

CAPÍTULO 4

Situaciones especiales en obstetricia y ginecología

 **Judith Toro Merlo**,  **María Mercedes Pérez Alonso**.

La anticoncepción es una necesidad y un derecho de los seres humanos y, por tanto, debe ser ofrecida a todo aquel que lo necesite en la etapa reproductiva. En este capítulo se estarán considerando situaciones especiales para la indicación de métodos anticonceptivos (MAC), por ejemplo: a personas que se encuentran en los extremos de la vida fértil (adolescencia y perimenopausia) y pos evento obstétrico, momentos en los que se presentan cambios físicos, psicológicos y sociales que merecen una atención y una consejería orientada a los cambios y particularidades de cada una de estas situaciones.

Anticoncepción en la adolescencia

La adolescencia se puede considerar esa etapa en la que se comienza la vida fértil, pero que a su vez está signada por grandes cambios biológicos, físicos y psicológicos que motivan a una atención diferenciada, con una asesoría en salud sexual y reproductiva y anticoncepción que tiene puntos claves que ayudan a un mejor abordaje de los adolescentes sobre esta temática:

- a. No hay método único ni ideal para los adolescentes, sino que se debe respetar la

decisión personal de su escogencia, dando una adecuada consejería.

- b. Es importante brindar información sobre todos los MAC, incluidos los de larga duración (*Long-Acting Reversible Contraception: LARC*) y sus beneficios.
- c. En la consejería con los adolescentes se debe informar sobre la importancia del uso de métodos de barrera (preservativos), como protección de infecciones de transmisión sexual (ITS), que puede ser asociado o no a otro método como una “doble protección”.
- d. Es igualmente oportuno hablar sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), cómo y cuándo usarla (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa la adolescencia, desde un punto de vista cronológico, entre los 10 y 19 años, es importante, sin embargo, no olvidar el marco legal vigente de cada país; en Venezuela, para la Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) se considera que una persona está en la adolescencia cuando tiene doce años o más y menos de dieciocho años (2). Importante destacar en la LOPNNA el artículo 50 sobre salud sexual y reproductiva, que reza lo siguiente: “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados e informadas y

Correo de correspondencia: mperez62@gmail.com
Los autores no reportan ningún conflicto de interés

Forma de citar este artículo: Toro Merlo J, Pérez Alonso MM. Situaciones especiales en obstetricia y ginecología. En: Bajares de Lilue M, González Blanco M, Pizzi La Veglia R, editoras. Consenso: Anticoncepción hormonal. Actualización 2023. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(sup 1):61-83. DOI 10.51288/0084S104

educados o educadas, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos. El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños, niñas y adolescentes. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho a la vida privada de los niños, niñas y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los y las adolescentes mayores de catorce años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios” (2).

La consejería en anticoncepción para los adolescentes debe orientar, informar, ser llevada a cabo en espacios amigables y privados, donde se sientan tranquilos y seguros, atendidos por un personal accesible, empático, que conozca bien la dinámica de la atención a los adolescentes, brindándole confianza y dedicando el tiempo justo y necesario para que puedan aclarar todas las dudas que se le presenten y disipen los temores que los pueden acompañar, incluyendo mitos y falsos conceptos sobre los métodos anticonceptivos, las relaciones sexuales y la ITS.

El documento sobre los criterios médicos de elegibilidad de los MAC de la OMS, es una herramienta valiosa que permite la elección de un método anticonceptivo con la seguridad de no causar daños o efectos secundarios en las personas y, con relación a la adolescencia, este documento no muestra contraindicaciones de los métodos anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterino colocándolos en categoría 1 y/o 2, es decir que son seguros para ser usados en adolescentes sanas (3).

Partiendo del hecho del alto riesgo de embarazo no intencional en la adolescencia, está claramente justificada la indicación de MAC a este grupo poblacional que es, además, una población altamente

vulnerable por no tener el control para tomar decisiones sobre su cuerpo o sobre su salud, iniciando actividad sexual a edades cada vez más tempranas y, en la mayoría de los casos, sin el conocimiento suficiente sobre la biología de su cuerpo y del uso de los diferentes MAC.

A la hora de elegir un MAC se debe asegurar la adherencia al mismo, esto se logra al brindar una información clara, completa y basada en la evidencia, explicando efectos beneficiosos y aquellos efectos secundarios o adversos que pueden presentarse, también se debe garantizar la accesibilidad al MAC.

En resumen, el método anticonceptivo ideal será aquel que mejor se adapte a las necesidades de cada adolescente, sea inocuo, reversible, efectivo, con escasos o ningún efecto secundario, práctico y disponible (4).

1. ¿QUÉ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SE PUEDEN UTILIZAR DURANTE LA ADOLESCENCIA?

Aunque por la edad no existe contraindicación para los diferentes MAC en adolescentes sanas (4), hay métodos preferidos por las usuarias y avalados por los prestadores de salud y que por ciertas características se recomiendan ampliamente. Es por ello que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), el Colegio Real de Obstetras Ginecólogos, la Academia Americana de Pediatría, la OMS, el Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) y varias otras sociedades científicas, recomiendan que los métodos reversibles de larga duración (LARC) figuren entre los más recomendados para jóvenes y adolescentes. Estos métodos tienen un índice de Pearl comparable al de una esterilización quirúrgica y no depende de la usuaria para ser efectivos, lo cual los hacen ideales para las adolescentes que desean MAC que no les compliquen sus actividades regulares (5-7).

El proyecto CHOICE comparó las tasas de falla anticonceptiva entre mujeres de diferentes edades y mostró que las tasas de embarazo no intencional en mujeres menores de 21 años que usaban pastillas, parches o anillos anticonceptivos eran más altas que en mujeres mayores que usaban esos métodos. El riesgo de embarazo no intencional con pastillas, parches o anillos es 20 veces más alto que con métodos LARC (8).

1. Métodos reversibles de larga duración (LARC).

En este grupo se incluyen los implantes subdérmicos con solo progestinas y los dispositivos intrauterinos de cobre o de levonorgestrel. Se les denomina de larga duración porque pueden ser efectivos por períodos que oscilan entre 3 y 10 años. No interfieren con el acto sexual, son discretos y reversibles.

1.1. Dispositivos intrauterinos (DIU) y adolescencia:

Los DIU son pequeños dispositivos de plástico que pueden estar cubiertos en parte de su superficie por cobre o medicados con una progestina denominada levonorgestrel. Son categoría 2 de los CME de la OMS (3), para nulíparas a cualquier edad, por un mayor riesgo relativo de expulsión, debido al tamaño de la cavidad uterina que suele ser menor en estas mujeres que en las que ya han tenido al menos una gestación, aunque los niveles de evidencia son muy bajos. La utilización de un DIU en la adolescencia proporciona una anticoncepción efectiva, de larga duración y alta seguridad, pero a pesar de ello, el uso de la anticoncepción intrauterina es excepcional en ellas, sobre todo por desconocimiento del método y por el temor de parte de los proveedores de salud que pueden pensar que su inserción será muy dolorosa o que puede existir mayor riesgo de perforación o un incremento de enfermedad inflamatoria pélvica con afectación de la fertilidad futura; la valoración de la evidencia por parte de los prestadores de servicio y la consejería adecuada puede aumentar las tasas de aceptabilidad del método (3, 9).

