un recordatorio mensual para el cambio
 - Discutir qué hacer si el anillo se expulsa accidentalmente
- 4. Inyectables:**
 - Proporcionar un calendario con las fechas de las próximas inyecciones
 - Ofrecer recordatorios para las citas de inyección
 - Discutir la ventana de tiempo aceptable para la siguiente dosis (+/-3 días)
- 5. Implantes y DIU:**
 - Enfatizar la conveniencia de estos métodos de larga duración
 - Enseñar a verificar la presencia del implante o los hilos del DIU
 - Programar revisiones periódicas para asegurar la correcta colocación

Estrategias adicionales:

1. Utilizar materiales educativos visuales y táctiles
2. Implementar programas de "dosis perdidas" para facilitar el acceso a anticonceptivos
3. Ofrecer opciones de telemedicina para consultas de seguimiento y renovación de recetas
4. Implementar un sistema de "compañero anticonceptivo" para apoyo mutuo
5. Utilizar contratos de adherencia para establecer compromiso y metas
6. Proporcionar un "kit de inicio" con suministros y materiales educativos
7. Desarrollar un plan de acción personalizado para cada usuaria

Herramientas para mejorar la adherencia:

- 1. Diarios de anticoncepción:**
 - Fomentar el registro diario del uso del método
 - Incluir espacio para anotar efectos secundarios o preocupaciones
- 2. Aplicaciones móviles específicas:**
 - Recomendar aplicaciones validadas para seguimiento anticonceptivo
 - Asegurarse de que la usuaria está cómoda con la tecnología
- 3. Sistemas de mensajería:**
 - Implementar recordatorios por SMS o WhatsApp
 - Personalizar el contenido y la frecuencia de los mensajes
- 4. Dispositivos de dosificación:**
 - Sugerir el uso de pastilleros con alarma para AOC
 - Considerar dispensadores automáticos para mejorar la adherencia
- 5. Escalas visuales de adherencia:**
 - Utilizar gráficos o calendarios para visualizar el cumplimiento
 - Fomentar la automonitorización de la adherencia

Abordaje de poblaciones específicas:

- 1. Adolescentes:**
 - Enfatizar la confidencialidad
 - Utilizar lenguaje y ejemplos apropiados para su edad
 - Considerar el apoyo de pares o mentores
- 2. Mujeres con múltiples responsabilidades:**
 - Discutir estrategias para integrar el uso de anticonceptivos en rutinas diarias
 - Considerar métodos que requieran menor atención diaria
- 3. Mujeres con condiciones crónicas:**
 - Coordinar el uso de anticonceptivos con otros medicamentos
 - Discutir posibles interacciones medicamentosas
- 4. Mujeres en situación de vulnerabilidad:**
 - Identificar recursos comunitarios de apoyo
 - Considerar la provisión de suministros a largo plazo

Evaluación y mejora continua:

- 1. Monitoreo regular:**
 - Utilizar cuestionarios validados para evaluar la adherencia
 - Realizar seguimiento telefónico entre visitas clínicas
- 2. Retroalimentación positiva:**
 - Reconocer y reforzar los esfuerzos de adherencia
 - Celebrar los hitos de uso continuo
- 3. Ajuste del plan:**
 - Reevaluar periódicamente la idoneidad del método
 - Estar abierto a cambios de método si la adherencia es un problema persistente
- 4. Educación continua del personal:**
 - Capacitar al personal en técnicas de consejería para mejorar la adherencia
 - Mantenerse actualizado sobre nuevas estrategias y herramientas



Recomendaciones finales para mejorar la adherencia:

