



CONSENSO DE ANTICONCEPCION - CONCLUSIONES

SOGIN - AMADA

Dirección: Dra. Inés de la Parra - Dr. Osvaldo Sánchez

Coordinadores de Mesas de Discusión

Dr. Miguel Angel Bigozzi, Dra. Silvia Ciarmatori, Dra. Dora Daldevich, Dra. María Eugenia Escobar de Fernández, Dra. Gabriela Kosoy, Dra. Marisa Labovsky, Dra. Carlota López Kaufman, Dra. Silvia Oizerovich, Dr. Saugy A, Dr. Julio Seoane

Secretarios de Mesas de Discusión

Dra. Ruth Calette, Dra. Cecilia Elordi, Dr. Gustavo Gutierrez, Dra. Silvia Manzini, Dr. Daniel Mendonça, Dr. Mauricio Martín Reyna, Dra. Laura Ricover, Dra. Vilma Rosciszewski, Dra. María Luisa Soto

Colaboraron en la redacción: Dra. Carlota López Kaufman - Dra. Dora Daldevich

1. Anticonceptivo hormonal en el segundo año ginecológico

- Si, pues no afecta el cierre epifisario
- La dosis a indicar: 15µ, 20 µg, 30µg de EE
- ¿Se realiza evaluación de la edad ósea?

El anticonceptivo hormonal puede ser indicado en el segundo año de edad ginecológica ya que no afecta el cierre epifisario, no siendo necesario realizar evaluación de la edad ósea. La dosis indicada es 30 µg de etinilestradiol.

La adolescente en el momento de la menarca, alcanza aproximadamente el 95.5% de su talla final y a la edad ósea de 14 años un 98%. (1)

Los estrógenos endógenos comenzaron a actuar sobre el cierre epifisario algunos años antes de la menarca y según Mishell (h) el uso de esteroides anticonceptivos no aceleraría dicho proceso. (2)

Los ACO utilizados actualmente son compuestos de baja dosis (20-35µg) y estos se hallan muy por debajo de las necesarias para lograr el cierre de los cartílagos epifisarios.

En la formación de la masa ósea intervienen factores genéticos, nutricionales, hábitos, estilo de vida, etc. los cuales dificultan la interpretación de los resultados de las distintas investigaciones realizadas. No obstante algunos estudios a la fecha permitirían señalar la conveniencia de utilizar en la adolescencia anticonceptivos orales combinados con dosis no por debajo de 30 µg de etinilestradiol preferentemente. (3,4)

El uso de anticonceptivos hormonales solo de progestágenos, quedaría reservado para cuando el uso de estrógenos estuviera contraindicado y ante la imposibilidad de instrumentar otros métodos anticonceptivos satisfactoriamente. (5)

2. Anticonceptivo hormonal en el segundo año ginecológico

- No es el anticonceptivo de primera elección
- No existe contraindicación ya que no altera el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal
- Indicamos doble protección

El preservativo siempre es el anticonceptivo de primera elección ya que es el único método que evita un embarazo no buscado y brinda protección frente a las infecciones de transmisión sexual.

Diversos autores coinciden en estimar que la incidencia de ciclos anovulatorios como expresión de inmadurez del eje neuroendócrino disminuye a partir del segundo año de edad ginecológica y son muy pocos los estudios que apoyan que exista un probable perjuicio que los anticonceptivos hormonales, a través de su mecanismo de acción (inhibición de la ovulación), puedan ejercer sobre el eje neuroendócrino. (6, 7)

Siegerb y col, en coincidencia con otros autores, en un estudio evaluando adolescentes con antecedentes de ciclos oligomenorreicos, luego de haber utilizado anticonceptivos

hormonales observó que al suspenderlos recuperaron su ciclicidad. (8)
Las adolescentes tienen en sus primeros años ginecológicos una alta incidencia de ciclos anovulatorios, pero también presentan ciclos ovulatorios, prueba de ello la tasa de embarazos adolescentes en menores de 15 años. Con un criterio empírico se considera su indicación preferentemente a partir del segundo año de edad ginecológica. (9)
El concepto de "doble protección" debe ser introducido en cada consulta porque en los adolescentes se debe tener siempre presente su edad de inicio de relaciones sexuales y los riesgos que implicaría un embarazo no deseado o una infección de transmisión sexual. Por otra parte, también permite trabajar el mensaje de prevención en cada visita, informarlos sin crear angustia, formar jóvenes formadores de opinión y trabajar en el autocuidado individual. (10)

3.