El uso de sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) es una elección válida para las adolescentes, hoy por hoy existen en el mercado dispositivos de menor tamaño con levonorgestrel, que minimizan el riesgo de expulsión y facilitan su inserción. Tiene como ventajas al compararlo con los DIU de cobre, que disminuyen la cantidad del sangrado menstrual y progresivamente puede llevar a la amenorrea, que es muy conveniente para las adolescentes, en general, y, particularmente, para aquellas con discapacidades físicas e intelectuales. También se ha observado que mejoran la dismenorrea y ya hay experiencia en su uso como anticoncepción de emergencia.

De acuerdo con la concentración de la hormona se pueden encontrar tres tipos en el mercado con 13,5 mg; 19,5 mg, y 52 mg. La duración de su efectividad es de 3, 5 y 8 años respectivamente. Los insertores del SIU-LNG de 13,5 mg y de 19,5 mg son más delgados, disminuyendo las molestias durante su colocación en las adolescentes nuligestas. Las recomendaciones previas a la inserción son: descartar gestación, realizar evaluación pélvica a fin de determinar posición, tamaño y versión del útero y descartar infecciones vaginales y /o pélvicas activas que pueden contraindicar la colocación del SIU-LNG en ese momento (1, 9).

Es muy recomendado para las adolescentes el inicio inmediato del método anticonceptivo (*Quick Start*) agregando un segundo método los siguientes 7 días en caso de no comenzar los primeros 5 días de la menstruación, sin embargo, con los DIU, esto último no es necesario ya que el inicio de su efectividad es inmediato, por lo que es también recomendado como anticoncepción de emergencia. Se deben considerar las recomendaciones del CDC, de tamizaje anual de chlamydias y gonococo en adolescentes activas sexualmente y de riesgo, mientras que la toma de la muestra para citología está reservada para mayores de 21 años, excepto en pacientes inmunocomprometidas (10-13). Se puede hacer el tamizaje para ITS y colocar

el DIU el mismo día, sin esperar los resultados, porque el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) no se modifica y la demora en la colocación del DIU supone riesgo de embarazo no intencional para la adolescente. Además, el riesgo de EIP con la colocación del DIU es apenas del 0 % al 2 % cuando no hay infección cervical y del 0 % al 5 % cuando la inserción ocurre con una infección no detectada. Con relación a riesgo de perforación durante la colocación es una complicación muy infrecuente en las adolescentes y mujeres adultas, estimado en 0,1 %. No se ha demostrado que los dispositivos intrauterinos aumenten el riesgo de infertilidad en las adolescentes ni que la inserción sea más difícil en comparación con mujeres mayores o en pacientes nulíparas en comparación con mujeres que han tenido hijos. En una cohorte de 1177 adolescentes y mujeres de 13 a 24 años, se logró la colocación exitosa del DIU en el primer intento en el 96 % de las pacientes (12). Las tasas de expulsión de los DIU, son variables entre las adolescentes oscilando entre 3 % y 6 %, siendo las tasas de expulsión de dispositivos intrauterinos entre el 2 % y el 10 % para todas las usuarias de DIU, lo que parece reflejar que no existen diferencias significativas entre las diferentes poblaciones de usuarias (12). La reevaluación de la adolescente luego de la colocación del DIU puede ser necesaria en caso de presentarse dolor intenso, sangrado anormal o algún signo de infección (13-16).

En conclusión, los DIU pueden ser usados con seguridad en nuligestas y adolescentes: nivel de evidencia moderado; grado de recomendación 1.

1.2. Implantes anticonceptivos de progestinas

Los implantes subdérmicos son anticonceptivos que solo contienen una progestina que puede ser levonorgestrel o etonogestrel, colocados en reservorios de silastic o de un polímero de acetato de acetil vinilo respectivamente, de donde la hormona es liberada al torrente sanguíneo de manera constante por 3 o 5 años y

con un índice de Pearl 0,27 (10). Los de levonorgestrel constan de dos varillas y tienen una duración de 4 y 5 años, dependiendo del fabricante, y el de etonogestrel, de una sola varilla, tiene una duración de 3 años (9).

El efecto anticonceptivo del implante se produce principalmente a través de la inhibición de la ovulación. Al igual que los DIU pueden ser colocados en cualquier momento del ciclo menstrual, solo se debe asegurar que no existe una gestación. Al ser un método hormonal de solo progestinas, es ideal para aquellas usuarias con contraindicación al uso de estrógenos. Se colocan en la cara interna del brazo no dominante; aunque es un procedimiento de cirugía menor, no está exento de complicaciones (inserción profunda, lesiones vasculares o nerviosas e infecciones) por lo que debe ser colocado por un proveedor capacitado (9).

Uno de los principales efectos secundarios de los implantes, al igual que ocurre con otras progestinas, es el cambio del patrón menstrual, el cual puede ser irregular e impredecible. La tendencia más frecuente (14 % a 20 %) es hacia la amenorrea y al sangrado infrecuente, con una disminución global de las pérdidas sanguíneas anuales. En otros casos, los sangrados pueden ser frecuentes y prolongados, pero se pueden tratar con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ácido tranexámico, anticonceptivos orales combinados y con doxiciclina (una nueva opción). Lo más importante es dar una adecuada información sobre estas alteraciones en el ciclo menstrual a las usuarias que desean este método de manera de garantizar la mejor adherencia, porque está demostrado que es uno de los principales motivos de abandono del mismo. Otros efectos secundarios observados son la cefalea, variaciones de peso, acné, alteraciones de humor y mastalgia. La mayoría de los efectos secundarios descritos suelen desaparecer luego de 6 meses de uso. Por otra parte, no tiene efectos adversos sobre el desarrollo de masa ósea, ni en los perfiles metabólicos, hepáticos, hematológicos ni

tiroideos, ni afecta la fertilidad futura, por lo que se considera un método seguro para ser usado a cualquier edad. Los beneficios de los implantes, además, de la protección anticonceptiva, incluyen disminución de la dismenorrea, disminución de los sangrados menstruales y protección del endometrio y requiere un mínimo seguimiento. En casos de presentarse sangrados uterino anormales, se deben descartar otras causas asociadas antes de atribuírselo al implante subdérmico (9).

2. Anticonceptivos hormonales combinados (AHC):

Son métodos en cuya composición se encuentra un estrógeno más una progestina. La combinación más ampliamente conocida en las píldoras anticonceptivas, es la de etinilestradiol (EE) como estrógeno, combinado con diferentes tipos de progestinas (levonorgestrel, desogestrel, gestodeno, drospirenona, ciproterona, clomadinona, dienogest, etc.). En la actualidad, ya se encuentran nuevos estrógenos en los anticonceptivos orales combinados (ACO) por ejemplo, 17 betaestradiol (E2) y estetrol (E4). Además, hay otras presentaciones con estrógenos y gestágenos que se administran por vías diferentes a la oral (parches, anillos vaginales e inyectables) (7, 11). En todos, el mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación.

