

Capítulo 6
Anticonceptivos
inyectables

Revisado en Marzo de 1996

Directrices para los procedimientos clínicos en planificación familiar:
Una referencia para capacitadores

intrah

Esta publicación fue creada por INTRAH en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, para el proyecto PRIME, que es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (United States Agency for International Development - USAID), contrato #CCP-C-00-95-00005-0. Las ideas expresadas en este documento son la responsabilidad de INTRAH y no representan la política de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.



Cualquier parte de este documento puede ser reproducida o adaptada para satisfacer las necesidades locales sin obtener permiso de INTRAH, siempre y cuando se le dé reconocimiento a INTRAH y el material se distribuya gratis o a precio de costo. Cualquier reproducción comercial requiere la aprobación y el permiso de INTRAH. Para reproducir ilustraciones que citen una fuente de referencia que no sea INTRAH, debe de obtenerse permiso directamente de la fuente original.

INTRAH apreciaría mucho recibir una copia de todo material que use el texto o las ilustraciones de este documento.

Directrices para los procedimientos clínicos en planificación familiar: Una referencia para capacitadores. Capítulo 6: Anticonceptivos inyectables.

revisado en Marzo de 1996

ISBN 1-881961-27-3

© 1996 INTRAH

Este documento es una traducción de una versión revisado del Capítulo 6 en las *Directrices para los procedimientos clínicos en planificación familiar: Una referencia para capacitadores*, © 1993 INTRAH.

INTRAH
School of Medicine
The University of North Carolina at Chapel Hill
208 N. Columbia Street, CB# 8100
Chapel Hill, NC 27514, USA
Phone: 919-966-5639
Fax: 919-966-6816
E-mail: eudy@intrahus.med.unc.edu

INTRAH
Office for West, Central and North Africa
B.P. 12357
Lomé, Togo
Phone: 228-21-4059/22-0374
Fax: 228-21-4623
E-mail: intrah@cafe.tg

INTRAH
Office for East and Southern Africa
Norfolk Towers
Kijabe Street
P.O. Box 44958
Nairobi, Kenya
Phone: 254-2-211820/229670
Fax: 254-2-226824
E-mail: intrah@africaonline.co.ke

INTRAH
Office for Asia and the Near East
53 Lodhi Estate
New Delhi, India 110-003
Phone: 91-11-464-8891
91-11-463-6312/13
Fax: 91-11-464-8892
E-mail: INTRAH@GIASDL01.VSNL.NET.IN

LISTA DE ABREVIATURAS

AOC(s)	anticonceptivo(s) oral(es) combinado(s)
AQV	anticoncepción quirúrgica voluntaria
DIU	dispositivo intrauterino
DMPA	acetato de medroxiprogesterona de depósito (Depo-Provera®)
EPI	enfermedad pélvica inflamatoria
ETS(s)	enfermedad(es) de transmisión sexual
IM	inyección intramuscular
LAD	lipoproteínas de alta densidad
MELA	método de amenorrea de la lactancia
NET-EN	enantato de noretindrona (Noristerat®)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PA	presión arterial
PSP	píldoras sólo de progestinas
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

CAPITULO 6

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES SOLO DE PROGESTINA

En este capítulo se discute la administración, en clínicas, de anticonceptivos inyectables sólo de progestina. La administración de los inyectables sólo de progestina, tanto en la clínica como en centros comunitarios (cuando sea aplicable), debe seguir ciertos principios y precauciones en cuanto a un escoge informado, en cuanto a una evaluación para escoger un método apropiado, y en cuanto a seguir procedimientos cuidadosos para prevenir infecciones. Cuando los inyectables sólo de progestina se proveen a través de programas no basados en clínicas, el distribuidor debe de tener listas de referencia para asegurar que se sigan estos principios y que las clientas sean remitidas a una clínica, cuando sea necesario, para una evaluación más detallada o para el manejo de efectos secundarios. Estas clientas referidas, así como también las clientas que prefieren usar los servicios de una clínica, son las que se discuten en este capítulo.

Los dos tipos más comunes de inyectables sólo de progestina que están disponibles son el DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito, Depo-Provera®) y el NET-EN (enantato de noretindrona, Noristerat®). Algunas secciones de este capítulo hacen un poco más de énfasis en el DMPA debido a la mayor cantidad de información disponible en la literatura médica en cuanto al uso de este producto.

ETAPA 1

Discuta la experiencia previa de la clienta con los anticonceptivos inyectables sólo de progestina

Si la clienta ha utilizado alguna vez anticonceptivos inyectables sólo de progestina, tales como el DMPA (Depo-Provera®) o el NET-EN (Noristerat®):

- ¿por cuánto tiempo utilizó la clienta los anticonceptivos inyectables sólo de progestina?
- ¿estuvo la clienta satisfecha con los anticonceptivos inyectables sólo de progestina (por ejemplo, disponibilidad, comodidad, efectos secundarios o cualquier otro problema, embarazo)?
- ¿por qué dejó de utilizar la clienta los anticonceptivos inyectables sólo de progestina?

Si la clienta nunca ha usado los anticonceptivos inyectables sólo de progestina:

- ¿ha discutido alguna vez la clienta los anticonceptivos inyectables sólo de progestina con su pareja, con amigos o con familiares?
- ¿conoce la clienta a otra persona que usa los anticonceptivos inyectables sólo de progestina?
- ¿considera la clienta que su pareja u otras personas desaprobaban del uso de los anticonceptivos sólo de progestina? En caso afirmativo, ¿impediría esto que aceptase estos anticonceptivos?

Si la clienta ha escuchado rumores acerca de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina, lo siguiente puede ayudar a corregir ideas erróneas:

RUMOR: Una mujer que utiliza los anticonceptivos inyectables sólo de progestina no podrá quedar embarazada de nuevo.

HECHO: En general, a una mujer que ha parado de usar el DMPA le tomará aproximadamente 4 meses más el salir embarazada en comparación con una mujer que ha dejado de usar la píldora, el dispositivo intrauterino (DIU), u otros métodos de barrera.

RUMOR: Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina causan cáncer.

HECHO: La investigación actual **no** indica que los anticonceptivos inyectables sólo de progestina causen cáncer. En realidad, el DMPA previene el cáncer del revestimiento del útero y previene el cáncer de los ovarios.

RUMOR: La leche de las madres que utilizan anticonceptivos inyectables sólo de progestina es nociva ou para los lactantes.

HECHO: Se ha demostrado en varios estudios que la leche de las madres que utilizan anticonceptivos inyectables sólo de progestina contiene una cantidad tan diminuta de hormonas que se consideran muy seguros para los lactantes de 6 semanas de edad o mayores.

RUMOR: Una mujer que ha usado anticonceptivos inyectables sólo de progestina por largo tiempo debe tomar un "descanso" entre las dosificaciones porque el medicamento "se queda" en el cuerpo y esto no es saludable.

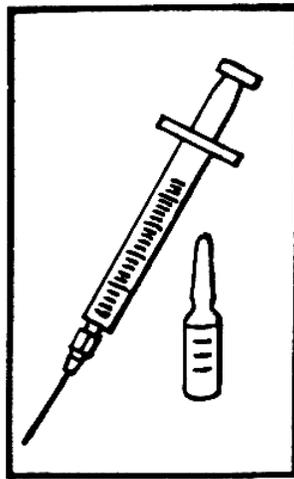
HECHO: Las progestinas inyectables se eliminan lentamente del sitio de la inyección. Estas siempre se eliminan lentamente del cuerpo y han desaparecido a los 9 meses de la última inyección.

Adaptado de: 1) Liskin L: Hormonal Contraception: New Long Acting Methods. *Population Reports* Series K 1987;3(March-April);K57-K58; 2) Winikoff B, Semeraro P, Zimmerman M: *Contraception During Breastfeeding: A Clinician's Sourcebook*. New York, The Population Council, 1988; y 3) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 34.

ETAPA 2

Discuta cómo actúan los anticonceptivos inyectables sólo de progestina

Anime a la clienta a examinar una ampolla de anticonceptivo inyectable sólo de progestina mientras usted habla. Explique cómo actúan las progestinas inyectables. Hágalo de forma que sea culturalmente apropiada, utilizando lenguaje y medios visuales que la clienta comprenda. Anime a la clienta a hacer preguntas o a pedir aclaraciones acerca de cualquier información que usted le proporcione.



Fuente de la ilustración: Barcelona DR, et al.: *Contraception: A Guide to Birth Planning Methods*. Chicago, The Community and Family Study Center, 1981, p 31.

Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina contienen progestinas sintéticas (fabricadas comercialmente), similares a la hormona progesterona, producida por el organismo de la mujer. Después de inyectarla en el músculo, la progestina se libera lentamente. Los anticonceptivos inyectables actúan principalmente de dos formas para evitar el embarazo:

- Suprimen la ovulación (el óvulo no es liberado por el ovario de la mujer).
- Hacen que el moco cervical se haga demasiado espeso para que los espermatozoides puedan avanzar (los espermatozoides no pueden llegar al útero).

Además, los inyectables sólo de progestina hacen que el revestimiento del útero (endometrio) se haga menos rico en vasos sanguíneos, lo cual hace más difícil que un óvulo se implante, si es que ocurriera ovulación, y si es que el esperma penetra a través del espeso moco cervical.

A menudo se produce una amenorrea (ausencia de la menstruación; en el caso de anticonceptivos hormonales, a la amenorrea se le llama más correctamente ausencia de sangrado por privación) con el uso de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina. Esto se debe a que las progestinas inyectables impiden que el revestimiento del útero se regenere, por lo que existe poco revestimiento que expulsar.

Capítulo 6: Anticonceptivos inyectables

Esta es una consecuencia normal de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina, agradable para muchas mujeres.

Es necesario administrar inyecciones cada dos o tres meses. Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina más comúnmente disponibles son el DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito, Depo-Provera®) y el NET-EN (enantato de noretindrona, Noristerat®). He aquí algunas de las similitudes y diferencias entre el DMPA y el NET-EN:

	DMPA	NET-EN
Frecuencia y dosis de la inyección	150 mg cada 3 meses (12 semanas).	200 mg cada 2 meses (8 semanas).
Retraso permisible para la siguiente inyección	2 (a 4) semanas.	1 (a 2) semanas.
Administración	Inyección intramuscular (IM) profunda en el músculo deltoides (brazo) o glúteo (nalga).	Inyección intramuscular (IM) profunda en el músculo deltoides (brazo) o glúteo (nalga).
Amenorrea (ausencia de sangrado por privación)	Ligeramente más común que con el NET-EN (55% de las mujeres al final del primer año).	Ligeramente menos común que con el DMPA (30% de las mujeres al final del primer año).
Tasa típica de embarazo (con el uso correcto)	Unas 3 de cada 1.000 mujeres por año quedarán embarazadas (0,3%).	Unas 4 de cada 1.000 mujeres por año quedarán embarazadas (0,4%).
Retorno a la fecundidad (retraso para concebir)	Como promedio, después de parar el uso de DMPA (3 meses después de la última inyección) el tiempo promedio para concebir se prolonga como por 4 meses más que el tiempo promedio que le toma para concebir a una mujer que discontinúa anticonceptivos orales combinados (AOCs), DIUs, u otros métodos anticonceptivos de barrera).	Se cree que causa menos retraso en el retorno a la fecundidad que el DMPA.
Diabetes	Promueve una leve intolerancia a la glucosa, pero se utiliza a menudo con buenos resultados en mujeres diabéticas.	NO tiene efecto sobre la tolerancia a la glucosa. Puede ser una opción ligeramente mejor para las diabéticas confirmadas.

Adaptado de: 1) Liskin L: Hormonal Contraception: New Long-Acting Methods. *Population Reports Series K* 1987;3(March-April);K57-K87; 2) Kleinman RL, ed: *Hormonal Contraception*. London, IPPF Medical Publications, 1990, p 84; 3) *Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care*. Geneva Switzerland, The World Health Organization, 1990; 4) Trussell J, Kost K: Contraceptive Failure in the United States: A Critical Review of the Literature. *Studies in Family Planning* 1987;18(5):237-283; 5) Fotherby K, Koetsawang S, Mathrubutham M: Pharmacokinetic Study of Different Doses of Depo-Provera. *Contraception* 1980;22(5):527-536; y 6) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, pp 36-39.