1. **Enfoque personalizado:**
 - Adaptar las estrategias de adherencia a las necesidades y preferencias individuales de cada usuaria.
 - Considerar factores como el estilo de vida, nivel educativo y apoyo social.
2. **Comunicación continua:**
 - Establecer canales de comunicación abiertos y accesibles para que las usuarias puedan resolver dudas o problemas rápidamente.
 - Utilizar múltiples medios de comunicación (teléfono, correo electrónico, mensajes de texto) según la preferencia de la usuaria.
3. **Empoderamiento de la usuaria:**
 - Fomentar la autoeficacia y la toma de decisiones informada.
 - Proporcionar herramientas y conocimientos para que las usuarias puedan manejar su anticoncepción de manera independiente.
4. **Integración con la atención primaria:**
 - Coordinar la atención anticonceptiva con otros aspectos de la salud de la usuaria.
 - Involucrar a otros proveedores de atención primaria en el refuerzo de la adherencia anticonceptiva.
5. **Uso de tecnología:**
 - Explorar el uso de tecnologías emergentes como la inteligencia artificial y los chatbots para proporcionar apoyo continuo.
 - Considerar el uso de dispositivos portátiles para el seguimiento de la adherencia.
6. **Abordaje de factores psicosociales:**
 - Evaluar y abordar factores como el estrés, la depresión y la ansiedad que pueden afectar la adherencia.
 - Ofrecer derivaciones a servicios de salud mental cuando sea necesario.
7. **Flexibilidad en las opciones:**
 - Estar abierto a cambios de método si la adherencia es un problema persistente.
 - Considerar la combinación de métodos (por ejemplo, AOC + condones) para mejorar la eficacia general.
8. **Seguimiento proactivo:**
 - Implementar un sistema de seguimiento proactivo, especialmente durante los primeros meses de uso de un nuevo método.
 - Utilizar llamadas automáticas o mensajes de texto para verificar la adherencia y ofrecer apoyo.
9. **Educación comunitaria:**
 - Colaborar con organizaciones comunitarias para proporcionar educación sobre anticoncepción y adherencia.
 - Desarrollar programas de educación entre pares para adolescentes y jóvenes adultos.
10. **Evaluación continua:**
 - Implementar sistemas para evaluar regularmente la adherencia y la satisfacción con el método.
 - Utilizar los datos recopilados para mejorar continuamente las estrategias de adherencia.

Bibliografia

1. Hall KS, et al. Role of young women's depression and stress symptoms in their weekly use and nonuse of contraceptive methods. *J Adolesc Health*. 2013;53(2):241-248.
2. Raine TR, et al. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol*. 2011;117(2 Pt 1):363-371.
3. Molloy GJ, et al. Adherence to hormonal contraception among women of reproductive age: a systematic review. *Psychosom Med*. 2012;74(4):435-445.
4. Picardo C, Ferreri S. Pharmacist-led interventions to enhance reproductive health outcomes. *Am J Health Syst Pharm*. 2010;67(24):2079-2085.
5. Dehlendorf C, et al. Developing and testing a decision support intervention for patients choosing between contraceptive methods. *Patient Educ Couns*. 2018;101(11):1986-1993.
6. Castaño PM, et al. Effect of daily text messages on oral contraceptive continuation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012;119(1):14-20.
7. Sridhar A, Chen A, Forbes ER, Glik D. Mobile application for information on reversible contraception: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(6):774.e1-7.
8. Hall KS, et al. Stressful life events around the time of unplanned pregnancy and women's health: Exploratory findings from a national sample. *Matern Child Health J*. 2018;22(10):1475-1482.

12. Tablas Anexas (Continuación)

Tabla 13.1

Indicaciones de tipos y opciones de uso terapéutico de anticonceptivos hormonales para diversas condiciones y enfermedades:

Condición/Enfermedad	AOC	PSP	Parche	Anillo	Implante	AMPD	SIU-LNG
Dismenorrea	+++	+	+++	+++	++	++	+++
Menorragia	++	+	++	++	+	++	+++
Síndrome premenstrual	+++	+	+++	+++	+	++	++
Endometriosis	+++	+	+++	+++	++	+++	+++
Miomas uterinos	++	+	++	++	+	++	+++
Acné	+++	+	+++	+++	+	-	-
Hirsutismo	++	-	++	++	-	-	-
Síndrome de ovario poliquístico	+++	+	+++	+++	+	+	+
Anemia por deficiencia de hierro	++	+	++	++	+	++	+++
Quistes ováricos funcionales	+++	+	+++	+++	++	++	+
Dolor pélvico crónico	++	+	++	++	+	++	++
Trastornos de la coagulación	-	+	-	-	+	+	+++
Osteoporosis (prevención)	+	-	+	+	-	-	-
Síntomas perimenopáusicos	++	+	++	++	+	+	+
Enfermedad pélvica inflamatoria (prevención)	++	+	++	++	+	+	+++
Cáncer de ovario (prevención)	+++	+	+++	+++	+	+	+
Cáncer de endometrio (prevención)	+++	+	+++	+++	+	++	+++
Mastalgia cíclica	++	+	++	++	+	++	+
Dismenorrea en adolescentes	+++	+	+++	+++	++	++	++
Sangrado uterino anormal	++	+	++	++	+	++	+++