El uso de anticonceptivos orales combinados en adolescentes está bien extendido, siendo uno de los más conocido por ellas, sin embargo, las tasas de abandono y las fallas en su uso correcto son altas, motivado a la falta de una adecuada consejería, en la mayoría de los casos, que explique la forma correcta de su administración y el reconocimiento de efectos secundarios y eventos adversos. En la adolescencia, se prefieren preparados con una concentración de 30 microgramos de EE, sin embargo en casos seleccionados pueden usarse dosis menores de 20 y 15 microgramos, siempre que se asegure una alimentación balanceada con ingesta adecuada de calcio, vitamina D y estilos de vida saludables (ejercicio, no cigarrillo

ni alcohol) para asegurar un pico de masa ósea óptimo (15), aunque, hasta ahora, no hay estudios concluyentes en relación con el efecto de los anticonceptivos orales combinados de baja dosis en la densidad mineral ósea de adolescentes ni por vía oral ni por otras vías de suministro, sin embargo se debe dar consejería sobre este tema a las adolescentes.

Sobre los requisitos previos para la indicación de AHC a las adolescentes, se recomienda: realización de una historia clínica, donde se descarten condiciones personales y antecedentes familiares que puedan ser motivo de contraindicación, medición de la presión arterial y peso. La toma de la citología o indicar exámenes de laboratorio no es necesario para la indicación del anticonceptivo. El inicio inmediato del método es lo ideal y la recomendación para indicar cualquier anticonceptivo, en principio, es descartar un embarazo, lo cual puede hacerse con la prueba verbal, una ecografía o una prueba de laboratorio rápida, para evitar que la adolescente se retire del centro de salud sin su método anticonceptivo. La segunda recomendación es la protección adicional con otro método no hormonal los siguientes 7 días si se inició la administración fuera de los primeros 5 días menstruación (17).

Los anticonceptivos hormonales combinados tienen muchos beneficios, como por ejemplo mejora la dismenorrea, regulan el ciclo menstrual y disminuyen la cantidad de sangrado menstrual, y los de mayor efecto antiandrogénico actuarán contra el acné común, la piel grasa e hirsutismo de las adolescentes, no afectan la fertilidad. Los efectos secundarios, que pueden llevar al abandono del método, incluyen: intolerancia gástrica (náuseas, vómitos, epigastralgia) cefalea, sangrado intermenstrual, sobre todo los de muy baja dosis, sensibilidad mamaria, cambios de humor y disminución de la libido, sin embargo, son bien tolerados y por lo general desaparecen con el tiempo de uso. En la consejería debe hablarse con las adolescentes de estos efectos secundarios, así como de eventos adversos graves que deben hacerles acudir

de inmediato a la consulta (dolor abdominal intenso, dolor en el pecho y dificultad para respirar o ambos, dolores de cabeza intensos, visión borrosa o pérdida de la visión, aumento de volumen o dolor en las piernas y/o muslos) (17).

De los métodos anticonceptivos combinados, las píldoras son las que presentan más fallas en el uso en las adolescentes. Se debe considerar esto en la consejería y ofrecer otras alternativas con menos necesidad de acción por parte de la usuaria para ser efectivas, en este caso pueden recomendarse los inyectables mensuales, los parches o el anillo vaginal, que con adecuado entrenamiento pueden resultar mejores para lograr un uso correcto y una buena adherencia (17).

3. Anticonceptivos solo de progestinas:

Son métodos anticonceptivos ideales para ser usados por adolescentes con contraindicación a los estrógenos. Vienen en diferentes presentaciones orales, inyectables trimestrales y en implantes subdérmicos y con diferentes tipos y composiciones de progestinas. Los preparados orales se ingieren de forma continua y requieren de una constancia en su toma para ser efectivos, es decir dependen de la usuaria para garantizar su efectividad y las fallas en la toma o en su administración pueden llevar a embarazos no intencionales y al igual que los AOC pueden no ser la mejor opción para las adolescentes. Los preparados inyectables de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), en sus presentaciones de 150 mg y 104 mg, a ser administrados vía intramuscular o subcutánea, respectivamente, se administran cada tres meses y a medida que su uso se hace continuo ocasiona amenorrea. Es importante, por lo tanto, en la consejería, advertírsele a la usuaria y mostrarle los beneficios de este efecto secundario para que se adhiera al método. EL AMPD inyectable es categoría 2 de los CME de la OMS (3) debido a que inhibe la producción de los estrógenos endógenos, resultando una concentración de estos más baja y pérdida de masa ósea que es

observada en mujeres de todas las edades, tanto con la dosis de 150 mg como con la de 104 mg. Aunque es un efecto reversible una vez se suspende el medicamento, se debe, en caso de prescribirlo, asegurar las medidas de estilo de vida y dieta saludable, exposición adecuada al sol y/o suplementos de vitamina D, sobre todo si se usa más de 2 años, de acuerdo a lo recomendado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Siempre se debe sopesar riesgos y beneficios y considerar que el embarazo en la adolescente es una situación que también puede afectar la ganancia de masa ósea, además, de la afectación socioeconómica y el impacto psicológico que este puede tener en la adolescente y su familia. Otros efectos secundarios mencionados con el uso del AMPD son sangrado tipo mancha, cefalea, pérdida de cabello, disminución de la libido, entre otros; suelen ser temporales y poco frecuentes. Con relación a la ganancia de peso observada con este método, por lo general suele ser de menos de 2 kg y las pacientes con obesidad no tienen contraindicación del método (16 - 18).

4. Anticoncepción de emergencia y adolescencia

Los adolescentes deben recibir información sobre la existencia de la anticoncepción de emergencia (AE) como método idóneo en caso de relaciones sexuales no protegidas o en aquellas donde el método habitual de uso ha fallado, ejemplo: ruptura de preservativo u olvido de la toma de varias píldoras anticonceptivas. Las opciones de AE incluyen píldoras anticonceptivas combinadas (método de Yuzpe), tabletas de levonorgestrel, acetato de ulipristal (no disponible en el país) y el DIU de cobre. Su administración lo más temprano posible luego del acto sexual no protegido es fundamental para aumentar su efectividad y lo recomendable es en las primeras 72 horas para los métodos hormonales y hasta el quinto día como máximo para el DIU. El más efectivo de los métodos es el DIU de cobre y además con la ventaja adicional de poder ser un método que puede continuarse como anticoncepción. Los hormonales pueden ocasionar

algunos efectos secundarios como náuseas y vómitos, sobre todo con el método de Yuzpe, siendo mejor tolerado el levonorgestrel (10, 19).

Niveles de evidencia y grado de recomendación para cada propuesta anticonceptiva en la adolescencia

- ✓ La edad no es razón suficiente para no recomendar anticoncepción, ante dudas sobre cuál método anticonceptivo puede estar contraindicado, los CME de la OMS son la herramienta ideal para orientarse (Nivel de evidencia bajo y grado de recomendación 2).
- ✓ Los métodos anticonceptivos de larga duración como los implantes subdérmicos y los dispositivos intrauterinos tienen un nivel de evidencia moderado para su uso y grado de recomendación 1 para adolescentes.
- ✓ Los métodos de corta duración combinados, como las píldoras anticonceptivas, pueden ser usados, con un nivel de evidencia moderado con un grado de recomendación 2.
- ✓ La práctica en la consejería de promover el uso de método dual, tiene definitivamente un grado de recomendación fuerte con un nivel de evidencia alto.
- ✓ Los métodos anticonceptivos de solo progestina, específicamente el AMPD, tanto el de 150 mg como el de 104 mg, tiene un nivel de evidencia para su uso en relación con la edad, muy bajo, aun no existe evidencia suficiente de efectos a largo plazo sobre el hueso, por lo que la OMS no lo contraindica y lo coloca en categoría 2.
- ✓ Con relación a ganancia de peso asociada al AMPD el nivel de evidencia es igualmente muy bajo.