- Se puede indicar un anticonceptivo en una niña de 14 años sin la autorización de los padres y/o tutores
- Debo solicitar consentimiento informado a los padres y/o tutores.

Sí, se puede indicar un anticonceptivo a una niña de 14 años sin la autorización de los padres y/o tutores no siendo necesario un consentimiento informado.

Los derechos en las mujeres y en las niñas son parte inalienable, integrante e indivisible de los Derechos Humanos Universales (Plataforma de Acción de la Cumbre de Derechos Humanos, Viena 1993).

El derecho a la salud sexual y reproductiva es un derecho reconocido en nuestra Constitución Nacional y por leyes específicas, como la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (25673/2002), la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (418/2000) y 19 leyes provinciales de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Los derechos sexuales integran la nómina de los derechos humanos reconocidos y amparados por nuestra Constitución (art. 19) y por los Tratados Internacionales incorporados en el art. 75 inc. 22, Convención sobre los Derechos del Niño y Convención de Eliminación de toda forma de Discriminación Contra la Mujer
Todos los niños, niñas y adolescentes gozan de los derechos fundamentales inherentes a su condición de persona. (11)

El servicio de salud y el médico tratante que informe, prescriba y provea métodos anticonceptivos también se encuentran protegidos por el marco legal que les brinda la Constitución de la Nación Argentina. (9)

4.

- No hay contraindicación para la colocación de un DIU en la adolescencia
Se deben evaluar las diferentes situaciones:
 - Postaborto
 - Deseo de DIU por parte de la adolescente
 - Postparto: nulípara, múltipara
 - Discapacidad mental
 - Antecedente de EPI

No se lo considera un método de primera elección para este grupo etareo por las posibles complicaciones (expulsión, perforación, hemorragia, dolor, enfermedad inflamatoria de la pelvis), pero este método ofrecería ventajas al permitirle soslayar algunas de las dificultades que suelen presentarse con el uso de otros métodos anticonceptivos, favoreciendo de este modo su aceptabilidad y adhesión.

El DIU brinda seguridad, alta eficacia y confort, al no exigir otra motivación mas allá de la relacionada con su inserción, es de uso permanente y continuo, desvinculado del coito y demanda un seguimiento relativamente espaciado.

La enfermedad inflamatoria de la pelvis ha sido la objeción de mayor peso para desaconsejar su uso.

El riesgo de presentar una EPI estaría vinculado a la maniobra de inserción y éste no superaría los 30 días, luego de transcurrido ese lapso su incidencia no difiere mayormente del resto de la población (12); siendo por lo tanto la conducta sexual de la adolescente y de su pareja los factores determinantes de esta última eventualidad.

La expulsión se produce generalmente en los primeros 6 meses post inserción,

mayoritariamente en los primeros 3 meses. Su frecuencia se halla vinculada al modelo del dispositivo y fundamentalmente se vincula su incidencia a cavidades uterinas con una histerometría menor de 7 cm. La Tcu 380 A uno de los más actualizados y difundidos, fue modificado en su ancho y longitud (Tcu380 NUL), así como otros modelos de DIU, con el objetivo de disminuir las tasas de expulsión y mejorar la aceptabilidad del método. (13) El dispositivo intrauterino es una indicación válida en las adolescentes multíparas, para respetar intervalos intergenésicos, o en aquellas con antecedentes de abortos, discapacidad mental/psíquica o ante la imposibilidad, dificultad o fracaso en la utilización de otros métodos anticonceptivos.

Los Criterios de Elegibilidad de la OMS le otorga al DIU en nulípara la categoría 2, en el cual los beneficios del método superan los riesgos asociados a su uso. (9)

5.

- Ante la indicación de un anticonceptivo hormonal:
- Se solicita previamente un hepatograma, estudio lipídico y de coagulación
- Debo realizar un examen genitomamario
- Debo realizar un exhaustivo interrogatorio y medición de la tensión arterial
- Debo solicitar una citología cervical y colposcopia

La consulta por anticoncepción es considerada una consulta de urgencia pues puede ser que sea la única oportunidad que se tenga de evitar un embarazo no deseado y prevenir una infección de transmisión sexual.