ETAPA 3

Describa las características de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina

En esta sección, las ventajas y las desventajas de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina se describen como "características" porque lo que una clienta considera una ventaja (por ej., la ausencia de menstruación, aplicación por medio de inyección, ausencia de estrógenos) puede ser considerada por otra clienta como una desventaja.

Mientras usted describe las características (ventajas y desventajas) de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina, anime a la clienta a hacer preguntas o a comunicarle cualquier duda o aprensiones que tenga.

CARACTERISTICAS

Efectividad

- Muy eficaces (99.6%).
- Acción prolongada.
- La eficacia continúa aun cuando la usuaria regrese a su próxima visita una o dos semanas más tarde de lo previsto.
- Ya que éstos constituyen fármacos de acción prolongada, no pueden extraerse o eliminarse del cuerpo fácilmente si surgen complicaciones o si se desea salir embarazada.

Uso

- Brindan privacidad a la usuaria.
- Son atractivos para quienes prefieren las inyecciones a las píldoras.
- No hay nada que recordar salvo volver para la visita de seguimiento.
- No interfieren con el coito.

Beneficios médicos

- Pueden ayudar a reducir la anemia.
- En las mujeres con drepanocitemia o anemia a células falciformes, el DMPA puede reducir las crisis dolorosas.
- En mujeres que padecen de convulsiones, el DMPA puede disminuir la frecuencia de las convulsiones.
- Previenen el cáncer del revestimiento del útero (endometrio), y puede que prevengan el cáncer del ovario.

Usos especiales para ciertas clientas

- Carecen de estrógeno, por lo tanto son especialmente útiles para mujeres que no pueden tomar píldoras que contengan estrógeno (debido a que fuman, sufren de migraña, o a que tienen una historia de problemas de coagulación o de problemas del corazón).

Capítulo 6: Anticonceptivos inyectables

- No afectan notablemente la producción de leche materna ni su calidad, y se ha demostrado que son seguras para lactantes de 6 semanas de edad o mayores.
- Son útiles para las mujeres que no desean tener más hijos pero que prefieren no someterse a una esterilización.
- Son seguros para las mujeres de más de 35 años de edad.

Efectos en el ciclo menstrual y la fertilidad

- Pueden causar la ausencia de la menstruación (amenorrea), lo cual a algunas clientas les agrada.
- Frecuentemente el DMPA retrasa el retorno de la fecundidad (después de parar el uso del DMPA, por ej., 3 meses después de la última inyección, el tiempo promedio para concebir se prolonga como por 4 meses más que el tiempo promedio que le toma para concebir a una mujer que discontinúa AOCs, DIUs, u otros métodos anticonceptivos de barrera).
- Pueden **disminuir** los síntomas del síndrome premenstrual, la dismenorrea severa, el dolor ovulatorio (mittelschmerz) y la endometriosis.

Posibles efectos secundarios menores:

- sangrado vaginal prolongado o profuso (que ocurre a veces durante el primero al segundo mes después de la administración de la inyección; el sangrado puede controlarse tomando ibuprofen, recibiendo la próxima inyección prematuramente, o usando a corto plazo píldoras que contienen estrógeno),
- amenorrea (ocurre a menudo después de la primera inyección y deberá preverse después de 9 a 12 meses de uso),
- acné (raras veces),
- ligero aumento de peso (debido a aumento de apetito),
- mamas sensibles (leve, no es común).

Protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS)

- **No proporcionan protección contra la mayoría de las ETS, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**
- Proporcionan cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) (las progestinas hacen más grueso el moco cervical, por lo que es menos probable que una infección vaginal o del cuello uterino pueda llegar al útero y a las trompas de Falopio).

Adaptado de: 1) Hatcher RA, et al: *Contraceptive Technology 1994-1996*. New York, Irvington Publishers, Inc., 1994, pp 310-323; 2) *Family Planning Methods and Practice: Africa*. Atlanta, Centers for Disease Control, 1983, p 165; 3) Gray RH: Reduced Risk of PID with Injectable Contraceptives. *The Lancet* 1985;(May 4):1046; 4) Mattson RH et al: Treatment of Seizures with Medroxyprogesterone Acetate: Preliminary Report. *Neurology* 1984;34:1255-1258; 5) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 34; y 6) WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives; Depo-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and Risk of Endometrial Cancer. *International Journal of Cancer* 1991;49:186-190.

NOTA: Se están estudiando otras formas de anticonceptivos inyectables. Entre éstas figuran las inyecciones mensuales que contienen estrógeno y progestina. Dos de estas combinaciones inyectables de estrógeno y progestina (Mesigyna® y Cyclofem®) ya han sido aprobadas para uso por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos inyectables de estrógeno y progestina producen un patrón de sangrado menstrual más regular que los inyectables sólo de progestina. Los criterios de elegibilidad médica para estos inyectables combinados difieren de aquellos citados en este capítulo, debido a la presencia de estrógenos en estos inyectables mensuales.

ETAPA 4
Averigüe si son apropiados para la clienta los anticonceptivos inyectables sólo de progestina a través de una historia clínica y, si es apropiado, por medio de un examen físico

PROCEDIMIENTO

- Consulte la siguiente lista de las condiciones para restringir el uso de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina (Criterios de la OMS para elegibilidad médica).
- Refiérase a directrices locales con respecto a la historia reproductiva general de la mujer y si se ofrece exámenes físicos como una opción en el centro donde usted proporciona los servicios, refiérase a las directrices locales para el examen físico general, para el examen de las mamas, y para el examen abdominal y el examen pélvico.
- Refiérase a la historia y, de ser pertinente, refiérase a la lista de referencia para el examen físico que aparece más adelante y que es específico para los anticonceptivos inyectables sólo de progestina.
- Si los anticonceptivos inyectables sólo de progestina no son apropiados, ayude a la clienta a hacer una selección fundamentada de un método apropiado y a seguir el procedimiento de ese método.
- Si alguna de las condiciones para restringir el uso de anticonceptivos inyectables sólo de progestina se aplica a la clienta y no hay otro método aceptable o disponible, discuta con ella si los beneficios de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina superan los riesgos para ella del uso de éstos.

CONDICIONES para RESTRINGIR el uso de inyectables sólo de progestina: Criterios de la OMS para elegibilidad médica

En 1994-1995, la OMS desarrolló "criterios de elegibilidad médica" en cuanto al uso de varios métodos anticonceptivos. Si la clienta sufre de una "condición" física específica, las indicaciones o contraindicaciones para el uso de anticonceptivos inyectables sólo de progestina pueden determinarse consultando el sistema de categorías desarrollado por la OMS, que se presenta a continuación.

Categoría de la OMS	Definición	¿Qué hacer?
4	Una condición que siempre constituye un riesgo de salud inaceptable.	Los inyectables sólo de progestina no deben de usarse cuando exista esta condición.
3	Una condición en la cual los riesgos de usar el método, ya sean teóricos o comprobados, son generalmente mayores que las ventajas.	<ul style="list-style-type: none"> • Los inyectables sólo de progestina generalmente no se deben usar a menos que otros métodos más apropiados no estén disponibles o no sean aceptables.

Categoría de la OMS	Definición	¿Qué hacer?
<p>3 (continúa)</p>		<ul style="list-style-type: none"> Una mujer que sufre de una condición clasificada en la Categoría 3 requiere que se haga un juicio clínico cuidadoso y probablemente que haya seguimiento para garantizar que en el caso de esta mujer los beneficios de los inyectables sólo de progestina son mayores que cualquier riesgo, tomando en cuenta la gravedad de la condición y la disponibilidad, practicabilidad y aceptabilidad de los métodos alternativos. Este podría ser el método de último recurso.
<p>2</p>	<p>Una condición en la cual las ventajas de usar el método generalmente son mayores que los riesgos, ya sean éstos teóricos o comprobados.</p>	<p>Los inyectables sólo de progestina generalmente se pueden usar en esta situación. Sin embargo, el saber que una mujer tiene una condición que se clasifica en la Categoría 2 puede influenciar la selección del método.</p>
<p>1</p>	<p>Una condición en la cual no existan restricciones para el uso del método anticonceptivo.</p>	<p>Si una mujer en esta categoría lo prefiere, los inyectables que contienen progestina son un método anticonceptivo apropiado.</p>

Adaptado de: World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception.* WHO/FRH/FPP/96.9.

En las próximas páginas se presentan y discuten las condiciones para restringir el uso de los inyectables sólo de progestina, de acuerdo al sistema de categorías de elegibilidad médica desarrollado por la OMS. La OMS ha publicado una lista extensa de condiciones que afectan el uso de anticonceptivos, pero las que se mencionan a continuación son aquellas condiciones que se manifiestan rutinariamente en la práctica médica. Los criterios y juicios razonados han sido adaptados de la OMS. (Refiérase a la OMS, Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception.* WHO/FRH/FPP/96.9).

Categoría 4 de la OMS:

Un riesgo inaceptable para la salud

Razonamiento básico

Los anticonceptivos inyectables **no deben utilizarlos** la mujer que:

4.1. Tiene un **embarazo** confirmado o casi seguro (según lo indiquen la historia, los síntomas, los signos o una prueba positiva de embarazo).

4.1.a) Los datos actuales **NO** demuestran que los anticonceptivos hormonales existentes administrados durante el embarazo causen un aumento significativo del riesgo de defectos congénitos, debido a que la dosis es muy baja.

(continúa en la página siguiente)

**Categoría 4 de la OMS:
Un riesgo inaceptable para la salud**

Razonamiento básico

4.1 (Refiérase al Apéndice A: "Cómo estar razonablemente seguros de que la mujer no esté embarazada")

b) Sin embargo, puesto que exponer al feto a cualquier fármaco podría causar teóricamente defectos congénitos, no deben administrarse anticonceptivos hormonales a mujeres embarazadas.

Adaptado de: 1) Simpson JL, Phillips OP: Spermicides, Hormonal Contraception and Congenital Malformations. *Advances in Contraception* 1990;6:141-147; 2) Bracken MB et al: Meta-analysis of the Risk of Birth Defects with Oral Contraceptives. *Obstetrics and Gynecology* 1990;76:552-557; 3) Connell EB, Tatum HJ: *Reproductive Health Care Manual*. Durant OK, Creative Infomatics, Inc., 1986, p 64; 4) Stewart FH, et al: *Understanding Your Body*. Toronto, Bantam Books, 1987, p 301; 5) Wilson ESB: Injectable Contraceptives, in Loudon N, (ed): *Handbook of Family Planning*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1985, pp 114-128; 6) *Depo Provera for Contraception: Review of Medical Use and Considerations*. Kalamazoo, The Upjohn Co, 1984; 7) Rosenfield A: Injectable Contraception in Corson SL, Derman RJ, Tyrer LB, (eds): *Fertility Control*. Boston, Little Brown & Co., 1985, p 192; 8) Mishell DR, Goebelsmann U: Disorders of Sexual Differentiation, in Mishell DR, Davajan V (eds): *Infertility, Contraception and Reproductive Endocrinology*, 2nd ed. Oradell, Medical Economics Books, 1986, p 214-215; 9) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 29; y 10) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

4.2. Tiene **sangrado uterino anómalo inexplicado (sospechoso de una condición oculta grave) antes de la evaluación**, por ejemplo, un sangrado uterino irregular, intermenstrual, o después del coito, durante los últimos tres meses, con **sospecha** de infección, tumor pélvico maligno o embarazo (intrauterino o ectópico) y el sangrado aún no se ha evaluado.

4.2.a) Entre las causas del sangrado irregular figuran las siguientes: embarazo intrauterino y ectópico; enfermedad pélvica inflamatoria; cáncer del endometrio, de los ovarios o del cuello uterino; premenopausia o menopausia precoz; lactancia; hipotiroidismo o hipertiroidismo. Ninguna de estas condiciones empeoran (y algunas se previenen) con los anticonceptivos inyectables sólo de progestina. Específicamente, las progestinas inyectables proveen protección significativa contra el cáncer del endometrio.