Leyenda: +++: Muy efectivo / Primera línea de tratamiento ++: Efectivo / Opción de tratamiento

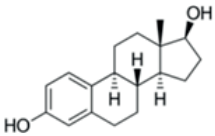
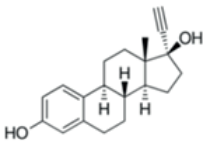
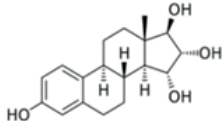
+ : Potencialmente beneficios: - No indicado / Sin efecto significativo

AOC: Anticonceptivos orales combinados **PSP:** Píldora de solo progestágeno **AMPD:** Acetato de medroxiprogesterona de depósito **SIU-LNG:** Sistema intrauterino de levonorgestrel

Nota: Esta tabla es una guía general. La elección del tratamiento debe individualizarse basándose en las características específicas de la paciente, la gravedad de la condición y las contraindicaciones potenciales. Siempre se debe consultar la información más actualizada y las guías clínicas vigentes.

Tabla 13.2:

Comparación estradiol (E2), etinilestradiol (EE) y estetrol (E4).

	Origen	Etinilestradiol	Estetrol
Origen	Natural Se sintetiza en el folículo ovárico en crecimiento, el cuerpo lúteo, la placenta, las células suprarrenales y de Leydig, el hígado, el endometrio, el músculo cerebral y el tejido graso		
Estructura Química Derivado sintético			
Dosis en AOC	20-50 µg	1-3 mg	15 mg
Progestágeno asociado en AOC	NOMAC, DNG	LNG, NETA, NGM, DSG, GSD, DRSP, CPA, DNG, CMA	DRSP
Perfil CK			
Biodisponibilidad oral	Baja biodisponibilidad oral, pero administrada ya sea micronizada o esterificado.	Buena biodisponibilidad oral	Buena biodisponibilidad oral
Metabolismo	Alto metabolismo en E1 (sulfato) y E3 (sulfato)	Alto metabolismo en varios conjugados (gluconorados sulfatados y metabolitos hidroxilados)	Sin metabolización
Tiempo de vida media	Vida media alrededor de 35 horas (E1 sirve como precursor de E2 y puede ser transformado de nuevo en E2)	Tiempo de vida media alrededor de 12 horas	Tiempo de vida media alrededor de 28 horas
Perfil PK		Alta selectividad para RE (mayor afinidad para-ER alfa)	Alta selectividad para RE (mayor afinidad para-ER alfa); primeros estrógenos nativos con acción específica en tejidos (NEST)
Impacto en la síntesis de proteínas hepáticas	Menor (contribución no despreciable de E1)	Mayor	Menor

Anticonceptivos orales combinados: AOC; CMA: acetato de clormadinona; CPA: acetato de ciproterona; DNG: dienogest; DRSP: drospirenona; DSG, desogestrel; RE: receptor de estrógenos; E1, estrona; E2: estradiol; E3, estriol; GSD: gestodeno; LNG, levonorgestrel; NETA: acetato de noretisterona; NGM, norgestimate; NOMAC, acetato de nomegestrol; DP: farmacodinámica; PK: farmacocinética.