La evidencia científica actual respalda la recomendación como prerrequisitos para una segura prescripción: (14)

- Una exhaustiva historia clínica familiar y personal, teniendo en cuenta los factores de riesgo cardiovascular
- Medición de la presión arterial

El examen genitomamario y la realización de citología cervical y colposcopia, si bien son importantes por sí mismos no contribuyen a un uso seguro y efectivo (Categoría C). (15)

6. Conducta ante el olvido de:

1 comprimido en la 1º semana:

Dependerá de las horas transcurridas: menor a 12 horas, mayor a 12 horas.

Si es mayor a 12 hs, agregara un método de barrera, por 7 días.

Es igual que un olvido en la 3 semana.

No necesito hacer nada.

NO SE DEBE OLVIDAR DE LA REGLA DE ORO DEL 7

1 comprimido en la 2º semana:

Dependerá de las horas transcurridas: menor a 12 horas, mayor a 12 horas.

Si es mayor a 12 hs, agregara un método de barrera, por 7 días.

Si es mayor a 12 hs, **NO** agregaría un método de barrera, siempre que los comprimidos anteriores se tomaron bien.

Es igual que en la 3 semana

No necesito hacer nada.

1 comprimido en la 3º semana:

Dependerá de las horas transcurridas: menor a 12 horas, mayor a 12 horas.

Tengo 2 opciones:

A- Si es mayor a 12 hs, agregaría un método de barrera, por 7 días o Si es mayor a 12 hs, **NO** agregaría un método de barrera, siempre que los comprimidos anteriores se tomaron bien.

B- Puedo dar por finalizada las pastillas activas ir al placebo (o a los 7 días de descanso) y comenzar con la nueva fecha.

Es igual que en la 1 semana

No necesito hacer nada.

Si la toma de un comprimido se retrasa más de 12 horas, la protección anticonceptiva puede verse disminuida, con lo cual la conducta a seguir es la siguiente:

Nunca se debe suspender la toma de comprimidos por más de 7 días

Es necesario tomar los comprimidos de forma ininterrumpida durante 7 días para conseguir la supresión adecuada del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. (14)

- *Olvido en la 1º semana:*

Tomar el comprimido olvidado ni bien lo recuerde, aunque ello signifique tomar 2 comprimidos juntos y continuar tomando los comprimidos en la forma habitual. Además, durante los 7 días siguientes debe utilizar un método de barrera (preservativo).

Si ha tenido relaciones sexuales en los 7 días previos puede existir la posibilidad de una falla anticonceptiva.

Cuanto más comprimidos haya olvidado y cuanto más cerca esté del intervalo habitual (sin toma de comprimidos), mayor será la posibilidad de escape ovulatorio.

- *Olvido en la 2º semana:*

Tomar el comprimido olvidado ni bien lo recuerde, aunque ello signifique tomar 2 comprimidos juntos y continuar tomando los comprimidos en la forma habitual. Si en los 7 días anteriores al comprimido olvidado los ha tomado correctamente, no necesitará agregar método de barrera. Si no ha ocurrido así o ha olvidado tomar más de 1 comprimido, deberá usar un método de barrera durante 7 días.

- *Olvido en la 3º semana:*

En esta semana existe un mayor riesgo de escapes ovulatorios si no realizamos alguna corrección posológica debido a la cercanía del siguiente intervalo.

Se pueden seguir las siguientes opciones, no siendo necesario adoptar un método adicional, siempre y cuando se hayan tomado los comprimidos correctamente en los 7 días anteriores al comprimido olvidado.

Si no es así, se debe aconsejar que siga la primera opción y que además use un método adicional durante los 7 días siguientes.

- Tomar el comprimido olvidado ni bien lo recuerde, aunque ello signifique tomar 2 comprimidos juntos y continuar tomando los comprimidos en la forma habitual. Debe comenzar el siguiente envase en cuanto termine el actual, sin realizar el intervalo entre los envases. Es improbable que tenga una hemorragia por privación hasta que termine el segundo envase, pero puede presentarse un manchado o una hemorragia por disrupción en los días de la toma.*
- Dejar de tomar los comprimidos del envase actual y desechar los comprimidos que sobren. Debe completar un intervalo de 7 días como máximo sin tomar comprimidos, incluyendo en este período los días en que se olvidó tomar los comprimidos, y luego continuar con un nuevo envase.*

7. En una mujer que está tomando una fórmula de 21 comprimidos y desea cambiar a una de 28 días, ¿cómo lo maneja?

- Comienza a tomar inmediatamente el primer comprimido de la nueva caja, al otro día de tomar el último comprimido de la caja de 21.
- Espera privar y comienza el 1 día de sangrado como si tomase nuevamente una primera caja y agrega los 7 primeros días un método de barrera.