NOTAS:

- Si se sospecha embarazo o una anomalía oculta (tal como cáncer de la pelvis), ésta debe evaluarse; después de la evaluación, la categoría se debe ajustar apropiadamente.
- Para un patrón de menstruación irregular con sangrado fuerte, refiérase a la Categoría 2 de la OMS, en la cual los beneficios de usar anticonceptivos inyectables sólo de progestina generalmente son mayores que los riesgos.

b) Sin embargo, puesto que es probable que el inicio del uso de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina cause sangrado irregular en muchas mujeres, sería óptimo determinar la causa de dicho sangrado y tratar cualquier problema grave antes de que ella empiece a utilizar los anticonceptivos inyectables de progestina, siempre que pueda usar mientras tanto otro método confiable.

(continúa en la página siguiente)

**Categoría 4 de la OMS:
Un riesgo inaceptable para la salud**

Razonamiento básico

4.3. Al presente tiene **cáncer de la mama** confirmado.

NOTA: Para una masa de la mama no diagnosticada, refiérase a la categoría 2 de la OMS, en la cual los beneficios de usar anticonceptivos inyectables sólo de progestina generalmente son mayores que los riesgos.

4.2.c) El riesgo principal en la administración de los anticonceptivos hormonales a una mujer que presenta un sangrado inexplicado consiste en encubrir los indicios de cáncer del cuello uterino, de los ovarios y del endometrio. No obstante, 90% de los cánceres del endometrio ocurren después de los 50 años de edad, y tanto el cáncer del endometrio como el cáncer de los ovarios son mucho menos comunes en el mundo en desarrollo que en los países industrializados. Por ende, las posibilidades de que el uso de hormonas encubra un cáncer de los ovarios o del endometrio, sobre todo en mujeres menores de 35 años de edad, son muy bajas. En cambio, el cáncer del cuello uterino es más común que el cáncer de los ovarios o del endometrio entre las mujeres jóvenes y entre las mujeres del mundo en desarrollo. En Africa, cada año, unas 2 de cada 10.000 mujeres desarrollan cáncer del cuello uterino.

Adaptado de: 1) Speroff L, Glass RH, Kase NG: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 5th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994, pp 439, 473-475; 2) Herbst AL, et al: *Comprehensive Gynecology*. St. Louis, Mosby-Year Book, 1992, pp 1082-1083; 3) Parazzini F, et al: The Epidemiology of Endometrial Cancer. *Gynecologic Oncology* 1991;41:1-16; 4) Pike MC: Age-related Factors in Cancers of the Breast, Ovary, and Endometrium. *Journal of Chronic Disease* 1987;40:Suppl 2:59S-69S; 5) Sadaan O, et al: Is it Safe to Prescribe Hormonal Contraception and Replacement Therapy to Patients with Premalignant and Malignant Uterine Cervices. *Gynecologic Oncology* 1989;34:159-163; 6) Parkin DM, Laara E, Muir CS: Estimates of the Frequency of 16 Major Cancers in 1980. *International Journal of Cancer* 1988;41:184-187; y 7) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

4.3. Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina NO causan cáncer de la mama. Se deben evaluar los nódulos que se sospecha sean cancerosos. El tratamiento hormonal puede causar el crecimiento de dichos nódulos. (Sin embargo, el embarazo produce concentraciones hormonales mucho más elevadas en el cuerpo de la mujer que la mayor parte de los anticonceptivos hormonales.)

Adaptado de: 1) *Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care*. Geneva Switzerland, The World Health Organization, 1990, p 69; 2) WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. Breast Cancer and depot-medroxyprogesterone acetate: a multinational study. *The Lancet*:1991;338:833-838; y 3) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

(continúa en la página siguiente)

**Categoría 3 de la OMS:
Los riesgos generalmente son mayores
que las ventajas**

Razonamiento básico

Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina *generalmente no deben de usarse* (a menos que otros métodos más apropiados no estén disponibles o sean inaceptables) para una mujer que:

3.1. Tiene al presente **cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular** o tiene antecedentes de estas condiciones.

- 3.1.a) Los fabricantes señalan en forma rutinaria los trastornos de la coagulación sanguínea y la cardiopatía como contraindicaciones de los métodos que usan sólo progestina. Sin embargo, los anticonceptivos sólo de progestina no tienen un efecto significativo sobre la coagulación sanguínea, la presión arterial (PA), el colesterol o la aparición de la diabetes; no se ha demostrado que aumenten el riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la mujer.
- b) Existe alguna evidencia de que el uso de progestinas inyectables pueden causar una pequeña **disminución** en los niveles de lipoproteínas de alta densidad (LAD). Esto es preocupante si la clienta tiene historia presente, o antecedentes, de cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular.
- c) Las mujeres con una historia presente, o con antecedentes, de cardiopatía isquémica o de enfermedad cerebrovascular activa corren un riesgo considerablemente mayor de complicaciones del embarazo y se les debe aconsejar que consideren la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). Si la AQV no es aceptable, se deben considerar el DIU, los implantes de NORPLANT®, o los anticonceptivos inyectables por su elevada eficacia.
- d) Para una mujer con antecedentes de enfermedad tromboembólica o cardiovascular que no pueda o no quiera utilizar otros métodos confiables, un anticonceptivo sólo de progestina es una mejor opción que los AOCs. (Todos los anticonceptivos hormonales actuales son siempre más seguros que el embarazo para las mujeres de los países en desarrollo.)

(continúa en la página siguiente)

Categoría 3 de la OMS:
Los riesgos generalmente son mayores que las ventajas

Razonamiento básico

3.2. Tiene **hipertensión severa** ($\geq 180/110$) y/o enfermedad vascular hipertensiva. La enfermedad vascular hipertensiva incluye disfunción de los riñones (nefropatía), pérdida de visión (retinopatía) y enfermedad cardiovascular.

3.2. Existe alguna evidencia de que el uso de anticonceptivos inyectables sólo de progestina puede causar una pequeña disminución en los niveles en sangre de LAD, lo cual puede ser preocupante para aquellas mujeres con hipertensión moderada (con o sin enfermedad vascular). Además, existe el problema teórico de que la marcada supresión de la función del ovario causada por el DMPA pueda producir un estado de deficiencia estrogénica, lo cual eliminaría los efectos beneficiosos premenopáusicos de los estrógenos en cuanto a arterioesclerosis y en cuanto a la contracción de la pared arterial.

Adaptado de: 1) Stadel BV: Oral Contraceptives and Cardiovascular Disease. *New England Journal of Medicine* 1981;305(12):672-675; 2) Hatcher RA, et al: *Contraceptive Technology* 1990-1992. New York, Irvington Publishers, Inc., 1990, p 319; 3) NORPLANT® *Levonorgestrel Implants: A Summary of Scientific Data*. Monograph, New York, The Population Council, 1990; 4) Wilson ESB, et al: A Prospective Controlled Study of the Effect on Blood Pressure of Contraceptive Preparations Containing Different Types and Dosages of Progestogen. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 1984;91:1254-1260; 5) *Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care*. Geneva Switzerland, The World Health Organization, 1990, pp 68-69; 6) Fotherby K: The Progestin-Only Pill and Thrombosis. *The British Journal of Family Planning* 1989;15:83-85; 7) *Implantable Contraceptives: Managerial and Technical Guidelines*. Geneva Switzerland, The World Health Organization, 1990; 8) *NORPLANT® System Counseling Manual*. Philadelphia, Wyeth-Ayerst Laboratories, 1990; 9) Oyelola OO, Thomas KD, Olusi SO: Steroidal Contraceptives and Changes in Individual Plasma Phospholipids: Possible Role in Thrombosis. *Advances in Contraception* 1990;6:193-206; y 10) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

Adaptado de: 1) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9; 2) Sarrel PM, et al: Angina and Normal Coronary Arteries in Women: Gynecologic Findings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1992;167(2):467-471; 3) Reis SE, et al: Ethinyl Estradiol Acutely Attenuates Abnormal Coronary Vasomotor Responses to Acetylcholine in Postmenopausal Women. *Circulation* 1994;89(1):52-60; 4) Espeland MA, et al: Estrogen Replacement Therapy and Progression of Intimal-Medial Thickness in the Carotid Arteries of Postmenopausal Women. *American Journal of Epidemiology* 1995;142(10):1011-1019; y 5) Williams JK, et al: Short-Term Administration of Estrogen and Vascular Responses of Atherosclerotic Coronary Arteries. *Journal of American College of Cardiology* 1992;20(2):452-457.

(continúa en la página siguiente)

**Categoría 3 de la OMS:
Los riesgos generalmente son mayores
que las ventajas**

Razonamiento básico

3.3. Tiene **diabetes con** enfermedad vascular, o ha tenido diabetes por 20 años o más. La enfermedad vascular diabética incluye disfunción del riñón (nefropatía); pérdida de visión (retinopatía) y enfermedad cardiovascular.

3.3. Las mujeres con diabetes prolongada o severa, o con otros problemas vasculares, tienen un mayor riesgo de padecer de cardiopatía o enfermedad cerebrovascular (especialmente las mujeres que fuman). El DMPA causa alteraciones menores en el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos. Se ha publicado poca información acerca de los efectos metabólicos del NET-EN, pero su efecto sobre la mayor parte de las funciones metabólicas parece similar al del DMPA. Existe una preocupación teórica, aún no probada, que estos efectos de las inyectables sobre las funciones metabólicas puedan afectar el avance de la nefropatía diabética, de la retinopatía, o de otras condiciones vasculares de la diabetes.

Adaptado de: 1) *Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1990, p 78 y 2) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

3.4. Tiene **enfermedad hepática activa** (la hepatitis viral activa y sintomática, o la cirrosis descompensada), **o** tiene **tumores hepáticos** benignos o malignos.

3.4.a) No existe evidencia sólida de que los anticonceptivos inyectables sólo de progestina causen tumores hepáticos ni enfermedad hepática, o de la vesícula biliar.

NOTA: La cirrosis hepática leve compensada se cataloga en la Categoría 2 según la OMS. En esta categoría los beneficios de usar anticonceptivos inyectables sólo de progestina generalmente son mayores que los riesgos.

b) Las mujeres con una hepatopatía grave y activa deben evitar el embarazo y, de preferencia, no deben utilizar los anticonceptivos que contengan estrógeno, ya que los estrógenos y, en menor grado, las progestinas, afectan al funcionamiento general del hígado. No está claro si el uso de las progestinas aumentan el riesgo de desarrollar un tumor del hígado. Si los métodos no hormonales son inaceptables, los métodos que usan solamente progestina serían más seguros que el embarazo.

Adaptado de: 1) Hatcher RA, et al: *Contraceptive Technology 1994-1996*. New York, Irvington Publishers, Inc., 1994, p 311; 2) McEwan J: Contraception for Women with Liver Disease. *The British Journal of Family Planning* 1983;9:53-57; 3) Royal College of General Practitioners Oral Contraceptives Study: Oral Contraceptives and Gall Bladder Disease. *The Lancet* 1982;(October 30):957-959; 4) WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *International Journal of Cancer* 1989;43:254-259; 5) *NORPLANT® Levonorgestrel Implants: A Summary of Scientific Data*. Monograph. New York, The Population Council, 1990; 6) Goldzieher JW: *Hormonal Contraception: Pills, Injections & Implants*. Dallas, Essential Medical Information Systems, Inc., 1989, pp 194-196; 7) Davis M, Williams R: Hepatic Disorders, in Davies DM (ed): *Textbook of Adverse Drug Reactions*, 4th ed. Oxford, Oxford Medical Publications, 1991, p 269; y 8) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

(continúa en la página siguiente)

**Categoría 3 de la OMS:
Los riesgos generalmente son mayores
que las ventajas**

Razonamiento básico

3.5. Está amamantando en las primeras 6 semanas postparto.

3.5. Existe una preocupación teórica de que el exponer al recién nacido a progestinas sintéticas puede ser dañino para su desarrollo mental o físico. Información limitada que proviene de estudios en animales, así como el hecho de que los humanos recién nacidos normalmente tienen una elevación predecible, seguida de una importante caída predecible, de sus niveles de hormonas sexuales en las primeras 6 semanas de vida, indican que es prudente esperar 6 semanas después del parto para iniciar los anticonceptivos inyectables sólo de progestina en mujeres que amamantan.

Adaptado de: 1) Harlap S: Exposure to Contraceptive Hormones through Breastmilk - Are There Long-term Health Consequences? *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1987;25(Suppl):47-55; 2) Ward RM: Pharmacologic Principles and Practicalities, in Taesch HW, Ballard RA, Avery ME (eds): *Diseases of the Newborn*. Philadelphia, WB Saunders Company, 1991; 3) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9; y 4) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 31.