Tabla 13.3

Resumen de Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos CDC (2020)

Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Accidente cerebrovascular [†]	Antecedentes de accidente cerebrovascular	1		2		2	3	3		2	3	4	
Anemias	a) Talasemia	2		1		1		1		1		1	
	b) Anemia drepanocítica [†]	2		1		1		1		1		2	
	c) Anemia ferropénica	2		1		1		1		1		1	
Anomalía anatómica	a) Distorsión de la cavidad uterina	4		4									
	b) Otras anomalías	2		2									
Antecedentes de hipertensión durante el embarazo		1		1		1		1		1		2	
Antecedentes de cirugía bariátrica [†]	a) Procedimientos restrictivos	1		1		1		1		1		1	
	b) Procedimientos malabsortivos	1		1		1		1		3		AOCs: 3 P/A: 1	
Antecedentes de cirugía pélvica		1		1		1		1		1		1	
Antecedentes de colestasis	a) Asociada al embarazo	1		1		1		1		1		2	
	b) En el pasado asociada a AOC	1		2		2		2		2		3	
Artritis reumatoide	a) En tratamiento inmunodepresor	2	1	2	1	1		2/3*		1		2	
	b) No está en tratamiento inmunodepresor	1		1		1		2		1		2	
Cáncer de cuello uterino	En espera de tratamiento	4	2	4	2	2		2		1		2	
Cáncer de ovario [†]		1		1		1		1		1		1	
Cáncer endometrial [†]		4	2	4	2	1		1		1		1	
Cardiopatía isquémica [†]	Actual y antecedentes	1		2		3		2		3		4	
Cefaleas	a) Sin migraña (leve o grave)	1		1		1		1		1		1*	
	b) Migraña												
	i) Sin aura (incluye migrañas menstruales)	1		1		1		1		1		2*	
	iii) Con aura	1		1		1		1		1		4*	
Cirrosis	a) Leve (compensada)	1		1		1		1		1		1	
	b) Grave [†] (descompensada)	1		3		3		3		3		4	
Diabetes	a) Antecedentes de diabetes gestacional solamente	1		1		1		1		1		1	
	b) Enfermedad no vascular												
	i) No insulino dependiente	1		2		2		2		2		2	
	ii) Insulino dependiente [†]	1		2		2		2		2		2	
	c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía [†]	1		2		2		3		2		3/4*	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de >20 años de duración [†]	1		2		2		3		2		3/4*		
Dismenorrea	Grave	2		1		1		1		1		1	
Ectropión del cuello uterino		1		1		1		1		1		1	
Edad		Menarquia a <20 años=2 ≥20 años=1		Menarquia a <20 años=2 ≥20 años=1		Menarquia a <18 años=1 18-45 años=1 >45 años=1		Menarquia a <18 años=2 18-45 años=1 >45 años=2		Menarquia a <18 años=1 18-45 años=1 >45 años=1		Menarquia a <40 años=1 ≥40 años=2	
Embarazo		4*		4*		NA*		NA*		NA*		NA*	
Embarazo ectópico anterior		1		1		1		1		2		1	
Endometriosis		2		1		1		1		1		1	
Enfermedad de la vesícula biliar	a) Sintomática												
	i) Tratamiento mediante colecistectomía	1		2		2		2		2		2	
	ii) Tratamiento médico	1		2		2		2		2		3	
	iii) Actual	1		2		2		2		2		3	
b) Asintomática	1		2		2		2		2		2		
Enfermedad de las mamas	a) Tumor sin diagnóstico	1		2		2*		2*		2*		2*	
	b) Enfermedades benignas de mamas	1		1		1		1		1		1	
	c) Antecedentes familiares de cáncer	1		1		1		1		1		1	
	d) Cáncer de mama [†]												
	i) Actual	1		4		4		4		4		4	
	ii) En el pasado y no hay evidencia actual de la enfermedad por 5 años	1		3		3		3		3		3	

Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Enfermedad de transmisión sexual (ETS)	a) Cervicitis purulenta o infección por clamidia o infección gonocócica	4	2*	4	2*	1		1		1		1	
	b) Vaginitis (incluso por <i>Trichomonas vaginalis</i> y <i>vaginosis bacteriana</i>)	2	2	2	2	1		1		1		1	
	c) Otros factores relacionados con ETS	2*	2	2*	2	1		1		1		1	
Enfermedad inflamatoria intestinal	(Enfermedad de Crohn's, colitis ulcerosa)	1		1		1		2		2		2/3*	
Enfermedad inflamatoria pélvica	a) En el pasado, (se presume que no hay factores de riesgo actuales de ETS)												
	i) Con embarazo subsiguiente	1	1	1	1	1		1		1		1	
	ii) Sin embarazo subsiguiente	2	2	2	2	1		1		1		1	
	b) Actual	4	2*	4	2*	1		1		1		1	
Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) [‡]	a) ETG sospechada (evacuación inmediatamente)												
	i) Tamaño del útero de primer trimestre	1*		1*		1*		1*		1*		1*	
	ii) Tamaño del útero de segundo trimestre	2*		2*		1*		1*		1*		1*	
	b) ETG confirmado												
	i) Niveles β-hCG sin detectar o no embarazada	1*	1*	1*	1*	1*		1*		1*		1*	
	ii) Disminución de niveles β-hCG	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		1*	
	iii) Persistentemente niveles elevados de β-hCG o enfermedad maligna, sin evidencia o sospecha de enfermedad intrauterina	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		1*	
iv) Persistentemente niveles elevados de β-hCG o enfermedad maligna, con evidencia o sospecha de enfermedad intrauterina	4*	2*	4*	2*	1*		1*		1*		1*		
Epilepsia [†]	(Ver Interacciones Entre Medicamentos)	1		1		1*		1*		1*		1*	
Esclerosis múltiple	a) Con la inmovilidad prolongada	1		1		1		2		1		3	
	b) Sin inmovilidad prolongada	1		1		1		2		1		1	
Esquistosomiasis	a) Sin complicaciones	1		1		1		1		1		1	
	b) Fibrosis hepática [‡]	1		1		1		1		1		1	
Fibroma uterino		2		2		1		1		1		1	
Fibrosis quística [‡]		1*		1*		1*		2*		1*		1*	
Fumar	a) Edad <35	1		1		1		1		1		2	
	b) Edad ≥35, <15 cigarrillos/día	1		1		1		1		1		3	
	c) Edad ≥35, ≥15 cigarrillos/día	1		1		1		1		1		4	
Hepatitis viral	a) Aguda o exacerbaciones	1		1		1		1		1		2	
	b) Portador/crónica	1		1		1		1		1		3/4*	
Hiperplasia endometrial		1		1		1		1		1		1	
Hipertensión	a) Hipertensión controlada adecuadamente	1*		1*		1*		2*		1*		3*	
	b) Niveles elevados de presión arterial (mediciones tomadas adecuadamente)												
	i) Sistólica 140-159 o diastólica 90-99	1*		1*		1*		2*		1*		3*	
	ii) Sistólica ≥160 o diastólica ≥100 [‡]	1*		2*		2*		3*		2*		4*	
	c) Vasculopatía	1*		2*		2*		3*		2*		4*	

Clave:	
1 No hay restricciones (se puede usar el método)	3 Los riesgos teóricos o comprobados por lo general son mayores que los beneficios
2 Los beneficios por lo general son mayores que los riesgos teóricos o comprobados	4 Riesgos para la salud no aceptable (no se debe usar el método)

Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Lactancia materna	a) <21 días posparto					2*		2*		2*			4*
	b) 21 a <30 días posparto												
	i) Con otros factores de riesgo de TEV					2*		2*		2*			3*
	ii) Sin otros factores de riesgo de TEV					2*		2*		2*			3*
	c) 30 a 42 días posparto												
	i) Con otros factores de riesgo de TEV					1*		1*		1*			3*
	ii) Sin otros factores de riesgo de TEV					1*		1*		1*			2*
d) >42 días posparto					1*		1*		1*			2*	
Lupus eritematoso sistémico [‡]	a) Anticuerpos antifosfolípidicos positivos (a desconocidos)	1*	1*	3*		3*		3*	3*	3*			4*
	b) Trombocitopenia grave	3*	2*	2*		2*		3*	2*	2*			2*
	c) Tratamiento inmunodepresor	2*	1*	2*		2*		2*	2*	2*			2*
	d) Ninguna de las anteriores	1*	1*	2*		2*		2*	2*	2*			2*
Miocardiopatía periparto [‡]	a) Funcionamiento cardíaco normal o con alteración leve												
	i) <6 meses	2		2		1		1		1			4
	ii) ≥6 meses	2		2		1		1		1			3
	b) Funcionamiento cardíaco alterado moderada o gravemente	2		2		2		2		2			4
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica	(como edad avanzada, fumar, diabetes, hipertensión, niveles bajos de HDL, LDL alto o niveles altos de triglicéridos)		1		2		2*		3*		2*		
													3/4*
Mutaciones trombogénicas [‡]		1*		2*		2*		2*		2*			4*
Neoplasia intraepitelial cervical		1		2		2		2		1			2
Neoplasias hepáticas	a) Benigna												
	i) Hiperplasia nodular focal	1		2		2		2		2			2
	ii) Adenoma hepatocelular [‡]	1		3		3		3		3			4
b) Malignas [‡] (Hepatoma)	1		3		3		3		3			4	
Número de partos	a) Nulípara	2		2		1		1		1			1
	b) Uno o más partos	1		1		1		1		1			1
Obesidad	a) ≥30 kg/m ² índice de masa corporal (IMC)	1		1		1		1		1			2
	b) Menarquia a <18 años y ≥30 kg/m ² IMC	1		1		1		2		1			2
Paludismo		1		1		1		1		1			1
Patrones de sangrado vaginal	a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1		1	1	2		2		2			1
	b) Sangrado abundante o prolongado	2*		1*	2*	2*		2*		2*			1*
Posaborto	a) Primer trimestre	1*		1*		1*		1*		1*			1*
	b) Segundo trimestre	2*		2*		1*		1*		1*			1*
	c) Inmediatamente después de un aborto séptico	4		4		1*		1*		1*			1*
Posparto (mujeres que no amamantan)	a) <21 días posparto					1		1		1			4
	b) 21 a 42 días posparto												
	i) Con otros factores de riesgo de TEV					1		1		1			3*
	ii) Sin otros factores de riesgo de TEV					1		1		1			2
	c) >42 días					1		1		1			1
Posparto (en mujeres que amamantan o mujeres que no amamantan, incluso después de la cesárea)	a) <10 minutos después de salir la placenta												
	i) Amamantamiento	1*		2*									
	ii) Que no amamantan	1*		1*									
	b) 10 minutos después de salir la placenta hasta <4 semanas	2*		2*									
	c) ≥4 semanas	1*		1*									
	d) Infección puerperal	4		4									

Abreviaciones: AMPD = acetato de medroxiprogesterona de depósito; AOC = anticonceptivos orales combinados; C = continuación del método anticonceptivo; AHC = anticonceptivos hormonales combinados; DIU-Cu = dispositivo intrauterino de cobre; DIU-LNG = dispositivo intrauterino con levonorgestrel; I = inicio del método anticonceptivo; ISRSs = Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; N/A = no aplica; P/A = parche y anillo vaginal; PPS = Píldora con progesterona solamente; TAR = Terapia antirretroviral; TEV = tromboembolismo venoso.

Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Sangrado vaginal sin causa aparente	(Se sospecha afección grave) antes de evaluación	4*	2*	4*	2*	3*		3*		2*		2*	
Trasplante de órganos macizos [‡]	a) Con complicaciones	3	2	3	2	2		2		2		4	
	b) Sin complicaciones	2		2		2		2		2		2*	
Trastornos de la tiroides	Bocio simple/ hipertiroidismo/ hipotiroidismo	1		1		1		1		1		1	
Trastornos depresivos		1*		1*		1*		1*		1*		1*	
Trombosis venosa profunda (TVP)/ Embolia Pulmonar (EP)	a) Antecedentes de TVP/EP, sin tratamiento anticoagulante actual												
	i) Riesgo mayor de TVP/EP recurrente	1		2		2		2		2		4	
	ii) Riesgo menor de TVP/EP recurrente	1		2		2		2		2		3	
	b) TVP/EP aguda	2		2		2		2		2		4	
	c) TVP/EP y tratamiento anticoagulante establecido por al menos 3 meses												
	i) Riesgo mayor de TVP/EP recurrente	2		2		2		2		2		4*	
	ii) Riesgo menor de TVP/EP recurrente	2		2		2		2		2		3*	
	d) Antecedentes familiares (parientes directos)	1		1		1		1		1		2	
	e) Cirugía mayor												
	i) Con inmovilización prolongada	1		2		2		2		2		4	
ii) Sin inmovilización prolongada	1		1		1		1		1		2		
f) Cirugía menor sin inmovilización	1		1		1		1		1		1		
Trastornos venosos superficiales	a) Várices	1		1		1		1		1		1	
	b) Trombosis venosa superficial (aguda o antecedentes)	1		1		1		1		1		3*	
Tuberculosis [‡] (ver las Interacciones entre medicamentos)	a) No pélvica	1	1	1	1	1*		1*		1*		1*	
	b) Pélvica	4	3	4	3	1*		1*		1*		1*	
Tumores ováricos benignos	(incluso quistes)	1		1		1		1		1		1	
Valvulopatías cardíacas	a) Sin complicaciones	1		1		1		1		1		2	
	b) Con complicaciones [‡]	1		1		1		1		1		4	
VIH	a) Alto riesgo	1*	1*	1*	1*	1		1		1		1	
	b) Infectado con el VIH					1*		1*		1*		1*	
	i) Clínicamente bien con tratamiento de TAR	1	1	1	1								
	ii) No clínicamente bien o sin tratamiento de TAR [‡]	2	1	2	1								
Interacciones Entre Medicamentos													
Antirretrovirales utilizados para la prevención (PrEP) o el tratamiento del VIH.	Fosamprenavir (FPV) Todas las otras TAR son 1 ó 2 para todos los métodos		1*		1*	2*		2*		2*		3*	
		1/2*		1/2*									
Terapia anticonvulsiva	a) Algunos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	1		1		2*		1*		3*		3*	
	b) Lamotrigina	1		1		1		1		1		3*	
Tratamiento antibiótico	a) Antibióticos de amplio espectro	1		1		1		1		1		1	
	b) Antifúngicos	1		1		1		1		1		1	
	c) Antiparasitario	1		1		1		1		1		1	
	d) Tratamiento con rifampicina o rifabutina	1		1		2*		1*		3*		3*	
ISRSS		1		1		1		1		1		1	
Hierba de San Juan		1		1		2		1		2		2	

Actualizado en 2020. *Consulte la guía completa para clarificaciones sobre esta clasificación.

‡Afección que expone a la mujer a un mayor riesgo debido a un embarazo. Este resumen solo contiene una parte de las recomendaciones de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos del US MEC. Para obtener las directrices completas consulte:

https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm

Consideraciones finales:

1. Implementación en la práctica clínica:

- Desarrollo de protocolos para la introducción de los nuevos métodos en la práctica diaria.
- Estrategias para la selección de usuarias que podrían beneficiarse más de estos anticonceptivos.

2. Farmacovigilancia:

- Importancia de reportar efectos adversos y participar en estudios poscomercialización.
- Establecimiento de registros a largo plazo para evaluar la seguridad continua.

3. Aspectos económicos:

- Análisis de costo-efectividad a largo plazo, considerando la potencial reducción de efectos adversos.
- Abogacía para la cobertura por parte de los sistemas de salud y seguros médicos.

4. Investigación traslacional:

- Estudios sobre los mecanismos moleculares de acción de estos estrógenos naturales.
- Exploración de posibles aplicaciones terapéuticas más allá de la anticoncepción.

5. Consideraciones éticas:

- Discusión sobre el balance riesgo-beneficio en poblaciones vulnerables o de alto riesgo.
- Evaluación de la equidad en el acceso a estas nuevas opciones anticonceptivas.

6. Impacto en la salud pública:

- Potencial para reducir la carga de enfermedad relacionada con efectos adversos de anticonceptivos.
- Estrategias para integrar estos métodos en programas de regulación de la fertilidad.

7. Formación médica:

- Actualización de currículos en escuelas de medicina y programas de residencia.
- Desarrollo de materiales educativos para usuarias sobre estos nuevos métodos.

8. Perspectivas futuras:

- Exploración de nuevas vías de administración para estrógenos naturales.
- Investigación sobre combinaciones con nuevos progestágenos.

Agradecimientos

A Laboratorio Gedeon Richter Chile por su apoyo irrestricto en la elaboración de este Manual.
Al Dr. Eduardo Correa A. por su colaboración en su edición y revisión exhaustiva.

Patrocinio

Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica (SOCHEG)