Las 2 opciones son válidas pero no es necesario adicionar un método de barrera. (16)

8. ¿Cómo lo manejaría en el caso contrario (28 a 21)?

¿Lo manejaría igual?

- Tendría cuidado de advertirle a la paciente que su último comprimido activo es la pastilla anterior al cambio de color. Y comienza a tomar inmediatamente el 1º comprimido de la nueva caja.
- Espera privar y comienza el 1º día de sangrado como si tomase nuevamente una primera caja y agrega los 7 primeros días un método de barrera.

Las 2 opciones son posibles. (16)

9. ¿Cómo lo manejaría si desea cambiar a un inyectable, parche o SIU?

Inyectable

- Se aplica la inyección al tomar la última pastilla.
- Espera deprivar y se aplica la inyección el primer día de sangrado como si tomase nuevamente una primera caja y agrega los 7 primeros días un método de barrera.

Parche:

- Se lo aplica inmediatamente el día que toma el último comprimido, teniendo en cuenta que el parche necesita 24 hs, para alcanzar el nivel en sangre adecuado.
- Espera deprivar y comienza el 1º día de sangrado como si tomase nuevamente una primera caja y agrega los 7 primeros días un método de barrera.

SIU se espera el primer día de sangrado para facilitar su colocación.

En caso de:

Inyectable: las 2 opciones son válidas pero no es necesario adicionar un método de barrera.

Parche: El sistema transdérmico libera niveles hormonales séricos estables. Tanto el gestágeno como el etinilestradiol alcanzan una meseta aproximadamente a las 48 hs. y se mantienen en concentraciones estables durante el período de uso de 7 días. Se debe esperar la deprivación y comenzar el 1º día de sangrado como si tomase nuevamente una primera caja, no es necesario agregar un método de barrera. (17)

SIU: se espera el primer día de sangrado para facilitar su colocación.

10. Conducta ante el vómito y diarrea

Vómito: debe tomar una nueva píldora: ¿cuándo?

Si transcurrieron 3 Horas de la toma de la píldora no debe tener ninguna medida de cuidado.

Menos de 3 horas; volver a tomar una nueva píldora o utilizar otro método de barrera por 7 días. **Diarrea:** dado que parte de la absorción del EE se realiza en intestino y los Clostridium son en gran parte responsables:

Utilizar un método de barrera mientras esta con el cuadro y 7 a 10 días posterior.

Si se producen vómitos en las 3 – 4 horas siguientes a la toma del comprimido, puede ocurrir que la absorción no sea completa. La mujer tiene 12 horas, contando a partir del horario habitual de la toma, para recuperar la toma del comprimido. Pasado ese tiempo, se deberán seguir los mismos consejos que para el caso en que se haya olvidado la toma de comprimidos. Si la mujer no desea cambiar su esquema de toma de comprimidos, tomará el/los comprimido/os extra que necesite de otro envase.

En caso de diarrea se debe usar temporalmente un método adicional además del anticonceptivo durante el período que presente el síntoma y durante los siguientes 7 días a su finalización. Si el período durante el cual se utiliza el método de barrera dura más que el de los comprimidos activos del envase, se omitirá la semana de descanso o los comprimidos placebo y se empezará el siguiente envase en forma ininterrumpida.

(14) 11. PERIMENOPAUSIA Y ACO.

En la perimenopausia se pueden indicar ACO.

Para ello se debe realizar una historia clínica (HC) familiar y personal muy cuidadosa, sobre todo pesquizando los factores de riesgo cardiovascular, oncológicos hormonodependientes y hábitos (tabaquismo, sedentarismo, etc.)

Debe registrarse la tensión arterial (T.A.), colesterol, triglicéridos, TSH y glucemia. Lo ideal serían los ACO de bajas dosis o aquellos con drospirenona por su efecto antimineralocorticoide y antiandrogénico.

No debería usarse más allá de los 50 años por su impacto hepático.

Si se usan ACO de 21 comprimidos, se puede dosar FSH y E2 al 8º día de descanso, para tener una idea aproximada del status hormonal de la paciente.

Si son de 24 píldoras, debería descansar 30 días, para dosar hormonas o detectar amenorrea.

No obstante, el hecho que la FSH esté elevada y el E2 bajo no garantiza el cese de la función reproductiva.