**Categoría 2 de la OMS:
Los ventajas generalmente son
mayores que los riesgos**

Razonamiento básico

Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina **generalmente pueden usarse aun** cuando una mujer:

- 2.1. Tenga una **masa de la mama** no diagnosticada.

NOTA: En el caso de un carcinoma de la mama ya diagnosticado, refiérase a la Categoría 4 de la OMS en la cual los riesgos del uso de inyectables sólo de progestina son considerados inaceptables.

- 2.1. Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina **no** causan cáncer de la mama. Aun más, el uso de progestinas inyectables no es causa de preocupación para mujeres con enfermedades benignas de la mama. Las mujeres con masas de la mama consideradas sospechosas para cáncer deben remitirse para una evaluación. Aunque cualquier tratamiento hormonal puede teóricamente causar el crecimiento de un nódulo o masa (de cualquier tipo), el embarazo produce niveles hormonales mucho más altos; por lo tanto, una masa de la mama no diagnosticada no es una razón para restringir el uso de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina.

Adaptado de: World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception.* WHO/FRH/FPP/96.9.

(continúa en la página siguiente)

**Categoría 2 de la OMS:
Los ventajas generalmente son
mayores que los riesgos**

Razonamiento básico

2.2. Padece de **diabetes — ya sea insulina dependiente o insulina independiente.**

2.3. Tiene **hipertensión moderada** (por debajo de 180/110), sin enfermedad vascular.

NOTA: En el caso de hipertensión severa ($\geq 180/110$) o enfermedad vascular hipertensiva, refiérase a la Categoría 3 de la OMS.

2.4. Tiene **15 años de edad o menos.**

2.2. A pesar de que las progestinas inyectables disminuyen un poco la tolerancia a los carbohidratos, esto no causa empeoramiento clínico de la diabetes.

2.3. Existe alguna evidencia de que el uso de inyectables sólo de progestina pueden causar una pequeña disminución de los niveles en sangre de LAD, lo cual es preocupante en aquellas personas que sufren de hipertensión moderada (con o sin enfermedad vascular). Sin embargo, los inyectables sólo de progestina constituyen un método muy seguro y apropiado para mujeres con hipertensión leve o moderada.

Las racionales para 2.2 y 2.3 fueran adaptados de: World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception.* WHO/FRH/FPP/96.9.

2.4. El uso de inyectables sólo de progestina generalmente causa amenorrea (con el DMPA aproximadamente la mitad de las mujeres tienen amenorrea al final del primer año de uso, y aproximadamente dos tercios de las mujeres tienen amenorrea al final del segundo año). Existe alguna evidencia que sugiere que un estado hipoestrogénico (indicado por la amenorrea) en los primeros dos años después de la menarquía, puede aumentar el riesgo de la osteoporosis más adelante, especialmente en mujeres que tienen otros factores de riesgo para la osteoporosis (por ejemplo, mujeres que son de masa o sea pequeña, de bajo peso, de raza blanca u oriental, y aquellas que fuman o que sufren de malnutrición). Sin embargo, en adolescentes de 15 años o menores, para quienes los inyectables sólo de progestina constituyen el anticonceptivo más apropiado, los beneficios del método generalmente son mayores que los riesgos.

(continúa en la página siguiente)

**Categoría 2 de la OMS:
Los ventajas generalmente son
mayores que los riesgos**

Razonamiento básico

<p>2.5. Padece de dolores de cabeza fuertes y repetidos (incluyendo la migraña) con o sin síntomas neurológicos focales.</p> <p>NOTA: Si una cliente desarrolla dolores de cabeza fuertes con síntomas neurológicos focales mientras recibe progestinas inyectables, esto se considera como Categoría 3 de la OMS.</p> <p>2.6. Tiene un patrón típico de menstruación irregular, con o sin sangrado fuerte.</p> <p>NOTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la cliente tiene tanto anemia clínicamente aparente, como una historia de sangrado fuerte, esto se considera como Categoría 3 de la OMS en cuanto al uso de inyectables sólo de progestina. • En el caso de sangrado uterino anormal inexplicado, con sospecha de infección, tumor maligno, o embarazo, refiérase a la Categoría 4 de la OMS en la cual el uso de inyectables sólo de progestina es siempre un riesgo de salud inaceptable. 	<p>Adaptado de: 1) Technical Guidance Working Group: <i>Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices.</i> Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 34; 2) Bonjour JP et al: Critical Years and Stages of Puberty for Spinal and Femoral Bone Mass Accumulation During Adolescence. <i>Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism</i> 1991;73:555-563; 3) Theintz G et al: Longitudinal Monitoring of Bone Mass Accumulation in Healthy Adolescents: Evidence for a Marked Reduction after 16 Years of Age at the Levels of Lumbar Spine and Femoral Neck in Female Subjects. <i>Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism</i> 1992;75:1060-1065; 4) Dhuper S et al: Effects of Hormonal Status on Bone Density in Adolescent Girls. <i>Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism</i> 1990;71:1083-1088; 5) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception.</i> WHO/FRH/FPP/96.9; y 6) Technical Guidance Working Group: <i>Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices.</i> Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, p 35.</p> <p>2.5. Para algunas clientas, los dolores de cabeza (incluyendo la migraña) pueden intensificarse con el uso de inyectables. Siendo que los inyectables, una vez administrados, no se pueden descontinuar súbitamente, una cliente con historia de fuertes dolores vez debería tomar primero píldoras sólo de progestina (o usar métodos no hormonales).</p> <p>Adaptado de 1) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception.</i> WHO/FRH/FPP/96.9.</p> <p>2.6. Inicio de los inyectables sólo de progestina:</p> <p>a) Si, antes de iniciar los inyectables sólo de progestina, hubiera sospecha de condiciones anormales (tales como infecciones, procesos malignos, o embarazo – ectópico o uterino) que pudieran causar sangrado fuerte o prolongado, estas condiciones deben evaluarse y tratarse apropiadamente.</p>
---	---

(continúa en la página siguiente)

Categoría 2 de la OMS:
Los ventajas generalmente son mayores que los riesgos

Razonamiento básico

	<p>2.6.b) Cierta número de mujeres (especialmente las adolescentes) tienen un patrón típico (ciclos anovulatorios) de menstruaciones irregulares (debido a varias causas benignas). Los inyectables sólo de progestina pueden usarse sin peligro en tales mujeres. Sin embargo, cuando se comienzan las inyecciones de progestina, los episodios de sangrados irregulares y prolongados son frecuentes y de esperarse durante los primeros 3 a 6 meses en todas las mujeres. Los sangrados fuertes (mayores que una menstruación normal) son raros. Al final del primer año de uso de los inyectables sólo de progestina, 50% de las mujeres sufren de amenorrea. Al final del segundo año de uso, 66% de las mujeres sufren de amenorrea.</p> <p>Continuación de los inyectables sólo de progestina: Algunas mujeres necesitarán interrumpir el uso de las progestinas inyectables debido a condiciones médicas por sangrado excesivo, o en base a la preferencia de la cliente.</p> <p>Adaptado de: 1) Technical Guidance Working Group: <i>Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices</i>. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, pp 40-41; 2) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception</i>. WHO/FRH/FPP/96.9; 3) Belsey EM and Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility and Regulation: <i>Menstrual Bleeding Patterns in Untreated Women and With Long-Acting Methods of Contraception. Advances in Contraception</i> 1991:257-270; 4) <i>Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care</i>. Geneva, World Health Organization, 1990; 5) Diaz S et al: <i>Clinical Assessment of Treatments for Prolonged Bleeding in Users of NORPLANT® Implants. Contraception</i> 1990; 42(1):97-109; y 6) Task Force on Long-Acting Agents for the Regulation of Fertility. <i>Multinational Comparative Clinical Trials of Long-acting Injectable Contraceptives: Norethisterone Enanthate Given in Two Dosage Regimens and Depot-medroxyprogesterone Acetate. Final Report. Contraception</i> 1983; 28(1):1-20.</p>
<p>2.7. Tiene una historia de hipertensión, pero la PA no se puede medir el día de hoy.</p>	<p>2.7. No se han encontrado cambios significativos en la PA con el uso de anticonceptivos que contienen únicamente progestina. Por lo tanto, éstos pueden administrarse sin peligro a una mujer con historia de hipertensión. Sin embargo, una historia de este tipo amerita seguimiento, y se debe remitir a la mujer para una evaluación del problema.</p> <p>Adaptado de: World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: <i>Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception</i>. WHO/FRH/FPP/96.9.</p>

(continúa en la página siguiente)

**Categoría 2 de la OMS:
Los ventajas generalmente son mayores
que los riesgos**

Razonamiento básico

2.8. Sufre de neoplasia intraepitelial cervical o de **cáncer cervical, cáncer del endometrio, o cáncer del ovario**, o sufre de otro tipo de tumor pélvico maligno ya diagnosticado.

2.8. Aunque existe cierta preocupación teórica de que el uso de progestinas puedan afectar la progresión del cáncer cervical o de las neoplasias intraepiteliales cervicales, no hay evidencia de esto. (La mayor preocupación es la de ignorar un sangrado irregular debido a cáncer cervical, porque las mujeres que usan inyectables sólo de progestina atribuirán el sangrado irregular al uso del método anticonceptivo). No existe evidencia de que las progestinas inyectables empeoren el cáncer del ovario o del endometrio.

Adaptado de: 1) WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives: DMPA and Risk of Invasive Squamous Cell Cervical Cancer. *Contraception* 1992;45(4):229-312; 2) OBERLE MW et al: Cervical Cancer Risk and Use of Depot-Medroxyprogesterone Acetate in Costa Rica. *International Journal of Epidemiology* 1988;17(4):718-723; 3) Liang AP et al: Risk of Breast, Uterine Corpus, and Ovarian Cancer in Women Receiving Medroxyprogesterone Injections. *Journal of the American Medical Association* 1983;249(21):2909-2912; 4) Mishell DR. Long-Acting Contraceptive Steroids: Postcoital Contraceptives and Antiprogestins, in Mishell DR, Davajan V, Lobo RA (eds): *Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology*, 3rd ed. Boston, Blackwell Scientific Publications, 1991, p 878; y 5) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

2.9. Está tomando rifampicina, o griseofulvina, o anticoagulantes, o **medicamentos** para evitar convulsiones (anticonvulsivantes).

2.9.a) Se debe de recomendar el uso de un método anticonceptivo no hormonal (incluyendo un segundo método de respaldo) para las mujeres que tomarán cualquiera de estos medicamentos por largo tiempo. Sin embargo, los anticonceptivos inyectables son más apropiados que el implante de NORPLANT®, las píldoras sólo de progestinas (PSPs), o los AOCs. Aunque la rifampicina, la griseofulvina, y los anticonvulsivantes (excepto el ácido valproico) interfieren con los anticonceptivos hormonales de dosis baja (por ej., AOCs, PSPs, o implantes de NORPLANT®), hay menos evidencia de que estos medicamentos interfieren perceptiblemente con los anticonceptivos inyectables.

b) Los métodos que contienen únicamente progestina pueden estar asociados con sangrado prolongado en los primeros tres meses de uso. No se sabe si los anticoagulantes empeoran el sangrado.

Adaptado de: 1) Mattson RH et al: Treatment of Seizures with Medroxyprogesterone Acetate: Preliminary Report. *Neurology* 1984;34(9):1255-1258; 2) Mattson RH, Rebar RN: Contraceptive Methods for Women with Neurologic Disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993;168:2027-2032; y 3) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9.

LISTAS DE REFERENCIA para tomar la historia médica y para el examen físico

Un examen físico **NO** es obligatorio para el uso seguro de los métodos hormonales. Es posible que algunos programas estén en condiciones de ofrecer exámenes físicos como un servicio de salud preventiva, y algunas mujeres pueden preferir dichos exámenes. Sea que se haga o no un examen físico, siempre es importante evaluar por medio de la historia médica, tanto lo relativo a las condiciones que pueden afectar el uso de los métodos hormonales, como la salud reproductiva de la mujer.