Conclusiones:

- ✓ En el mundo actual, donde la actividad sexual de los adolescentes es un hecho innegable y producto del reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, es importante dedicarles una consulta diferenciada en materia de protección de gestaciones no intencionales y protección de ITS. Las adolescentes por ser una población generalmente sana, no tienen contraindicaciones para prescribirles cualquier método anticonceptivo, de los existentes en el mercado, luego, por supuesto, de la adecuada consejería y descartando condiciones médicas que puedan excluir algún método de la lista de las opciones.
- ✓ El inicio inmediato del método anticonceptivo debe ser el norte de la consulta de los adolescentes, evitando retrasos que las pongan en riesgo de embarazo no intencional y de ITS.
- ✓ Siempre se debe sopesar riesgo beneficio con el uso del acetato de AMPD y los DIU en nuligestas, categoría 2 de los CME de la OMS, y no dejar de ofrecerlos.
- ✓ La consejería en anticoncepción debe insistir en la doble protección (hormonal y método de barrera) a fin de prevenir no solo los embarazos no deseados sino también las infecciones de transmisión sexual.

Anticoncepción hormonal en la transición menopáusica.

La transición menopáusica es un fenómeno gradual y suele comenzar con cambios en el ciclo menstrual, pero también se describen otros síntomas asociados, como los síntomas vasomotores, expresados como sofocos o bochornos, cambios en el patrón del sueño, con insomnio frecuente, cambios de humor, entre otros, que forman parte del llamado síndrome climatérico. El término «perimenopausia» se refiere al periodo que transcurre desde la primera vez que se observan estos síntomas hasta un año después del último periodo

menstrual (20, 21). Una mujer en esta etapa de la vida reproductiva, generalmente tiene una baja fertilidad, sin embargo, para prevenir el embarazo no intencional, hasta que esté claro que ya no es fértil, puede utilizar cualquier método anticonceptivo, si no tiene ninguna condición médica que limite su uso. Por sí sola, la edad no impide que una mujer utilice cualquier método anticonceptivo (22, 23). Muchas mujeres preferirán un método anticonceptivo definitivo, como la esterilización quirúrgica, pero otras, tal vez, opten por un método hormonal y en la consejería sobre los métodos disponibles, se debe tener en cuenta dos consideraciones particulares:

- ✓ ¿Es una mujer sana sin comorbilidades o factores de riesgo para el uso de anticonceptivos hormonales?
- ✓ ¿Es una mujer con alguna comorbilidad (hipertensión, diabetes mellitus, cáncer, etc.) o factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, etc.)?

La prescripción de los anticonceptivos es determinada por tres importantes factores: aceptabilidad, eficacia y seguridad del método (24) y es deseable que ese anticonceptivo reúna ciertas características para la etapa de la transición menopaúsica (25):

- ✓ Alta protección anticonceptiva
- ✓ Control de las alteraciones del ciclo menstrual
- ✓ Mejora de los síntomas climatéricos y/o del mantenimiento de la vida sexual
- ✓ No estar relacionado con el coito
- ✓ Carecer de efectos adversos
- ✓ No aumentar el riesgo cardiovascular

- ✓ Preservación de la masa ósea frente a la osteoporosis.

La consejería va seguida de la realización de una historia clínica con la anamnesis que determine la presencia de comorbilidades y factores de riesgo. Se debe tomar tensión arterial, peso y talla de rutina y otros procedimientos estarán sujetos a las necesidades de la usuaria y del método elegido, por ejemplo, es necesario realizar el examen pélvico, en los casos en que se vaya a insertar un dispositivo intrauterino, de lo contrario este puede ser diferido para el momento que la usuaria amerita la toma de citología. Exámenes de laboratorio, no son necesarios, a menos que existan comorbilidades que lo indiquen, sobre todo, considerando que algunos anticonceptivos hormonales pueden actuar negativamente en el perfil lipídico de la mujer o en una diabética mal controlada, algunos métodos estarán contraindicados.

2. ¿QUÉ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SE PUEDEN UTILIZAR DURANTE LA TRANSICIÓN MENOPÁUSICA?

1. Anticonceptivos hormonales combinados en la transición menopaúsica

Si la mujer es sana, no fumadora, mayor de 35 años y sin factores de riesgo cardiovascular, los anticonceptivos hormonales combinados de baja dosis, constituyen una excelente opción, ya que van acompañados, además de la anticoncepción, de otros beneficios para su salud y que pueden mejorar algunos de los síntomas climatéricos (26). Los anticonceptivos hormonales combinados, en cualquiera de sus presentaciones (oral, transdérmica, vaginal, inyectable), pueden ofrecer beneficios, pero los administrados por vía oral son los que reúnen mayor evidencia sobre protección contra cáncer de ovario, endometrio y colorrectal (nivel de evidencia moderada) (25).

Por otra parte, sobre la preservación de la masa ósea, existen datos controvertidos, aunque la mayoría de los estudios encontraron algún efecto positivo y ninguno encontró un efecto negativo, con un grado de evidencia baja (25, 27). En mujeres mayores de 40 años, el uso de AOC reduce la desmineralización y puede conservar la densidad de la masa ósea (DMO), incluso con dosis bajas de 20 µg, sin embargo, existe menos evidencia respecto a la reducción del riesgo de fractura (24).

Si se indican AOC, se puede seguir un régimen extendido y suprimir la menstruación, cuando la mujer así lo desea, o 24/4 si, por el contrario, desea seguir menstruando; cualquiera de los dos esquemas ha demostrado ser mejor que la opción de 21/7 en relación con la disminución de los síntomas climatéricos y control del ciclo menstrual (28). Hoy en día hay nuevas combinaciones de AOC con estradiol en lugar de etinilestradiol (EE), sin embargo, la evidencia de su seguridad, tolerabilidad, beneficios y efectos secundarios comparado con las combinaciones que incluyen EE aún no es suficiente, pero se pueden recomendar y ser adecuados por menos efecto sobre la coagulación (28, 29).

El uso de parches transdérmicos o de anillos vaginales puede tener mejor adherencia por ser métodos que no requieren de una rutina diaria de toma como los AOC y son igualmente efectivos; las tasas de fallos están a la par de los preparados orales.

Algunas usuarias e inclusive algunos proveedores de salud, creen que existen riesgos importantes para la mujer por el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) y por ello no los prescriben, sin embargo, hasta la fecha, no hay evidencia de que tomarlos represente un mayor riesgo de eventos cardiovasculares o cáncer de mama en mujeres de mediana edad en comparación con otros grupos de edad, es por ello que los CME de la OMS y el CDC, no los contraindican por razones solo de edad; lo que se debe considerar es que con la edad pueden aparecer

comorbilidades que lleven a contraindicar algún método hormonal de anticoncepción, para lo cual la individualización de cada caso es fundamental (30).