Las mujeres mayores de 40 años pueden seguir siendo fértiles y sexualmente activas, por lo tanto necesitan un método anticonceptivo. Ningún método está contraindicado por la edad, pero es importante conocer las limitaciones para el uso de cada uno de ellos.

En lo que respecta al uso de ACO, se debe tener en cuenta las características particulares que desde el punto de vista metabólico, cardiovascular y de salud en general tenga cada

usuaria. (18, 19)

Para ello se debe realizarse una HC familiar y personal muy cuidadosa, sobre todo pesquizando los factores de riesgo cardiovascular, oncológicos hormonodependientes y hábitos (tabaquismo, sedentarismo, etc.)

Es requisito el registro de la T.A., a menos que existan otros factores de riesgo y deba completarse el examen con estudios complementarios.

La elección del preparado se inclinará a 20 - 30 µg de etinilestradiol y con progestágenos de tercera o cuarta generación. Los preparados con 15 µg de etinilestradiol pueden ser utilizados, pero se debe tener en cuenta que durante los primeros seis meses de uso puede no haber un adecuado control del ciclo, hecho este que sumado a las propias irregularidades menstruales que presentan las mujeres perimenopáusicas, hace que su uso no tenga una "compliance" adecuada en este grupo etario. (20)

Se indica anticoncepción por un año si la menopausia ocurre en mujeres de 50 años, lo cual se extiende a 2 años si la misma acontece antes de los 50 años.

La evaluación de los niveles de FSH son poco creíbles cuando la mujer está usando ACO, aún midiéndola en el intervalo libre de píldora. Sin embargo los niveles de FSH pueden ser medidos si está usando prgestágenos solos.

La FSH debe ser medida 6 o más semanas luego de discontinuar el uso de ACO, debiendo hallarse dos mediciones por encima de 30 UI/l con un intervalo de 1 o 2 meses acompañado por amenorrea para aseverar falla ovárica. (21)

12. PERIMENOPAUSIA Y DIU

En la perimenopausia pueden indicarse DIU.

En caso de hipermenorrea, miomas, antecedentes de endometriosis sería conveniente utilizar SIU con LNG, el que permanecerá in situ por 5 años.

En pacientes con DIU con cobre, éste puede dejarse un año después de la menopausia si ocurrió después de los 50 años o, 2 años más si fue antes de los 50.

Los DIU con cobre constituyen una alternativa excelente para la mujer mayor de 40 años, sobre todo en aquellas que no presentan alteraciones del ciclo, ni tienen distorsión de la cavidad uterina ocasionada por miomas submucosos o intramurales que provoquen hipermenorrea, ambos hechos bastante frecuentes en mujeres en esta etapa. (20)

En pacientes con DIU con cobre, éste puede dejarse un año después de la menopausia si ocurrió después de los 50 años o, 2 años más si fue antes de los 50.

Otra alternativa es el SIU-LNG. Si bien en los primeros 3 a 6 meses de uso el sangrado uterino es impredecible, una adecuada consejería lleva a la aceptación del método. (22)

Por otro lado, la disminución del sangrado menstrual es una ventaja en aquellas mujeres que presentan hipermenorrea. Otra ventaja adicional es que si la paciente perimenopáusica comienza a manifestar síntomas de carencia estrogénica, la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos no ocasionaría riesgos a nivel endometrial. (16)

13. PARTO Y PUERPERIO.

Utilizaría DIU: ¿en el postparto inmediato? y ¿en el puerperio?

En el postparto inmediato puede introducirse el DIU (con previo consentimiento informado).

El índice de expulsiones será mayor (Nivel de Evidencia) no hay evidencia.

El momento más adecuado para la inserción es:

en parto normal: 30, 60, 90 días.

en cesárea: 90, 180 días.

El modelo preferido para el puerperio es el DIU con Cu.

Las conclusiones de las distintas mesas fueron las siguientes:

- En el postparto inmediato puede colocarse el DIU con previo consentimiento informado aunque solo en casos de pacientes con altísimo riesgo.
- Refieren evidencia de mayor índice de expulsiones si la colocación es entre los 10 minutos y las 48 horas.
- El momento más adecuado para la inserción fue determinado en 60 días para el parto normal y 90 días posteriores a la cesárea siendo el modelo de elección el DIU con cobre.