Lista de referencia para la historia médica de las usuarias de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina

Preguntas de los proveedores de servicios Haga a la clienta las siguientes preguntas:	NO	SI	Instrucciones de los proveedores de servicios En caso AFIRMATIVO, siga las instrucciones que aparecen a continuación:
1. ¿Cree usted que está embarazada (por ejemplo, ¿coito sin protección?, ¿última menstruación hace más de 4 semanas?)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. NO administre anticonceptivos inyectables sólo de progestina hasta que esté razonablemente seguros de que la mujer no esté embarazada. Ofrezca preservativos (y/o espermicidas) hasta que esté razonablemente seguro de que ella no está embarazada (refiérase al Apéndice A: "Cómo estar razonablemente seguros de que la mujer no esté embarazada").
2.a) ¿Está usted amamantando en la actualidad a un niño menor de 6 meses ? b) ¿Continúan ausentes sus períodos menstruales desde que dio a luz? (el sangrado durante las 8 semanas siguientes al parto no se considera un período menstrual en una mujer que está amamantando). c) ¿Está usted amamantando de forma exclusiva o casi exclusiva (sin sustituir regularmente la leche materna por alimentos o bebidas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Si contesta afirmativamente a estas tres preguntas, el método de amenorrea de la lactancia (MELA) proporciona suficiente anticoncepción durante 6 MESES . Si se necesita, o se necesitará muy pronto, un anticonceptivo adicional, ofrezca los anticonceptivos inyectables sólo de progestina. Incluso la mujer que está amamantando en forma parcial no necesita empezar a utilizar los anticonceptivos inyectables sólo de progestina antes de la visita a las 6 SEMANAS después del parto, porque el riesgo de embarazo es sumamente bajo.
3. ¿Cree usted que tiene cáncer de la mama, o le han dicho alguna vez que usted tiene cáncer de la mama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Si usted sospecha que se trata de cáncer, NO administre los anticonceptivos inyectables sólo de progestina. Remita a la clienta al nivel de servicio que corresponda. Ayude a la clienta a hacer una decisión informada de un método no hormonal. Explíquele que los inyectables sólo de progestina NO causan cáncer de la mama, pero que las mujeres que ya tienen cáncer no deben usar hormonas.

(continúa en la página siguiente)

Lista de referencia para la historia médica de las usuarias de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina (continuación)

Preguntas de los proveedores de servicios Haga a la clienta las siguientes preguntas:	NO	SI	Instrucciones de los proveedores de servicios En caso AFIRMATIVO, siga las instrucciones que aparecen a continuación:
4. ¿Ha notado usted algún sangrado intermenstrual o después del coito, o sangrado menstrual más abundante de lo ordinario en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Estos síntomas deben de evaluarse antes de comenzar los anticonceptivos hormonales. Ayude a la clienta a hacer una decisión informada de un método no hormonal.
5. Al presente, ¿sabe usted si padece de alguna enfermedad del hígado? o: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Le han dicho alguna vez que usted tiene un tumor del hígado? • ¿Le han dicho que al presente usted tiene hepatitis activa o enfermedad de la vesícula biliar? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Si la contestación a cualquier pregunta es afirmativa, trate de reconfirmar esta historia con un examen físico (¿ictericia?, ¿hígado doloroso o agrandado?). Si existe enfermedad activa del hígado o un tumor del hígado, remita a la clienta a un sitio apropiado. En todo caso, ayude a la clienta a hacer una decisión informada en cuanto a usar un método seguro sin estrógenos hasta que se haya resuelto el problema hepático.
6. ¿Ha sufrido usted de diabetes por 20 años o más, o padece de diabetes severa que ha dañado su vista o sus riñones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Si la clienta sufre de diabetes con nefropatía/retinopatía, u otra enfermedad vascular, o si ha tenido diabetes por 20 años o más, ella tiene un alto riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y debe considerar seriamente la AQV, o un método anticonceptivo seguro sólo de progestina, tal como implantes de NORPLANT®, o un DIU. Si estas opciones no son aceptables, los riesgos asociados con los inyectables sólo de progestina son casi siempre más bajos que los riesgos asociados con el embarazo.
Aunque la pregunta 7 NO se relaciona con la no elegibilidad según el criterio de la OMS, es una pregunta importante en cuanto a la salud reproductiva de la mujer.			
7.a) ¿Ha tenido usted alguna vez una infección pélvica grave con fiebre, escalofríos, dolor en la zona del útero y flujo? ¿La tiene ahora? b) Tranquilice a la clienta en cuanto al carácter confidencial de lo que le diga antes de hacer la pregunta siguiente: Recientemente, ¿Ha tenido usted o su pareja relaciones sexuales con otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Si la contestación a cualquiera de las preguntas es afirmativa, esta clienta tiene riesgo de contraer una ETS, incluyendo el SIDA. Administre los anticonceptivos inyectables sólo de progestina en consideración a su eficacia, pero también aconseje a la clienta que utilice preservativos (o que utilice espermicidas si los preservativos son inaceptables) para protegerse contra las ETS, incluyendo el SIDA. Busque evidencia de ETS al examinar a la paciente.

Listas de referencia a usarse cuando se recomienda hacer un examen físico

Los exámenes físicos (general, con espéculo, bimanual) pueden ser útiles para evaluar preguntas suscitadas por la historia de la clienta (tales como historia de PA alta, nódulos en la mama, o enfermedad del hígado). Si la clienta tiene una historia "negativa" en cuanto a las condiciones en las Categorías 3 y 4 de la OMS, un examen físico puede ser apropiado como parte de una buena atención preventiva, pero no es indispensable para la seguridad del método anticonceptivo.

Cuando un examen físico general está indicado: Lista de referencia para las mujeres que usan anticonceptivos inyectables sólo de progestina

Observaciones de los proveedores de servicios Vea si existen las anomalías siguientes:	NO	SI	Instrucciones de los proveedores de servicios En caso AFIRMATIVO, siga las instrucciones que aparecen a continuación:
1. Pese a la clienta. ¿Tienen exceso o insuficiencia de peso (según las directrices de la clínica local)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina se asocian algunas veces con el aumento de peso. Establezca un peso base para la clienta. Si su peso es insuficiente o excesivo, aconséjele según convenga.
2. ¿Tiene la presión arterial (PA) alta? (sistólica sobre diastólica) • PA leve o moderada por debajo de 180/110 • PA severa: 180/115 o más alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Si la PA es elevada, confirme, y remita a la clienta al nivel de servicio adecuado para una evaluación o trate la PA según las directrices de la clínica local. Aliente a la clienta a hacer una decisión informada de un método anticonceptivo confiable para la PA elevada moderada. Pueden utilizarse los implantes de NORPLANT®, los anticonceptivos inyectables sólo de progestina o las píldoras sólo de progestina puesto que los métodos sólo de progestina son siempre mucho más seguros que el embarazo y es improbable que empeoren la PA. Para una PA más severa es preferible usar un método seguro no hormonal.
3. ¿Tiene nódulos de mama sospechosos? Los nódulos que son benignos (por ejemplo, quistes de mama o fibroadenomas) son por lo general lisos, con una forma bien definida, a menudo se presentan en el mismo lugar en ambas mamas y se mueven con libertad. Estos nódulos pueden también inflamarse levemente y volverse dolorosos al tacto cada mes justo antes de la menstruación. No debe haber la presencia de nódulos linfáticos agrandados o firmeza en la zona de la axila. Cuando hay duda, remita a la clienta al nivel de servicio adecuado para ser evaluado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Por lo general, los nódulos sospechosos de ser cancerosos no son dolorosos al tacto, son unilaterales, de forma irregular, con menos movilidad (se sienten como adherido a la piel o al músculo). Puede haber la presencia de nódulos linfáticos agrandados en la zona de la axila. Remita a la clienta con nódulos que se sospecha que son cancerosos al nivel de servicio adecuado. Ayúdele a hacer una decisión informada de un método no hormonal. Si ninguna de estas es aceptable, ofrezca la píldora sólo de progestina (las píldoras sólo de progestina son de dosis baja y siempre son más seguras que el embarazo). Si los nódulos no son sospechosos, administre los anticonceptivos inyectables sólo de progestina.

(continúa en la página siguiente)

Cuando un examen físico general está indicado: Lista de referencia para las mujeres que usan anticonceptivos inyectables sólo de progestina (continuación)

Observaciones de los proveedores de servicios Vea si existen las anomalías siguientes:	NO	SI	Instrucciones de los proveedores de servicios En caso AFIRMATIVO, siga las instrucciones que aparecen a continuación:
4.a) ¿La clienta presenta ictericia? b) ¿Tiene un hígado doloroso o agrandado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Si la contestación a cualquier pregunta es afirmativa, es probable que existe enfermedad activa del hígado o un tumor del hígado. Remita a la clienta a un sitio apropiado. Ayude a la clienta a hacer una decisión informada en cuanto a usar un método anticonceptivo seguro no hormonal. Si estas opciones no son aceptables, ofrezca las píldoras sólo de progestina hasta que se haya resuelto el problema hepático.

Cuando un examen con espéculo está indicado: Lista de referencia para las mujeres que usan inyectables sólo de progestina

Observaciones de los proveedores de servicios Vea si existen las anomalías siguientes:	NO	SI	Instrucciones de los proveedores de servicios En caso AFIRMATIVO, siga las instrucciones que aparecen a continuación:
1. Tiene la clienta: a) ¿un flujo vaginal o cervical anómalo? o b) ¿una úlcera genital? o c) ¿otros hallazgos que puedan indicar una ETS (tales como verrugas genitales)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Evalúe y trate de conformidad con las directrices de la clínica local, incluso el tratamiento de la(s) pareja(s) sexual(es). Administre los anticonceptivos inyectables sólo de progestina. Si se sospecha la presencia de una ETS, aconseje a la clienta que se abstenga del coito hasta que se cure y, que después, use preservativos para protegerse de las ETS, incluyendo el SIDA (o que utilice espermicidas si los preservativos son inaceptables).
2. ¿Tiene tumores o úlceras, u otros cambios en el cuello uterino que pudieran indicar un cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Evalúe y remita a la clienta al nivel apropiado de atención, incluyendo una prueba de papanicolaou donde posible. Recomiende un método anticonceptivo confiable. Los métodos hormonales no presentan peligro mientras se espera la evaluación y el tratamiento.

Cuando un examen bimanual está indicado: Lista de referencia para las mujeres que usan inyectables sólo de progestina

Observaciones de los proveedores de servicios Vea si existen las anomalías siguientes:	NO	SI	Instrucciones de los proveedores de servicios En caso AFIRMATIVO, siga las instrucciones que aparecen a continuación:
1. ¿Tiene el útero agrandado, liso y blando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. NO administre anticonceptivos inyectables sólo de progestina hasta que esté razonablemente seguro de que la mujer no esta embarazada, especialmente si ella presente otras signos o síntomas. Ofrezca preservativos (y/o espermicidas) hasta que esté razonablemente seguro de que ella no está embarazada (refiérase al Apéndice A: Cómo estar razonablemente seguros de que la mujer no esté embarazada.”) Aconséjele que utilice preservativos para protegerse de las ETS, incluyendo el SIDA.
2. ¿Tiene el útero agrandado pero firme e irregular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Es probable que tenga tumores uterinos benignos tipo fibroma. Sin embargo, si también hay un sangrado irregular, o si el tamaño del útero ha aumentado con rapidez (dentro de un período de 6 meses), remítala al nivel apropiado de atención para comprobar el diagnóstico antes de administrar los anticonceptivos inyectables sólo de progestina.
3. ¿Tiene una masa en los anexos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Puede tener un quiste ovárico (incluyendo el cuerpo luteo del embarazo) un absceso, un embarazo ectópico o, raramente, un tumor ovárico o tubárico. Remítala al nivel apropiado de atención. Aconseje a la clienta que utilice preservativos como método anticonceptivo y para protegerse de las ETS, incluyendo el SIDA (o que utilice espermicidas si los preservativos son inaceptables). Una vez diagnosticada y tratada la masa, puede recibir los anticonceptivos inyectables. Si un embarazo intrauterino y el cancer no son probables, es razonable comenzar el uso de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina y dar tratamiento o remitir a la clienta para la evaluación de la masa adnexal.
4. ¿Tienen un dolor marcado al tacto en el cuello uterino, los ovarios, las trompas o el útero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Puede tener una EPI; trate según las directrices de la clínica local, incluyendo el tratamiento de la(s) pareja(s) sexual(es). Administre los anticonceptivos inyectables sólo de progestina. También aconseje a la clienta que utilice preservativos para protegerse de las ETS, incluyendo el SIDA (o que utilice espermicidas si los preservativos son inaceptables).