Uno de los riesgos más temidos con el uso de anticonceptivos combinados es el tromboembolismo: trombosis venosa o embolia pulmonar. Este riesgo está presente en todos los preparados combinados, por acción del estrógeno que tiene un efecto protrombótico, aunque el riesgo dependerá de la concentración de estrógenos, el tipo de progestágeno que contiene el AHC y la vía de administración; los que contienen desogestrel, gestodeno o drospirenona con etinilestradiol se asocian con mayor riesgo trombótico que los que contienen etinilestradiol con levonorgestrel o noretisterona. El anillo vaginal combinado, y particularmente el parche transdérmico, pueden conferir una mayor probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular que los AOC. Los progestágenos solos no incrementan el riesgo. El riesgo de trombosis se incrementa también con la edad, la obesidad, el tabaquismo y la hipertensión, pero el mayor riesgo lo tiene el embarazo, por lo cual evitarlo en la perimenopausia es una estrategia valiosa para evitar muertes maternas. El riesgo de cáncer de mama también aumenta con la edad, independientemente del uso hormonal. Algunos estudios han encontrado un mayor riesgo relativo de cáncer de mama en usuarias de AOC, pero otros estudios no han encontrado relación, por lo que sigue siendo un tema controversial (31, 32). El último informe del estudio anticonceptivo de la Asociación de Planificación Familiar de Oxford (Oxford-FPA) reveló que el uso de AHC no tuvo ningún efecto sobre los cánceres no reproductivos ni sobre el cáncer de mama (33). Teniendo en cuenta los hallazgos disímiles del riesgo de cáncer de mama y uso de AOC (se cree que el uso de estos podría actuar como factor de crecimiento en cánceres de mama preclínicos preexistentes en mujeres mayores de 40 años), el riesgo normalmente aumenta por la edad. El riesgo de una progresión más rápida a cáncer cervical en mujeres con neoplasias intracervicales asociadas

a infección por virus del papiloma humano y uso de AOC se considera como un débil cofactor, pero que desaparece progresivamente una vez cesado el anticonceptivo y se cree desaparecerá a los 10 años (33, 34). Para la OMS, los beneficios de los AOC en mujeres en la etapa de transición menopaúsica superan los riesgos teóricos y las recomendaciones antes de su indicación son en principio, descartar comorbilidades que los contraindiquen, individualizar los casos, usar dosis bajas de estrógenos, preferir preparados con estrógenos naturales y progestágenos con menor potencial protrombótico (20).

1. Anticonceptivos hormonales de solo progestinas

La indicación de anticonceptivos de solo progestinas en la etapa de la transición menopaúsica, puede ser ideal para aquellas mujeres con comorbilidades que tengan contraindicación a los estrógenos (fumadoras, diabéticas con enfermedad vascular, con lupus eritematoso grave, enfermedades cardiovasculares y en obesas) por el bajo riesgo trombótico que representan. Son tan efectivos como los AHC, pero con las desventajas de que no mejoran los síntomas del climaterio, ocasionan irregularidades menstruales y pueden inducir síntomas premenstruales (15).

Al igual que los AHC, se pueden encontrar en varias presentaciones: oral, inyectable, anillos vaginales de progesterona, dispositivos intrauterinos de levonorgestrel e implantes subdérmicos, estos dos últimos métodos reversibles de larga duración. En el grupo de medicamentos con solo progestinas, también se encuentra la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel. La elección de una u otra vía puede estar influenciada por varios factores relacionados con las preferencias de las usuarias y con situaciones como los cambios en el patrón del sangrado menstrual. Algunas píldoras de solo progestágeno, como el desogestrel, tienen un buen índice de efectividad, similar al de los AOC, pero pueden ocasionar sangrados intermenstruales molestos para las usuarias

y esto puede afectar la adherencia, es fundamental comentar en la consejería los efectos secundarios del medicamento, incluyendo los cambios del patrón menstrual y explicar que la mayoría de ellos son pasajeros y desaparecen con el tiempo de uso (34).

Recientemente se adicionó a estos anticonceptivos de solo progestinas, la drospirenona de 4 mg, suprime la ovulación y espesa el moco cervical, ventaja sobre otras progestinas que solo tienen el efecto de espesar el moco cervical. Tiene además efecto antiminerlocorticoide que puede reducir la presión arterial y disminuir la retención de líquidos, ayudando a combatir la hinchazón y algunos de los cambios de peso observados en la perimenopausia. Tiene propiedades antiandrogénicas. Se ha demostrado que alivia el síndrome premenstrual y alteraciones del estado de ánimo, siendo una buena opción para las mujeres con alteraciones del humor relacionadas a la perimenopausia. En cuanto al patrón del sangrado en un 40 % es un sangrado impredecible, pero con tendencia a sangrados infrecuentes tipo mancha (34).

La anticoncepción inyectable solo con progestina suprime profundamente la actividad ovárica, lo que resulta tanto en beneficios como en riesgos no anticonceptivos. En el mercado hay dos presentaciones: vía intramuscular de acetato de medroxiprogesterona de depósito (150 mg AMPD) y enantato de noretisterona y la vía subcutánea de 104 mg de AMPD. Ambas se administran cada 12/13 semanas, el patrón de sangrado es impredecible con las primeras inyecciones, pero a medida que se continúa su uso, el patrón de sangrado es escaso y termina en amenorrea en más 60 % de las usuarias en el primer año de uso. Tiene beneficios anticonceptivos, como lo son la protección del cáncer de endometrio y de ovario. La fertilidad, una vez suspendido su uso, puede demorar hasta 30 semanas con la dosis de 104 mg y hasta un año con AMPD, por lo cual no será conveniente su uso en mujeres mayores de 40 que planifican gestación en breve plazo. La salud ósea es una preocupación con el uso de AMPD,

el cual no se utiliza como tratamiento de primera línea en mujeres mayores de 45 años y, en general, no se recomienda después de los 50 años, debido a su posible efecto sobre la densidad ósea y los lípidos. El uso con AMPD se asocia con una pequeña pérdida de densidad ósea que generalmente, se estabiliza a los 2 años de uso y es reversible al suspenderlo. La evidencia disponible no respalda la preocupación teórica de que en las mujeres mayores de 45 años que usan AMPD se pueda comprometer permanentemente su salud ósea. En relación con los síntomas del climaterio, aunque la medroxiprogesterona puede atenuar algunos de ellos, esa disminución es menor que la que se consigue con los anticonceptivos hormonales combinados (30).

2. LARC y perimenopausia (SIU-LNG e implantes):

Los métodos reversibles de larga duración (LARC), pueden tener tanto valor en la transición menopaúsica como lo tienen en las adolescentes, por ser altamente efectivos, seguros, de larga duración y con pocas contraindicaciones, por tratarse de métodos de solo progestinas, lo que los hace ideales para esta etapa de la vida reproductiva.

A continuación, se presentan las evidencias sobre el uso de LARC en mujeres que pasan por la transición hacia la menopausia.