Según la bibliografía

En el post parto:

En muchos países se realiza en el post alumbramiento inmediato (10 minutos después de ser eliminada la placenta) y hasta 48 horas después del parto, tratando de lograr la inserción del mismo en el fondo del útero para asegurar que la paciente utilice un método anticonceptivo desde el alta médica, ya que a veces el acceso de las mujeres a

profesionales de la salud es limitado sobre todo en países en desarrollo. Con esta modalidad no se demostró mayor riesgo de infección, perforación, ni de eventos referidos al sangrado en comparación con la colocación que se realiza a las 6 semanas post parto o en el intervalo abierto (período alejado de un embarazo). A pesar de lo antedicho las tasas de expulsión son significativamente más altas (9% y 38% respectivamente). (23, 24)

En general las ventajas de la inserción en el post parto inmediato no justifica las complicaciones y desventajas de realizarlo en ese momento.

No se recomienda su colocación en las primeras 5 semanas post parto, porque se demostró que la tasas de perforación, expulsión y embarazo son mayores. La contraindicación que rige la inserción es el antecedente de EPI o la rotura prematura de membrana durante ese embarazo. (25)

En nuestro medio se coloca idealmente alrededor de los 45 días post parto, cuando la involución uterina es total y el útero adquiere nuevamente su tamaño y consistencia normal; si el parto fue por cesárea la involución del órgano puede ser algo más tardía. Después de ese lapso se prefiere esperar la menstruación o inducirla. Siempre que la mujer esté en amenorrea por lactancia se debe descartar un embarazo mediante métodos sensibles inmediatamente antes de insertar el dispositivo. (26)

14. REQUISITOS PREVIOS PARA LA COLOCACIÓN DE UN DIU.

a) Tracto Genital Inferior (TGI)

En lo relativo al TGI, los requisitos previos para la colocación de un DIU en mujeres sin contraindicaciones para el método, se limitan a la constatación clínica de cervix y vagina sanos, con moco transparente e idealmente con pH < 4.5 y prueba de aminas (PA) (-), si se dispone de estas pruebas.

Si hay flujo anormal, debe agregarse la microscopía (en fresco o Gram) o el cultivo o detección de antígenos.

b) PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.

-En la inserción: sólo en emergencia anticonceptiva (Azitromicina, imidazoles).

-En la extracción: sólo en pacientes con riesgo de infección por prótesis cardíacas, transplantes, inmunosupresión, etc.

Para la inserción de un DIU:

No es necesario descartar infecciones genitales bajas en mujeres asintomáticas. Los requisitos previos para la colocación de un DIU en mujeres sin contraindicaciones para el método, se limitan a la constatación clínica de cervix y vagina sanos, con moco transparente e idealmente con pH < 4.5 y PA (-), si se dispone de estas pruebas. Si se trata de una paciente de alto riesgo para infecciones de transmisión sexual (ITS) debería evaluarse, mínimamente, clamidia y gonococcia dependiendo de la prevalencia local. (27)

Un metaanálisis concluyó que el uso de antibióticos profilácticos previos a la inserción del DIU no confieren beneficios y la OMS (WHOSPR – World Health Organization Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use) no lo recomienda de rutina. Se debe considerar la profilaxis antibiótica en situaciones de alto riesgo de ITS y cuando su testeo sea limitado. (28, 29)

Existen otras situaciones en las que está indicada la antibioticoterapia profiláctica: (25)

- Colocación del DIU

- Valvulopatía cardíaca - válvulas protésicas - antecedente o riesgo de endocarditis bacteriana.
- Estados de disminución transitoria de las defensas del organismo.

- Extracción del DIU

- Estados de disminución transitoria de las defensas del organismo.
- Riesgo de endocarditis bacteriana.
- EPI.
- Presencia de Actinomyces (actualmente en discusión).
- En ausencia de los hilos guía del DIU, cuando deben realizarse maniobras intrauterinas.

15. Paciente de 28 años, soltera, no fuma, desea anticonceptivo oral. Antecedente de hiperprolactinemia: 125ng/ml a los 25 años. RMN: microadenoma. En esa época presentaba amenorrea durante un año. Actualmente en tratamiento con cabergolina 1 comp/semana. PRL actual 20 ng/ml. Ritmo menstrual: 4/30. RMN: microadenoma ¿Qué anticonceptivo indicaría?

La posibilidad de administrar anticoncepción hormonal en pacientes con prolactinomas, sería factible sobre la base de la ausencia de complicaciones durante su uso (confirmado por la ausencia de cambios radiológicos y el no crecimiento tumoral), y la reiterada confirmación de la estabilidad o disminución de las concentraciones plasmáticas de prolactina.