ETAPA 5

Administración de la inyección

CRONOLOGIA DE LAS INYECCIONES

- Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina pueden administrarse en cualquier momento durante el ciclo menstrual, cuando usted esté razonablemente seguro de que la clienta no está embarazada. Si la inyección se administra después del séptimo día de un período menstrual normal, pida a la clienta que use un método adicional, tal como preservativos, o que se **ABSTENGA** del coito durante 7 días.
- Si la clienta no tiene riesgo de salir embarazada (se está absteniendo, o está usando otro método efectivo, o tiene menos de una semana después de un aborto, o está protegida por MELA), ella puede iniciar el uso de los inyectables sólo de progestina cualquier día del mes.
- Si está dando de alta del servicio de maternidad a una madre que amamanta a su recién nacido, aconséjele que se someta a un examen médico 6 semanas después del parto. Explíquele que ella no necesita comenzar los anticonceptivos inyectables sólo de progestina antes de las **6 semanas** después del parto, ya que el riesgo de embarazo en las primeras 6 semanas después del parto en una mujer que aún está amamantando parcialmente es extraordinariamente bajo. Explíquele que ella necesitará los inyectables sólo de progestina **antes de** que le vuelva la menstruación, y **antes de** que comience a darle al bebé otros alimentos o líquidos en lugar de la leche materna, y **antes de** que su bebé cumpla 6 meses de edad.

PREPARACIÓN DEL EQUIPO

- Analice cuidadosamente las directrices locales sobre la desinfección y la esterilización. Las agujas y las jeringas desechables son preferibles. Es esencial el desecho correcto de las jeringas y las agujas colocandolas en un recipiente que sea resistente a rupturas para proteger a los proveedores de servicios, las clientas y otras personas que manejan estos materiales desechables. Si se van a utilizar más de una vez las agujas y las jeringas, éstas **deberán descontaminarse, limpiarse y, después, esterilizarse entre cada inyección.**
- Reúna el equipo requerido para la inyección. (Prepare el equipo requerido para el procedimiento **antes del** examen físico, a fin de que la mujer no tenga que esperar mucho tiempo en la mesa de examen mientras que usted se prepara.)
 - Depo-Provera® (DMPA) o Noristerat® (NET-EN),
 - jeringa **estéril** (con capacidad para 1 cc o más; preferiblemente desechable),
 - aguja **estéril** para inyección intramuscular,
 - algodón,
 - **antiséptico** disponible a nivel local **para desinfectar la piel**. Los antisépticos incluyen Betadine®, Hibitane®, pHisoHex, Savlon®, y otros.

EXPLICACION A LA CLIENTA

- Anime a la clienta a hacer preguntas a medida que usted le explica lo que va a hacer.
- Muéstrela el equipo que se utilizará y dígale lo que usted hará.
- Explique a la clienta que las jeringas y las agujas se esterilizan cuidadosamente (o, si se utilizan agujas y jeringas desechables, explíquele que ya vienen previamente esterilizadas en el paquete). Tranquilícela en el sentido de que **NO** hay riesgo de enfermedad con el uso de las inyecciones en su clínica porque ustedes son muy estrictos acerca de la esterilización de todos los instrumentos.
- Tranquilece a la clienta después de la inyección.

ADMINISTRACION DE LA INYECCION

La dosis habitual es:

- 150 mg de Depo-Provera® (DMPA), por inyección intramuscular profunda cada tres meses (12 semanas).

Nota: Para la comodidad de la clienta, la inyección siguiente de DMPA podrá administrarse sin peligro dos semanas antes o hasta 2 (a 4) semanas después de la fecha prevista (dependiendo de las directrices locales).

O

- 200 mg de Noristerat® (NET-EN), por inyección intramuscular profunda cada dos meses (8 semanas)

Nota: Para la comodidad de la clienta, la inyección siguiente del NET-EN puede administrarse sin peligro dos semanas antes o hasta 1 (o 2) semanas después de la fecha prevista (dependiendo de las directrices locales).

Paso 1: Lavese los manos.

Paso 2: Desinfecte el lugar de la inyección utilizando un antiséptico tópico. Tanto el DMPA como el NET-EN, puede inyectarse en el brazo (deltoides) o la nalga (cuadrante superior externo del músculo glúteo).

Paso 3: Para el DMPA, agite vigorosamente la ampolla antes de succionar el líquido con la jeringa. Para el NET-EN, caliente la ampolla entre las manos para facilitar la succión de la solución oleosa espesa con la jeringa.

Paso 4: De ser necesario, limpie la parte superior de la ampolla con un **desinfectante** (las ampollas de vidrio que se van a romper no requieren desinfección; refiérase a las directrices locales para los procedimientos apropiados para la desinfección).

Paso 5: Administre la inyección (tanto el DMPA/Depo-Provera® como el NET-EN/Noristerat® se administran como inyecciones intramusculares profundas).

Paso 6: **No** dé un masaje al lugar de la inyección y diga a la clienta que no se de un masaje de en ese sitio, ya que esto podría acelerar la liberación de progestina y, por lo tanto, se reduciría el período de eficacia.

Paso 7: Lavese los manos.

Adaptado de: Long-Acting Progestins - Promise and Prospects. *Population Reports* Series K 1983;2(May):K18-K55.

ETAPA 6

Explique las instrucciones para el uso de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE SERVICIOS

- Después de explicar las instrucciones a la clienta, pídale que repita, en sus propias palabras, la explicación que usted le ha dado. Si no ha comprendido bien o si ha omitido alguna instrucción, repase de nuevo dicha información con ella.
- Promueva el uso de los preservativos (o de los espermicidas si los preservativos no son aceptables), además de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina:
 - si existe la posibilidad de que la clienta o su pareja estén expuestos a las ETS, incluyendo el SIDA, o
 - si la clienta se presenta tarde para su próxima inyección.
- Entréguele varios preservativos, de acuerdo con las directrices de la clínica local. Si es necesario, demuestre con muestras y modelos el uso correcto de los preservativos y de los espermicidas.

INSTRUCCIONES A LA CLIENTA

Cuándo surte efecto la inyección:

- La inyección surte efecto de inmediato si se administra entre el primer día y el sexto día de su ciclo menstrual.
- Si la primera inyección se administra después del séptimo día del inicio de su última menstruación, tiene que **ABSTENERSE** del coito durante 7 días, o utilizar preservativos o espermicidas como método complementario durante 7 días.

Qué hacer si llega tarde para su siguiente inyección:

- Si llega tarde para su siguiente inyección, usted tiene que abstenerse del coito o usar otro método anticonceptivo (tal como preservativos) hasta que haya recibido su próxima inyección.

Sangrado irregular y ausencia de períodos menstruales:

- La mayoría de las mujeres que utilizan los anticonceptivos inyectables sólo de progestina experimentan cambios en su menstruación. Probablemente tenga sangrado frecuente, especialmente con la primera inyección. Esto **NO** es un verdadero período menstrual. Puede tener menstruaciones abundantes o irregulares, manchas intermenstruales o no tener la menstruación en absoluto. Estos cambios son normales con el uso de inyectables sólo de progestina y no son nocivos para la salud.
- Después de 9 a 12 meses de uso, es probable que la menstruación sea irregular o que no tenga la menstruación en absoluto. Esto no trae complicaciones; es muy seguro.
- Algunas mujeres se preocupan que si no tienen la menstruación pueden estar embarazadas; sin embargo, los inyectables son muy eficaces. Si usted recibe sus inyecciones a tiempo, será muy difícil que salga embarazada (3 en 1.000 casos). Algunas mujeres se preocupan de que si no tienen la menstruación algo tóxico ("la sangre mala") se acumulará dentro de ellas. Con los inyectables, la menstruación no ocurre porque **no** hay acumulación de **sangre** adentro del cuerpo.

- Aproximadamente de 7 a 10 meses después de su última inyección (como promedio) le volverá su antiguo patrón de sangrado menstrual. Si su patrón era irregular antes de usar los inyectables, seguirá siendo irregular después de usar los inyectables.

Aumento de peso:

- Deberá vigilar su dieta, ya que puede experimentar un ligero aumento de apetito.

Inyecciones y otra atención médica:

- En caso de cualquier visita médica, dígame a su médico o enfermera que está utilizando los anticonceptivos inyectables sólo de progestina.

Riesgo de exposición a las ETS, incluyendo el SIDA:

- Si cree que existe la probabilidad de que usted o su pareja tienen riesgo de contraer una ETS, incluyendo el SIDA, utilice preservativos además de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina. Si los preservativos no son aceptables, utilice espermicidas.

ETAPA 7

Planear para su visita de seguimiento

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR DE SERVICIOS

- Asegúrese de haber cubierto todos los puntos en la lista de referencia (refiérase al Capítulo 1) para la decisión fundamentada.

INSTRUCCIONES PARA LA CLIENTA

- Si no tiene problemas, vuelva a la clínica según lo indicado, para su siguiente inyección. Las clientes que reciben el DMPA (Depo-Provera®) necesitan volver cada 3 meses (12 semanas) para una nueva inyección. Las clientes que reciban NET-EN (Noristerat®) necesitan regresar cada 2 meses (8 semanas).
- Vuelva a la clínica si usted o su pareja no están satisfechos con el método, o si usted desarrolla cualquier efecto secundario que crea es causado por el método.
- Vuelva inmediatamente si experimenta alguno de los siguientes signos/síntomas de condiciones graves que podrían o no estar relacionadas con el uso de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina:
 - sangrado vaginal profuso,
 - dolores de cabeza muy fuertes, o
 - dolor abdominal severo.
- Vuelva a esta clínica o a una clínica para las ETS si cree que hay posibilidad de que haya estado expuesta a una ETS.

ETAPA 8

Siga los procedimientos para la visita de seguimiento

- Pregunte a la clienta y, de ser posible, a su pareja, si están satisfechos con el anticonceptivo inyectable sólo de progestina.
- Pregunte si hay algunas quejas o problemas después de la inyección. Si hay efectos secundarios, vea el cuadro que sigue para el tratamiento de los efectos secundarios.
- Repita la lista de referencia para la historia médica. Si la clienta tiene cualquier síntoma de embarazo o si se queja de dolor pélvico, flujo, sangrado con el coito o sangrado muy profuso, repita el examen bimanual y use espéculo.
- Si es posible, verifique la PA y el peso (opcional).

- Si la clienta llega **con un retraso de más de un mes** para la visita siguiente, primero determine si está protegida del embarazo (¿abstinencia?, ¿MELA?, ¿uso consistente de preservativos?). Si la clienta está expuesta a un embarazo, determine si está embarazada mediante un examen pélvico o con una prueba de laboratorio (si está disponible y si es factible económicamente). Pida a la clienta que utilice un método no hormonal durante el mes siguiente y que vuelva para un nuevo examen pélvico o prueba de embarazo a fin de descartar la posibilidad de un embarazo. Si el examen es aún negativo, la clienta puede recibir el anticonceptivo inyectable sólo de progestina ese mismo día.
- Si la clienta ha desarrollado cualquier condición incluida entre las restricciones para el uso de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina, o si la clienta piensa que los anticonceptivos inyectables sólo de progestina y sus efectos secundarios son inaceptables, ayúdele a elegir, en forma informada, otro método anticonceptivo.
- Si la clienta está satisfecha con el método y no hay alguna condición que restrinja el uso de los inyectables sólo de progestina:
 - adminístrele la próxima inyección, y
 - recuérdle las razones por las que debe regresar a la clínica (efectos secundarios, signos/síntomas de condiciones graves, insatisfacción con el método, síntomas de ETS).
- Planifique la próxima visita en 3 meses (12 semanas) para el DMPA o en 2 meses (8 semanas) para el NET-EN.

TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES SÓLO DE PROGESTINA

Nota: Para todos los efectos secundarios citados, si una cliente está utilizando el DMPA y desea seguir utilizando los anticonceptivos inyectables sólo de progestina, el síntoma podría mejorar cambiando al NET-EN.