La mayoría de las mujeres pueden utilizar un dispositivo intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG). Tiene ventajas importantes como una reducción significativa del sangrado menstrual, no hay interacciones medicamentosas, puede proteger al endometrio de hiperplasia y cáncer endometrial y asociado al uso de estrógenos puede mejorar los síntomas climatéricos asociados al hipoprogesteronismo. Además, el SIU-LNG, reduce el sangrado asociado con fibromas y mejora el dolor relacionado con la endometriosis (35 - 37). Las contraindicaciones observadas en los CME de la

OMS (3), son: el cáncer de mama actual o pasado, cáncer de cuello uterino, sepsis puerperal, infección activa por gonococo y clamidia y por supuesto embarazo (CME 4), tromboembolismos agudos sin anticoagulación, tumor hepático, lactancia en las primeras cuatro semanas posparto, infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), migraña con aura y cardiopatía isquémica (CME 3). Ante un sangrado uterino anormal se debe descartar una causa orgánica, antes de la colocación de un dispositivo intrauterino, debido al riesgo de cáncer de endometrio y otras patologías que comienzan a ser frecuentes con el aumento de la edad (3).

Los SIU-LNG pueden estar asociados con sangrado irregular, particularmente en los primeros meses de uso, pero la mayoría de las mujeres experimentan sangrado leve o amenorrea progresiva. A pesar de la baja dosis sistémica de LNG, algunas mujeres experimentan efectos secundarios hormonales, generalmente transitorios, como el acné y mastalgia (38). La adherencia al método, por lo general, es muy buena, porque tiene pocos efectos secundarios.

Con relación a los implantes subdérmicos de levonorgestrel o etonogestrel se pueden utilizar hasta la menopausia, tienen pocas contraindicaciones, básicamente las mismas que para los SIU-LNG, a excepción de la sepsis puerperal, cáncer de cuello uterino, VIH e infecciones de transmisión sexual. No tiene efectos metabólicos y ninguna reducción significativa en la densidad mineral ósea. Como efecto secundario más frecuente se menciona el sangrado prolongado o frecuente e impredecible que se presenta en aproximadamente una de cada cinco mujeres (20 % pueden hacer amenorrea). Aunque el sangrado con el uso del implante puede ser temporal o pasajero, algunas mujeres lo consideran molesto y prefieren retirarlo por esta causa. Se puede tratar este tipo de sangrado con varias opciones terapéuticas, como el uso AINES (ácido mefenámico o ibuprofeno), ácido tranexámico, doxiciclina o

AOC por ciclos cortos, siempre considerando que no existan contraindicación para ninguno de ellos (38, 39). Otros efectos secundarios mencionados, aunque menos frecuentes, son los cambios de peso, efecto que puede verse con otras progestinas como el AMP, pero los niveles de evidencia son bajos para este (21, 40); acné, hirsutismo, baja de la libido también son mencionados. Aunque es una progestina y puede proteger el endometrio, no está avalado su uso como parte de la terapia hormonal menopáusica en combinación con estrógenos.

Los LARC no están asociados con aumento de riesgo trombótico ni de infarto al miocardio, por lo que pueden ser recomendados en mujeres en la transición menopáusica, sobre todo si el riesgo está aumentado (40).

3. Anticoncepción de emergencia en la perimenopausia.

Los riesgos de un embarazo a cualquier edad y con alguna comorbilidad se consideran mayores que los riesgos teóricos de la anticoncepción de emergencia (AE). Los anticonceptivos hormonales de emergencia (AHE) incluyen el acetato de ulipristal (no disponible en Venezuela) y el levonorgestrel. No existen contraindicaciones para la AHE a excepción del embarazo. El DIU de cobre es el anticonceptivo de emergencia no hormonal más efectivo y preferido por los proveedores de salud en mujeres con IMC superior a 30 kg/m², debido a una mayor tasa de fracaso con SIU-LNG, levonorgestrel y acetato de ulipristal (16, 41-47).

3. ¿CUÁNDO UNA MUJER EN LA TRANSICIÓN MENOPAÚSICA PUEDE DEJAR DE UTILIZAR LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

A las mujeres de ≥ 50 años que utilizan un método

no hormonal se les puede recomendar que suspendan su método anticonceptivo después de 12 meses de amenorrea, mientras que a las mujeres < 50 años se les recomienda esperar 24 meses. A las mujeres que utilizan un método hormonal que contiene estrógenos y progestinas, generalmente se les recomienda suspender o cambiar a un método no hormonal, alrededor de los 50 años, mientras que aquellas que usan un método solo progestina, un implante o un SIU-LNG pueden continuar usándolos hasta la menopausia. La Facultad de Salud Sexual y Reproductiva del Reino Unido recomienda que a las mujeres de 50 años o más que utilicen un método con progestina solo y que tengan amenorrea durante 12 meses se les puedan medir los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) en dos ocasiones, con al menos seis semanas de diferencia; si ambos son ≥ 30 UI/L, entonces solo se requiere continuar la anticoncepción durante otros 12 meses y seguir en evaluaciones posteriores (24).

Niveles de evidencia y grados de recomendaciones durante la transición menopáusica

- ✓ Consejería en anticoncepción en la transición menopáusica (nivel de evidencia fuerte; grado de recomendación 1).
- ✓ Las recomendaciones sobre métodos anticonceptivos en las mujeres en transición a la menopausia requieren de una evaluación que descarte posibles comorbilidades que contraindiquen los métodos anticonceptivos hormonales (nivel de evidencia fuerte; grado de recomendación 1).
- ✓ Las mujeres en la transición hacia la menopausia deben estar conscientes de que la terapia hormonal no tiene suficiente potencia para inhibir la ovulación por lo que el riesgo de embarazo se mantiene latente. La anticoncepción hormonal combinada

puede ser una opción y, al mismo tiempo, puede mejorar la sintomatología climatérica (nivel de evidencia baja; grado de recomendación 2).

- ✓ Los métodos de solo progestinas específicamente: SIU-LNG, el AMPD y los implantes subdérmicos, pueden aportar beneficios no contraceptivos como la reducción del sangrado uterino anormal, reducción de la dismenorrea y dolor pélvico en endometriosis y protección endometrial (nivel de evidencia moderado y grado de recomendación 1).
- ✓ El AMPD puede asociarse con disminución de la DMO, que se recupera después de la interrupción (nivel de evidencia bajo) (24).

Conclusiones:

- ✓ Después de los 40 años, el 75 % de los embarazos son no intencionales y pueden provocar un profundo impacto físico-emocional y un riesgo para la salud de la mujer, sobre todo si cursa con alguna comorbilidad, por lo que se considera oportuno que hasta que se confirme la menopausia, se debe ofrecer asesoría en anticoncepción.
- ✓ Hay muchas opciones anticonceptivas seguras y eficaces disponibles para las mujeres en esta etapa de la vida reproductiva, que además de prevenir un embarazo pueden mejorar algunos de los síntomas del climaterio: sangrado uterino anormal, los síntomas vasomotores y las migrañas menstruales con un impacto positivo en la calidad de vida.
- ✓ Una mujer en la etapa de transición menopaúsica, puede utilizar cualquier método, si no tiene ninguna condición médica que limite su uso. Por sí sola, la edad no impide que una mujer utilice cualquier método anticonceptivo.
- ✓ Es necesaria una evaluación cuidadosa de los factores de riesgo, particularmente cuando se prescriben métodos que contienen estrógenos.
- ✓ Los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos de la OMS informan las opciones para las mujeres con comorbilidades.
- ✓ Los métodos LARC hormonales (SIU-LNG e implantes subdérmicos) proporcionan una alta eficacia sin estrógeno y deberían ofrecerse de rutina en la consulta ginecológica como una opción segura y eficaz para la mayoría de las mujeres.
- ✓ El AMPD es de segunda línea en mujeres mayores de 45 años, pero todos los demás métodos que solo contienen progestinas generalmente pueden usarse hasta la menopausia.
- ✓ El AMPD disminuye ligeramente la densidad mineral ósea. Esto puede aumentar el riesgo de desarrollar osteoporosis y posibles fracturas óseas después de la menopausia, sin embargo, la OMS no contraindica su uso (CME 2), ni impone límites de edad ni de tiempo para este.
- ✓ No existen contraindicaciones médicas para las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel, aunque la obesidad disminuye su eficacia.
- ✓ Las mujeres de 35 años o más que fuman, independientemente de cuánto, no debe usar AHC, en ninguna de sus presentaciones (oral, parche, anillo e inyectable)
- ✓ La migraña con aura contraindica todos los métodos hormonales combinados (CME 4), los métodos de solo progestinas son categoría 2, pero se recomienda que, si aparece la condición cuando está usando el método, debe cambiar a uno no hormonal.