La aplicación de esta alternativa anticonceptiva debería reservarse para los compuestos de baja dosis estrogénica que serían de elección. (30)

16. La anticoncepción hormonal puede indicarse en el puerperio a partir de las 6 semanas posparto
Pueden usarse POP's: Linestrenol 0,5 mg (Exluton®), Levonorgestrel 0,03 mg (Microlut®), Norgestrel 0,075 mg (Norgeal®), cuyo principal mecanismo de acción sería el espesamiento del moco cervical y Desogestrel 75 µg (Cerazette®) que además inhibe la ovulación.

Puede indicarse en forma independiente del número de mamadas diarias, haciendo especial hincapié en la toma cada 24 hs por el mecanismo de acción tiempo-dependiente de las POP's, con un pico máximo a las 2 hs de la toma.

No se manifestaron controversias en este tema. (31)

17. Ante el olvido mayor a 4 horas de una minipíldora ¿qué conducta debe adoptarse?
a) antes de los 6 meses y en amenorrea por lactancia, con más de 6 mamadas diarias 98% de cobertura por MELA, o usar Anticoncepción emergencia con levonorgestrel si hubo relaciones sexuales.
b) después de los 6 meses o con inferior cantidad de mamadas o con retorno de menstruaciones, usar Anticoncepción de emergencia con levonorgestrel si hubo relaciones sexuales. Si no hubo, retomar el POP y usar barrera por 7 días. Continuar POP hasta 6 meses y luego cambiar a ACO de baja dosis o a Desogestrel.

A diferencia de los anticonceptivos orales combinados, el olvido de la toma de la minipíldora más allá de las 27 hs. de la última toma (pasadas las 3 hs. del horario de la toma) puede determinar cambios en el moco cervical que disminuyan la eficacia del método. 128

Si esto ocurre antes de los 6 meses y en amenorrea por lactancia, con más de 6 mamadas diarias la cobertura por MELA es del 98%. (16, 32)

18. ¿Utilizaría DIU: en el posparto inmediato? El DIU puede colocarse en el posparto inmediato, dentro de los 10 minutos post alumbramiento, o en las primeras 48 hs del parto si se justifica, ya que aumenta el riesgo de expulsión. No colocar si hubo trabajo de parto prolongado, fiebre intraparto, RPM o infección.
Pasado este período debe esperarse hasta las 4 semanas para el TCu 380A o 6 semanas para los otros.
Postaborto puede colocarse de inmediato o esperar 4 semanas. Considerar infecciones.

Remitirse a la respuesta de la pregunta n° 13.

Postaborto: Alrededor de 10 días después de un aborto ya puede ocurrir la concepción, por lo que, la inserción después de un aborto espontáneo o provocado del 1° trimestre puede ser inmediata; excepto en las mujeres que presentes infección pelviana o abortos sépticos. Algunas investigaciones informan que, en las condiciones antes descritas, aumentan las posibilidades de expulsión, infección y perforación, sobre todo cuando los embarazos cursaban el 2° trimestre. Por esta causa algunos profesionales prefieren colocarlo 20 ó 25 días después de la maniobra, esperar la menstruación o inducirla. (25)