Adaptado de: 1) *NORPLANT® Prototype 5-Day Training Curriculum*. Washington, DC, PATH, 1989; 2) *Guide to Effective Counseling About NORPLANT®*. New York, The Population Council, 1989; 3) *Child Spacing and Family Planning Clinical Procedure Manual*. Harare, Zimbabwe National Family Planning Council, 1985; 4) Odland V: Hormonal Long-Acting Methods for Contraception. *The British Journal of Family Planning* 1991;16(Suppl No. 4):8-11; 5) Brache V, et al: Ovarian Endocrine Function Through Five Years of Continuous Treatment With Norplant Subdermal Contraceptive Implants. *Contraception* 41:169; 6) *NORPLANT®: A Summary of Scientific Data*. New York, The Population Council, 1990; 7) Hatcher RA, et al: Contraceptive Technology, 1990-1992. New York, Irvington Publishers Inc., 1990, pp 309-313; 8) Stewart GK: Update on the Norplant System. *Contraceptive Technology Conference 1991*. Washington, DC, unpublished, March 1991, pp 34-38; 9) Diaz S, et al: Clinical Assessment of Treatments for Prolonged Bleeding in Norplant Implants Contraceptive Users. *Contraception* 1990;42(1):97-109; 10) Shoupe D, Mishell DR, Bopp BL: The Significance of Bleeding Patterns in Norplant Users. *Obstetrics and Gynecology* 1991;77:256-260; 11) Brown RC, Brown JE: *The Family Planning Clinic in Africa*. London, Macmillan Publishers, Ltd., 1987; 12) Fakeye O, Balaugh S: Effect of NORPLANT® Contraceptive Use on Hemoglobin, Packed Red Cell Volume and Menstrual Bleeding Patterns. *Contraception* 1989;39:265-274; 13) Klavon SL, Grubb G: Insertion Site Complications During the First Year of NORPLANT® Use. *Contraception* 1990;41(1):27-37; 14) Kleinman RL: *Hormonal Contraception*. London, IPPF Medical Publications, 1990; 15) Waller HT, Holmen J: Systolic and Diastolic Blood Pressure Values Indicating Equivalent Risk. *The New England Journal of Medicine* 1991;35(August 8):434; 16) World Health Organization Division of Family and Reproductive Health: *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Eligibility Criteria for Initiating Use of Selected Methods of Contraception*. WHO/FRH/FPP/96.9; y 17) Technical Guidance Working Group: *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use: Results of a Technical Meeting, Volume I: Combined Oral Contraceptives, Progestin-Only Injectables, NORPLANT® Implants, and Copper-Bearing Intrauterine Devices*. Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994, pp 27-46.

Efectos secundarios	Etapas de investigación	Tratamiento
<p>Sangrado profuso y/o prolongado</p>	<p>A. Determine cuáles son las preocupaciones de la mujer (¿miedo de tener una enfermedad oculta?, ¿anemia?, ¿inconveniencias?, ¿problemas sociales con respecto al sangrado "menstrual"?, ¿gastos ocasionados por los productos sanitarios?).</p> <p>B. Determine por medio de la historia si pudieran existir otras condiciones (tales como tumores, embarazo, aborto, EPI y otros problemas ginecológicos).</p> <p>C. Investigue si hay anemia. Evalúe y trate la anemia, si está indicado.</p>	<p>A. Si hay manchado prolongado o sangrado moderado (equivalente a una menstruación normal pero de duración más prolongada), la primera forma de tratar a la clienta debe ser asesorarla y tranquilizarla. Se le debe de explicar que cuando no existe evidencia de otras enfermedades, el sangrado irregular ocurre comúnmente en los primeros meses después del inicio del uso de progestinas inyectables. Explique que el número de días de sangrado disminuye después de varios meses de usar inyectables sólo de progestina. Clarifique que éste no es un sangrado "menstrual" (esta distinción puede ser de importancia social o religiosa para la clienta).</p> <p>B. Si se sospechan condiciones anormales que causan sangrado profuso o prolongado, éstas deben evaluarse y tratarse apropiadamente.</p> <p>C. Dé instrucciones nutricionales (si está indicado), en cuanto a la necesidad de aumentar el consumo de alimentos que contengan hierro.</p>

(continúa en la página siguiente)

Efectos secundarios	Etapas de investigación	Tratamiento
<p>Sangrado profuso y/o prolongado (continuación)</p>	<p>D. Determine si dar asesoramiento y tranquilizar a la cliente es suficiente para aliviar sus preocupaciones.</p>	<p>D. Si el asesorarla y tranquilizarla no es suficiente para la mujer y ella desea continuar con el método, se puede usar la siguiente estrategia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AOCs o estrógenos a corto plazo (durante 7 a 21 días), o • ibuprofen (u otros sólo anti-inflamatorios no esteroideos que no sean aspirina)*, o
<p>Sangrado extremadamente profuso (muy raro con el uso de inyectables)</p>	<p>E. Determine si el sangrado, o el manchado prolongado ha respondido al tratamiento, a satisfacción de la cliente.</p> <p>A. Tome una historia y haga un examen físico para evaluar las posibles causas, especialmente si hay embarazo (intrauterino, ectópico), un aborto reciente, fibroma u otro tumor (leiomioma).</p>	<p>* NOTA: Deben usarse medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (por ej., ibuprofen) en vez de aspirina, ya que la aspirina provoca sangrado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • siendo que los dos tratamientos mencionados anteriormente actúan de diferente manera, ambos pueden usarse en combinación, ya que: <ul style="list-style-type: none"> – el estrógeno y los AOC regeneran el endometrium y por consiguiente puede parar el sangrado, y – el ibuprofen impide la síntesis de prostaglandinas y así disminuye el sangrado uterino. <p>E. Algunos sangrados fuertes y prolongados pueden no interrumpirse y pudiera ser necesario descontinuar los inyectables.</p> <p>A. Trate las condiciones médicas existentes de acuerdo con las directrices de la clínica local y remita a la cliente a la facilidad apropiada. NO haga una evacuación del útero a menos que se sospeche una condición médica existente (la aspiración al vacío es generalmente el método preferido para la evacuación uterina).</p>

(continúa en la página siguiente)

Efectos secundarios	Etapas de investigación	Tratamiento
<p>Sangrado extremadamente profuso (muy raro con el uso de inyectables) (continuación)</p>	<p>B. Evalúe y trate la anemia.</p> <p>C. Determine si la clienta desea la terapia con alta dosis de estrógenos para parar el sangrado.</p> <p>D. Determine si el sangrado profuso se ha controlado.</p>	<p>B. Dé consejos de nutrición en cuanto a la necesidad de aumentar el consumo de alimentos ricos en hierro.</p> <p>C. El sangrado extremadamente profuso (mucho mayor que el de una menstruación normal) es raro. Este generalmente puede controlarse por medio de dosis incrementados de estrógenos (los cuales pueden administrarse como AOCs). Siga los protocolos de la clínica. Algunos clínicos comienzan con dos AOCs dos veces al día durante 7 días para parar un sangrado extremadamente profuso no común. Si está disponible, pueden usarse dosis más altas de estrógenos. Para sangrado profuso debido únicamente al uso de las progestinas inyectables, NO haga una evacuación uterina ya que si el sangrado se debe únicamente al inyectable sólo de progestina, un aumento de la dosis de estrógenos parará el mismo.</p> <p>D. En algunas mujeres se necesitará interrumpir el uso de las progestinas inyectables debido a condiciones médicas que lleven al sangrado profuso, o porque la clienta lo prefiere.</p>
<p>Amenorrea que preocupa a la clienta</p>	<p>A. Trate de descartar el embarazo por medio de la historia menstrual, de los síntomas, del examen físico y, por medio de una prueba de laboratorio (si está disponible y es factible económicamente). Refiérase al Apéndice A: "Cómo estar razonablemente seguros de que la mujer no esté embarazada."</p>	<p>A. Si la clienta definitivamente está embarazada, remítala de acuerdo a su preferencia. Si la clienta tiene la intención de continuar su embarazo, interrumpa las inyecciones. Cuando usted esté razonablemente seguros de que la mujer no esté embarazada, aconseje a la clienta que no hay ninguna evidencia de que el DMPA causa daño al feto, y permítale que continúe el DMPA, si ella así lo desea.</p>

(continúa en la página siguiente)

Efectos secundarios	Etapas de investigación	Tratamiento
<p>Amenorrea que preocupa a la clienta (continuación)</p>	<p>B. Si no hay signos o síntomas de embarazo, pregunte a la clienta qué es lo que le molesta en cuanto a la ausencia de menstruación.</p> <p>Muchas mujeres se preocupan de que están embarazadas, e incluso perciben síntomas de embarazo aún cuando no están embarazadas. Otras se preocupan de que si no tienen menstruación, algo tóxico se está acumulando adentro de ellas, y de que necesitan menstruar para limpiar la "mala sangre".</p> <p>C. Determine si la clienta aún está descontenta por la ausencia de la menstruación a pesar de haberla tranquilizado.</p>	<p>B. Asegúrele a la clienta que no está embarazada. Explíquele que más de un 90% de todas las mujeres que usan anticonceptivos inyectables sólo de progestina no tienen menstruación por lo menos por 3 meses, y que la mitad de todas las mujeres que usan DMPA paran de sangrar después de la cuarta inyección.</p> <p>Explíquele a la clienta que los inyectables sólo de progestina no permiten que el revestimiento del endometrio se regenere: "No se está acumulando ningún producto tóxico. Lo que sucede es que el endometrio no se ha hecho grueso (no ha crecido) y por lo tanto no hay nada que desprender o eliminar." Explíquele que esta es una condición segura que durará únicamente por el tiempo en que ella use las progestinas inyectables.</p> <p>C. Ofrezcale AOCs siempre que la clienta no presente una condición que imponga restricciones relacionadas con la administración de estrógenos. Si la clienta padece de una condición por la cual no se debe usar estrógenos, ayude a la clienta a hacer una decisión informada de un método no hormonal.</p>

(continúa en la página siguiente)

Efectos secundarios	Etapas de investigación	Tratamiento
Dolor severo en la parte baja del abdomen	<p>A. Tome una historia y haga un examen físico para descartar la posibilidad de un embarazo ectópico o intrauterino, de EPI aguda, de tumor ovárico, de apendicitis, de quistes ováricos, de torsión de folículos ováricos o de ruptura de un tumor hepático.</p> <p>B. Tome una historia y haga un examen físico pertinente (palpe el abdomen; haga un examen rectal con guante) para descartar el estreñimiento.</p>	<p>A. 1) Si la cliente presenta cualquiera de estas condiciones, proporcione atención médica inmediata y remítala al nivel de atención apropiado.</p> <p>2) Si se detectan quistes ováricos, tranquilice a la cliente ya que éstos son normales y ocurren con frecuencia. La mayor parte de los quistes desaparecen solos sin cirugía. Para verificar que el quiste está desapareciendo, vuelva a examinar a la cliente en unas 3 semanas, si es posible.</p> <p>B. En el caso de estreñimiento, aconséjese una dieta (mucho fibra y agua) y ejercicio adecuados. Administre leche de magnesia u otro laxante suave.</p>
Presión arterial (PA) elevada	<p>A. Vuélvale a tomar la PA después de que la cliente haya estado sentada y tranquila por unos minutos. Utilice manguitos grandes (si se dispone de ellos) para las mujeres que tengan brazos gruesos.</p>	<p>A. Si la PA es por debajo de 180/110, pero más de 140/90, administre la inyección y vuélvale a tomar la presión dos veces más durante las dos semanas siguientes. Si la PA se mantiene más de 140/90, remita a la cliente para tratamiento, pero asegúrele que puede seguir con el uso de las progestinas inyectables ya que estas tienen pequeño efecto (positivo o negativo) en la PA. Si la PA sistólica es de 180 o más, o si la presión diastólica es 110 o más, significa que la hipertensión es severa. Administre la próxima inyección y remita a la cliente al nivel de atención apropiado. En el futuro, un método muy efectivo no hormonal (como el DIU o AQV) podría ser más apropiado para la cliente.</p>

(continúa en la página siguiente)