- ✓ Si la mujer tiene 35 años o más no deben usar AHC, si tienen migrañas (ya sea con aura o no).
- ✓ El principal temor de la anticoncepción es el riesgo de tromboembolismo venoso y otros eventos cardiovasculares. Este riesgo puede ser reducido por el uso de progestágenos solos (oral, SIU, implante) y posiblemente con estrógenos naturales, aunque para últimos aún se necesita mayor evidencia.

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE) es la estrategia terapéutica utilizada para prevenir un embarazo no planificado o no deseado, después de una relación sexual no protegida, con protección incompleta (rotura de condón, irregularidad en el cumplimiento de método hormonal) o en casos de violencia sexual. Se recomienda dentro de los cinco días (120 horas) siguientes a la relación sexual. Cuanto más temprana sea la utilización, su efecto protector será mayor (16, 43).

4. ¿CUÁLES SON LAS INDICACIONES DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA?

A continuación, las indicaciones de anticoncepción de emergencia según la Organización Mundial de la Salud (3):

1. Relaciones sexuales cuando no se ha utilizado ningún anticonceptivo
2. Violencia sexual, cuando la mujer no usa un método anticonceptivo eficaz
3. Relaciones sexuales en las que existe preocupación por la falla o el mal uso de los anticonceptivos, que incluye:
 - 3.1. Condón: rotura, deslizamiento o uso incorrecto
 - 3.2. Píldoras anticonceptivas hormonal

combinadas: olvido durante tres o más días consecutivos o retraso de tres días para iniciarlas durante la primera semana del ciclo

- 3.3. Píldoras anticonceptivas de solo progestina: tres o más horas de retraso respecto al horario habitual de uso de la píldora o más de 27 h después de la pastilla anterior.
- 3.4. Píldora anticonceptiva de solo desogestrel: doce o más horas desde el momento habitual de uso de la píldora o más de 36 h después de la pastilla anterior
- 3.5. Inyección de enantato de noretisterona: dos o más semanas de retraso en la inyección
- 3.6. Inyección de acetato de medroxiprogesterona de depósito: cuatro o más semanas de retraso en la inyección
- 3.7. Anticonceptivo inyectable combinado: siete o más días de retraso en la inyección
- 3.8. Uso de métodos tales como: tableta espermicida no se ha derretido antes de la relación sexual, error de cálculo del período de abstinencia o falta de abstinencia, falla en el coito interrumpido
- 3.9. El parche transdérmico o el anillo vaginal se han desplazado, ha habido un retraso en su colocación o se ha extraído antes de lo debido
- 3.10. Expulsión de dispositivo intrauterino

5. ¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS DISPONIBLES PARA LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA? (16, 43)

- ✓ Levonorgestrel, 1,5 mg, dosis única (una tableta de 1,5 mg o dos tabletas de 0,75 mg).
- ✓ Anticonceptivos orales combinados (metodo de Yuzpe): dos píldoras, cada una con 50 µg de estradiol y 0,25 mg de levonorgestrel, repetir 12 horas más tarde. Se recomienda solo si no se dispone de tabletas de levonorgestrel.
- ✓ Acetato de ulipristal dosis única: 1 comprimido de 30 mg. No se encuentra disponible en Venezuela.
- ✓ Dispositivo intrauterino con 52 mg de

levonorgestrel colocado dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual sin protección (16).

6. ¿CUÁNDO SE DEBE INICIAR LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA?

El tratamiento con anticoncepción de emergencia debe iniciarse lo antes posible después de una relación sexual sin protección o con protección inadecuada, para maximizar la eficacia. Se recomiendan dentro de las 120 horas (5 días) después de la relación sexual (16).

7. ¿CUÁL ES EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS MÉTODOS HORMONALES?

El levonorgestrel tiene una acción agonista en los receptores de progesterona. Su vida media es de 43 horas. Si se toma antes del inicio de la elevación preovulatoria de la LH, actúa en el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, disminuyendo la LH por un mecanismo de *feed-back* negativo, previniendo ese pico preovulatorio de LH, impidiendo el desarrollo y la maduración folicular y/o la liberación del óvulo. El levonorgestrel no actúa una vez ya iniciada esa elevación de LH.

El levonorgestrel como AE tomado después de la ovulación, no afecta la implantación y produce tasas de concepción similares en comparación con las que no usan este método. No hay evidencia de que la exposición a levonorgestrel en AE afecte el desarrollo fetal, produzca aborto espontáneo o muerte fetal y no altera las menstruaciones posteriores (44).

Ulipristal es un modulador del receptor de progesterona. Al unirse al receptor de progesterona, detiene el aumento de la hormona luteinizante que se produce antes de la ovulación. Por tanto, ulipristal inhibirá o retrasará la ovulación. El comprimido de 30 mg se absorbe rápidamente. Ulipristal tiene una vida media

de 32 horas. Su metabolismo involucra al citocromo P450 3A4. El uso concomitante de inductores de esta enzima, como la fenitoína y la carbamazepina, debe evitarse pues estos medicamentos reducirán la concentración plasmática de ulipristal y puede reducir su eficacia (45).

8. ¿LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, TIENE EFECTOS ADVERSOS?

No se han descritos complicaciones graves con el uso de este método. Los efectos a corto plazo incluyen:

- ✓ Cefalea y náuseas moderadas con el levonorgestrel y el acetato de ulipristal (AUP) y con mayor intensidad si se utiliza régimen combinado de estrógenos y progestágenos (3, 43, 44).
- ✓ Sangrado anormal: algunas mujeres experimentan un sangrado irregular o *spotting* la semana después del tratamiento el cual puede extenderse hasta un mes tras su uso. La siguiente menstruación puede atrasarse o adelantarse.
- ✓ Otros efectos que se han reportado con el régimen oral son: sensibilidad mamaria, dolor abdominal, mareos y fatiga.

9. ¿CUÁL ES LA EFICACIA DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA?

El acetato de ulipristal es más eficaz que el régimen de levonorgestrel solo y mantiene su eficacia hasta por 5 días. Con una tasa de embarazo más baja entre las usuarias de acetato de ulipristal (1,4 %) en comparación con las usuarias del régimen de levonorgestrel solo (2,2 %). En cuanto al régimen combinado de estrógenos y progesterona, revelaron tasas de prevención que oscilaron entre el 56 % y el 89 %, promedio 74 % de los embarazos esperados. El régimen de levonorgestrel solo como anticoncepción de emergencia es más efectivo que el régimen hormonal combinado y se asocia con menos náuseas y vómitos. Por tanto, se prefiere el régimen de levonorgestrel solo

al régimen combinado de estrógenos y progestágeno (43).