BIBLIOGRAFIA

1. Bianculi C, Crecimiento y desarrollo físico del adolescente. Sociedad Argentina de Pediatría Atención integral de Adolescentes y Jóvenes Criterios de diagnóstico y tratamiento Secretaría de Publicaciones y Biblioteca SAP Buenos Aires; 1990 vol 1 p123-130.
2. Mishell DR (h). Anticoncepción. Yen S, Jaffe R, Barbieri MD, Endocrinología de la Reproducción, Buenos Aires Ed. Panamericana 4ta Ed, 2001 p720-755.
3. Polatti F, Preotti F, Filippa N, Gallina D, Nappi RE. Bone mass and long term monophasic oral contraceptives treatment in young women. Contraception 1995, 51:221-224.
4. Nappi C, Sardo C, Grecco E, Tomaselli GA, Giordano E, Guida M. Effects of an oral contraceptive containing drospirenona on bone turn and bone mineral density. Obstet Gynecol 2005; 105 (1):53-60.
5. Cromer BA. Hormonal contraception and bone mineral density uniques issues in adolescent and young adult women. Clinical Reviews in bone and mineral metabolism 2004; 2:123-4.
6. Trumper E, Oizerovich S. Trastornos menstruales en la adolescencia. Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Diagnóstico y terapéutica endocrinología ginecológica y reproductiva. Buenos Aires. Ed Ascune Hnos. 2004, p174-182.
7. Braverman P, Sondheimer S. Menstrual disorders. Pedriatic in Review. 1997 vol 18 n° 1.
8. Sieberg R, Nilson G, Steiman B, Wildhorn O. Perfiles en las hormonas sexuales en niñas y adolescentes oligomenorreicas y el efecto de los anticonceptivos orales; 1985 Sinopsis Obstet y Gynecol vol 1.
9. Trumper E. Anticoncepción en la adolescencia. En: Anticoncepción del siglo XXI. AMADA. Buenos Aires 2005. Edit. Ascune Hnos., 475-93
10. López Kaufman C. Anticoncepción en la adolescencia. En: Tratado de Anticoncepción. Rosario 2005. Edit. Corpus, 357-368
11. Minyersky N, Flah L, Salud Sexual y Reproductivo-Derechos y Responsabilidades Tríptico Gobierno de la Ciudad A. de Buenos Aires, Secretaria de Salud, Dirección General de Atención Primaria de la Salud, Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable 2003.
12. Grimes DA. Intrauterine devices an upper-genital track infection. Lancet 2000; 356:1013-19.
13. Otero Flores JB, Guerrero Carreno FJ, Vazquez Estrada LA. A comparative randomized study of three different IUDs in nulliparous mexican women. Contraception 2003; 67:273:276.
14. Seoane J. Conductas por seguir en diversas eventualidades. Requisitos previos de la anticoncepción hormonal. En: Anticoncepción del siglo XXI. AMADA. Buenos Aires 2005. Edit. Ascune Hnos., 311-18
15. Organización Mundial de la Salud. Selección de prácticas recomendadas para el uso de anticonceptivos, 2002
16. Dazza D., Seoane J. Anticoncepción hormonal. En: Diagnóstico y terapéutica en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. SAEGRE. Buenos Aires 2004. Edit. Ascune Hnos., 1º Ed, 775-820
17. Bagnati E. Parches anticonceptivos transdérmicos. En: Anticoncepción del siglo XXI. AMADA. Buenos Aires 2005. Edit. Ascune Hnos., 414-24
18. Stovall DW, Toma SK, Hammond MG, and Talbert LM. The effect of age on female fecundity. Obstet Gynecol. 1991; 77: 33-36
19. Dunson DB, Baird DD, and Colombo B. Increased infertility with age in men and women. Obstet Gynecol. 2004; 103: 51-56
20. Badano A. Anticoncepción en la perimenopausia. En: Anticoncepción del siglo XXI. AMADA. Buenos Aires 2005. Edit. Ascune Hnos., 500-07
21. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. Contraception for women aged over 40 years. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2005; 31(1): 51-64
22. Luukkainen T, Allonen H, Haukkamaa M, Lahteenmaki P, Nilsson CG, Toivonen J. Five years experience with levonorgestrel-releasing IUDs. Contraception 1986; 33. 139-148
23. Treiman K, Liskin L, Kols A, et al. IUDs: an update: Population Reports Series B, N° 5, Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health Population Information Program, December 1995.
24. Finger WR. IUD insertion timing vital in postpartum use. Network 1996; 16:21-24
25. Charalambopoulos J, López Diego AM. Dispositivos Intrauterinos. En: Anticoncepción del siglo XXI. AMADA. Buenos Aires 2005. Edit. Ascune Hnos., 230-61
26. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. En: El libro de la Salud Sexual, Reproductiva y la Procreación Responsable en la Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación 2003, 65-170.
27. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. The Cooper Intrauterine Device as Long-term Contraception. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2004; 30(1):29-42

28. WHO Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. Geneva, Switzerland: WHO, 2002
29. Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine device (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd
30. Allami C. Hiperprolactinemia. Adenoma prolactínico. En: Anticoncepción del siglo XXI. AMADA. Buenos Aires 2005. Edit. Ascune Hnos., 717-29
31. Moggia A, Gilardi J, Moggia MS. Anticoncepción en la lactancia. En: Anticoncepción del siglo XXI. AMADA. Buenos Aires 2005. Edit. Ascune Hnos., 493-99
32. Guillebaud J. Contraception: Your questions answered (2º Ed) New York: Churchill Livingstone. 1993. pp 253.