Efectos secundarios	Etapas de investigación	Tratamiento
<p>Mareo o náusea (raros con los anticonceptivos inyectables)</p>	<p>A. Según la capacidad de la clínica, descarte otras causas, por ejemplo, anemia, PA elevada o baja, concentración baja de azúcar en la sangre, embarazo, enfermedad viral, o enfermedad neurológica.</p> <p>B. Si no se determina una causa y el mareo o la náusea son muy leves.</p> <p>C. Si no se determina una causa y la náusea o el mareo son muy severos, o si la clienta está convencida de que la náusea o el mareo se deben a los inyectables.</p>	<p>A. Remita a la clienta al nivel adecuado de atención o trate según las directrices de la clínica local. Asegúrele que no es común que los anticonceptivos inyectables sólo de progestina causan náusea o mareo. Si la clienta desea continuar con el método, adminístrele la inyección.</p> <p>B. Si el mareo o la náusea continúan y la clienta siente que no puede aceptar esto y lo atribuye a los anticonceptivos inyectables sólo de progestina, ayude a la clienta a hacer una decisión informada de un método no hormonal.</p> <p>C. Remita a la clienta según corresponda. Ayude a la clienta a hacer una decisión informada de un método no hormonal.</p>
<p>Depresión</p>	<p>A. Pregunte acerca de las causas posibles, por ejemplo, problemas familiares, financieros o sociales, o pérdidas recientes (de trabajo, muertes).</p>	<p>A. Aconseje a la clienta según corresponda, y haga un seguimiento durante su próxima visita.</p>

(continúa en la página siguiente)

Efectos secundarios	Etapas de investigación	Tratamiento
<p>Depresión (continuación)</p>	<p>B. Si no se detecta ninguna otra causa, pregunte a la clienta si verdaderamente considera que la depresión se debe a los inyectables sólo de progestina. Asegúrele que los anticonceptivos inyectables no causan depresión severa.</p>	<p>B. Si la clienta está convencida que su depresión empeoró mientras recibía los anticonceptivos inyectables sólo de progestina o que se debe al método, ayúdele a hacer una decisión informada de un método no hormonal. Si los anticonceptivos inyectables sólo de progestina no han empeorado una depresión temprana, o si la clienta piensa que se debe a otras causas, podrá continuarse con la administración de los anticonceptivos inyectables sólo de progestina, pero haga un seguimiento de esta situación durante la visita siguiente.</p>
<p>Aumento de peso significativo no deseado</p>	<p>A. Entreviste a la clienta, pregúntele sobre los hábitos de alimentación que promueven el aumento de peso, o sobre la falta de ejercicio.</p> <p>B. Descarte el embarazo como causa del aumento de peso. Refiérase al Apéndice A: "Como estar razonablemente seguros de que la mujer no esté embarazada."</p> <p>C. Si la clienta niega tener malos hábitos de alimentación, pero se queja de tener más apetito o de aumentar de peso sin causa aparente, pregúntele si el aumento de peso es inaceptable.</p>	<p>A. Pese a la clienta y compare dicho peso con el de la primera visita. Si aumentó menos de 2 kilogramos, asegúrele que es un aumento insignificante. Si aumentó más de 2 kilogramos, instrúyale sobre la dieta y el ejercicio.</p> <p>B Si la clienta está embarazada, remítala al centro que ella prefiera. Si tiene la intención de continuar con el embarazo, no administre la inyección siguiente.</p> <p>C. Si el aumento de peso es inaceptable, y si la clienta está convencida que el aumento de peso se debe a los inyectables, ayude a la clienta a hacer una decisión informada de otro método, incluyendo AOCs, PSPs, u otro método aceptable.</p>

(continúa en la página siguiente)

Efectos secundarios	Etapas de investigación	Tratamiento
Dolores de cabeza	<p>A. Determine si tiene flujo nasal purulento y dolor al tocar la zona de los senos nasales.</p> <p>B. Pregunte si ha tenido alguna vez PA alta.</p> <p>C. Pregunte a la clienta si los dolores de cabeza empeoraron desde que se empezó a administrar las inyecciones.</p> <p>D. Pregúntele si ha sufrido pérdida del habla, entumecimiento, debilidad u hormigueo, o cambios visuales asociados con los dolores de cabeza. Estos síntomas pueden ser indicios de una jaqueca severa.</p> <p>E. Si no hay peligro de una enfermedad cerebrovascular o de sinusitis y los dolores de cabeza no empeoraron con los anticonceptivos inyectables, explore las causas posibles de índole social, financiera o física de los dolores de cabeza.</p>	<p>A. Remita a la clienta para el tratamiento de la sinusitis, de haberla; continúe con los anticonceptivos inyectables sólo de progestina.</p> <p>B. Independientemente de la historia, tómela la PA. Si ésta es elevada, vuélvala a tomar. Administre el anticonceptivo inyectable sólo de progestina. Refiérase a "PA Elevada", en la sección anterior.</p> <p>C. Si el dolor de cabeza empeora con los anticonceptivos inyectables sólo de progestina, recomíéndele a la clienta que cambie a un método no hormonal confiable.</p> <p>D. Estos síntomas pueden sugerir el peligro de una enfermedad cerebrovascular (alteración transitoria del flujo sanguíneo al cerebro). Remítala inmediatamente al nivel adecuado de atención. Asegúrese de que la clienta no fuma (o ayúdele a que pare de fumar). Ayúdele a hacer una decisión informada de un método no hormonal confiable. Si ninguno es aceptable, ofrézcale las PSPs o los anticonceptivos inyectables sólo de progestina, que siempre son mucho más seguros que el embarazo.</p> <p>E. Aconséjele según corresponda; continúe con los anticonceptivos inyectables sólo de progestina.</p>

(continúa en la página siguiente)

Efectos secundarios	Etapas de investigación	Tratamiento
<p>Acné (rara vez asociado con los anticonceptivos inyectables)</p>	<p>A. Pregunte cómo y cuán a menudo se limpia la cara; descarte una higiene inadecuada y el uso de cremas que bloquean los poros.</p> <p>B. Pregúntele si se encuentra actualmente bajo tensión.</p> <p>C. Pregunte si la clienta considera que su acné empeoró con el uso del anticonceptivo inyectable sólo de progestina.</p>	<p>A. Recomiende limpieza diaria de la cara con agua. Un astringente, como el limón, puede ayudar también. Evite las cremas pesadas y las cremas con lanolina o con perfumes.</p> <p>B. Aconséjela según corresponda.</p> <p>C. Explique que algunas mujeres han notado un empeoramiento del acné con los anticonceptivos inyectables sólo de progestina. Usualmente, este problema NO ocurre con los anticonceptivos orales combinados que contienen estrógeno (aun los anticonceptivos orales combinados a baja dosis mejoran el acné en la mayoría de las mujeres).</p>
<p>Pérdida de la libido (impulso sexual)</p>	<p>A. Pregunte si esto se debe a otras causas como, por ejemplo, sequedad de la vagina, coito doloroso o problemas matrimoniales.</p> <p>B. Si no se determina ninguna otra causa, pregunte a la clienta si está convencida que éste es un problema debido a los anticonceptivos inyectables sólo de progestina.</p>	<p>A. Aconseje o remita a la clienta según corresponda.</p> <p>B. Ayude a la clienta a hacer una decisión informada de otro método (incluyendo los AOCs).</p>

Lista de Referencias

Anticonceptivos inyectables: su uso en la planificación de la familia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), 1990.

Technical Guidance Working Group: *Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos: Resultados de una reunión técnica, Tomo I: Anticonceptivos orales combinados, Inyectables sólo de progestinas, Implantes NORPLANT®, y Dispositivos intrauterinos de cobre.* Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994.

Apéndice A

Cómo Estar Razonablemente Seguros de que la Mujer No Esté Embarazada

Entresacado de: Technical Guidance Working Group: *Recomendaciones para la Actualización de Prácticas Seleccionadas en el Uso de Anticonceptivos: Resultados de una Reunión Técnica, Tomo I: Anticonceptivos Orales Combinados, Inyectables Sólo de Progestinas, Implantes NORPLANT®, y Dispositivos Intrauterinos de Cobre* Chapel Hill NC, INTRAH Program, University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine, 1994.

Apéndice A

Cómo Estar Razonablemente Seguros de que la Mujer No Está Embarazada

Uno puede estar razonablemente seguro de que la usuaria no esté embarazada si ella no presenta ningún síntoma (refiérase a la sección "Historia," más abajo) ni signos (refiérase a la sección "Examen físico") de embarazo y si:

- no ha tenido relaciones sexuales desde su última menstruación.
- ha utilizado en forma correcta y consecuente otro método confiable.
- se encuentra dentro de los primeros siete días después de una menstruación normal.
- se encuentra dentro de las cuatro semanas del posparto (para las mujeres NO lactantes).
- se encuentra dentro de los primeros siete días postaborto.
- está lactando en forma completa y está en amenorrea, y se encuentra dentro de los 6 meses postparto (refiérase más abajo a: "Dependencia de la amenorrea de la lactancia").

Historia de los síntomas de embarazo

- menstruación ausente (o alterada).
- náusea (con o sin vómitos).
- fatiga (persistente).
- dolor a la presión/palpación en los senos (y agrandamiento de los mismos).
- incremento en la frecuencia de la micción.
- percepción materna de movimientos fetales (síntoma tardío: a las 18 a 22 semanas de gestación).

Examen físico rara vez es necesario, excepto para descartar un embarazo de más de seis semanas cuando el agrandamiento uterino comienza a hacerse evidente. Más tarde (cerca de las 18 semanas), es posible escuchar el latido cardíaco del feto con un estetoscopio y el examinador puede percibir los movimientos fetales.

Laboratorio:

En general, las pruebas de embarazo no son de mucha ayuda ni prácticas debido a que, por lo general, las que tienen una sensibilidad elevada (positivas +/- 10 días después de la concepción) por lo general no son costeables. No obstante, en casos donde la posibilidad de embarazo sea difícil de descartar, una prueba de embarazo de alta sensibilidad podría ser útil, siempre que se tenga acceso fácil a la misma, que no sea demasiado costosa y que forme parte de la práctica clínica de rutina.

Dependencia de la amenorrea de la lactancia

El Método de la Amenorrea de la Lactancia (MELA) es un método anticonceptivo de eficacia elevada (protección del 98% durante los primeros seis meses del posparto en mujeres que estén amamantando en forma completa o casi completa* y que estén en amenorrea) ¹⁻³. La eficacia del MELA en el segundo semestre del posparto está bajo estudio².

El proveedor de los servicios puede estar razonablemente seguro de que una mujer no esté embarazada si se encuentra aún en amenorrea, dentro de los primeros seis meses del posparto, amamantando en forma completa o casi completa* y sin síntomas clínicos de embarazo. Aun

(continúa en la página siguiente)

* La lactancia "completa" incluye el amamantar en forma exclusiva o casi exclusiva (dejar que el niño pruebe sólo ocasionalmente el agua o algunos alimentos de día y de noche ¹⁻³. La lactancia "casi exclusiva" significa que se dan alimentos suplementarios pero los mismos representan una parte mínima de la dieta del lactante ¹⁻³.

Apéndice A (continuación)

cuando las pruebas de alta sensibilidad para determinar el embarazo no estén disponibles o no sean costeables, y una mujer que haya cumplido los seis meses del posparto solicite un DIU** o los implantes NORPLANT® o los anticonceptivos inyectables, se puede estar razonablemente seguros de que no esté embarazada si la mujer mantuvo la lactancia a una frecuencia elevada*** y está aún en amenorrea.

Debe señalarse que en las mujeres lactantes, el sangrado durante las primeras ocho semanas (56 días) del posparto **NO SE CONSIDERA** como un sangrado "menstrual"⁴.

- 1) Labbok M, Cooney K, Coly S. *Guidelines: Breastfeeding, Family Planning, and the Lactational Amenorrhea Method - LAM*. Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 1994.
- 2) Labbok MH, Perez A, Valdes V, Sevilla F, Wade K, Laukaran VH, Cooney KA, Coly S, Sanders C, Queenan JR. The Lactational Amenorrhea Method (LAM): A postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Advances in Contraception* 1994;10:93-109.
- 3) Labbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Studies in Family Planning* 1990;21:226-230.
- 4) Bellagio Consensus Conference on Lactational Infertility. Bellagio consensus statement in the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989;39(8):477-496.

** Reviste mayor importancia descartar un posible embarazo antes de insertar un DIU que antes de iniciar los métodos hormonales, debido al riesgo de una pérdida o aborto espontáneo séptico.

*** Una mujer que amamanta 10 veces al día o más, o que más del 80% de la alimentación que le dé a su lactante es leche materna, se encuentra bajo un riesgo menor de ser fértil². Es óptimo amamantar al lactante antes de cada suplemento alimentario.