Debe tenerse en cuenta que, si se experimentan vómitos durante las 2 horas posteriores a la toma del medicamento, se debe administrar una nueva dosis para garantizar su efectividad (46).

El peso corporal influye en la eficacia de la anticoncepción oral de emergencia. La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel puede ser menos eficaz en mujeres con sobrepeso (índice de masa corporal de 25 a 29,9 kg/m²) u obesas (IMC de 30 kg/m² o más). Además, algunas investigaciones sugieren que el acetato de ulipristal tiene menor efectividad entre mujeres obesas. La eficacia del DIU de cobre no se ve afectada por el peso corporal. Por lo tanto, se debe considerar el uso de un DIU de cobre como alternativa a la anticoncepción oral de emergencia en mujeres obesas. Sin embargo, la anticoncepción oral de emergencia no debe negarse a las mujeres con sobrepeso u obesidad porque hasta la fecha ninguna investigación ha tenido el poder suficiente para evaluar un umbral de peso en el que sería ineficaz (3).

Niveles de evidencia y grados de recomendación para la anticoncepción hormonal de emergencia:

- ✓ Las píldoras de AE-LNG y las de AUP son preferibles a las combinadas porque provocan menos náuseas y vómitos. No se recomienda el uso habitual de antieméticos antes de tomar las PAE. Nivel de evidencia moderada a baja (47).
- ✓ Existe evidencia limitada que sugiere que las mujeres obesas con un IMC ≥ 30 kg/m² experimentan un mayor riesgo de embarazo después del uso de LNG O Acetato de ulipristal en comparación con mujeres con un IMC < 25 kg/m². Nivel de evidencia muy bajo.

Conclusiones

- ✓ El acetato de ulipristal es más eficaz que el régimen de levonorgestrel solo y mantiene su eficacia hasta por cinco días.
- ✓ El régimen de levonorgestrel solo como anticoncepción de emergencia es más eficaz que el régimen hormonal combinado y se asocia con menos náuseas y vómitos.
- ✓ El tratamiento con anticoncepción de emergencia debe iniciarse lo antes posible después de una relación sexual sin protección o con protección inadecuada para maximizar la eficacia, máximo hasta los 5 días.
- ✓ El peso corporal influye en la eficacia de la anticoncepción hormonal oral de emergencia.
- ✓ Es importante asesorar a las pacientes sobre el uso apropiado de la anticoncepción de emergencia como una intervención episódica en lugar de un método eficaz a largo plazo.
- ✓ Se debe proporcionar información sobre métodos anticonceptivos eficaces a largo plazo siempre que una mujer solicite anticoncepción de emergencia, y se debe considerar el uso del DIU de cobre, que es muy eficaz como anticonceptivo de emergencia y como anticonceptivo continuo. Se debe fomentar el uso de métodos reversibles de acción prolongada y altamente eficaces.

Anticoncepción posterior a evento obstétrico

Se denomina anticoncepción posevento obstétrico a la anticoncepción temporal o permanente, que se realiza después de un parto (vaginal o por cesárea) o de un aborto, preferiblemente dentro de las 48 horas antes del alta hospitalaria. Esta medida permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar definitivamente su vida reproductiva usando un método moderno, bien sea temporal o permanente (46).

Es importante que, desde la etapa prenatal, los prestadores de servicios de salud brinden orientación y consejería para que la mujer (y su pareja) puedan elegir un método anticonceptivo antes del alta hospitalaria o en la primera consulta puerperal (47).

Brindar una oportunidad para que toda mujer, previa información y consentimiento informado pueda acceder a anticoncepción efectiva y de esta manera se promuevan intervalos intergenésicos saludables que permitan incidir en la reducción de la mortalidad materna al prevenir el embarazo no planificado (47).

10. ¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES RECOMENDADOS POSTERIOR A EVENTO OBSTÉTRICO? (48)

- ✓ SIU liberador de hormonas
- ✓ Implantes subdérmicos
- ✓ Inyección trimestral de solo progestágeno

1. Sistema intrauterino con levonorgestrel (SIU-LNG)

1.1 Mujeres en el puerperio (con y sin lactancia materna, incluido el parto por cesárea):

- ✓ Se coloca en un lapso comprendido entre 10 minutos después de la expulsión de la placenta hasta 48 horas después del parto. Si el parto es por cesárea, el SIU-LNG puede insertarse después de la expulsión de la placenta, antes de cerrar el útero.
- ✓ De 48 horas a menos de cuatro semanas de puerperio: el uso del SIU-LNG, generalmente, no se recomienda (CME, categoría 3) (3).

1.2. Cuatro o más semanas de puerperio y con amenorrea:

- ✓ Mujeres que están amamantando: puede insertarse un SIU-LNG si se tiene la certeza razonable de

que la mujer no está embarazada. No hace falta ninguna forma adicional de anticoncepción.

- ✓ Mujeres que no están amamantando: puede insertarse un SIU-LNG si puede determinarse que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

1.3. Cuatro o más semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales:

- ✓ Puede insertarse un SIU-LNG tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.
- ✓ No se les debe insertar un SIU-LNG a las mujeres que tienen algún grado de infección puerperal hasta después de tres meses de concluido el proceso infeccioso.

2. Anticonceptivos solo progestágenos (49)

2.1. Implantes

2.1.1. Puerperio con lactancia materna:

- ✓ Menos de seis semanas de puerperio: por lo general, puede colocarse un implante (CME, categoría 2) (3)
- ✓ De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede insertarse un implante. Si la mujer está amamantando exclusiva, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- ✓ Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse el implante tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

2.1.2. Puerperio sin lactancia materna

- ✓ Menos de 21 días de puerperio: puede insertarse un implante (CME, categoría 1). No es necesario

proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio.

- ✓ Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede colocarse un implante si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- ✓ En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un implante tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

2.2. Inyectables

2.2.1. Puerperio con lactancia materna

- ✓ Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: el uso de anticoncepción inyectable solo progestágenos (AISP) generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3) (3).
- ✓ De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección de AISP. Si la mujer está amamantando exclusiva o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- ✓ Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

2.2.2. Puerperio sin lactancia materna

- ✓ Menos de 21 días de puerperio: puede administrarse la primera inyección de AISP. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio.

- ✓ Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- ✓ En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

2.3. Anticonceptivos orales con solo progestágeno

2.3.1. Puerperio con lactancia materna

- ✓ Menos de seis semanas de puerperio: por lo general, puede iniciarse el uso de anticonceptivos orales con solo progestágeno (AOSP) (CME, categoría 2) (3). Si la mujer está amamantando exclusiva, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- ✓ De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso de AOSP. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
- ✓ Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOSP tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales (CME, categoría 1) (3).

2.3.2. Puerperio sin lactancia materna

- ✓ Menos de 21 días de puerperio: puede iniciarse el uso de AOSP. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco

probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio.

- ✓ Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOSP si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada.
- ✓ Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.
- ✓ En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOPS tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

2.4. Anticonceptivos combinados

2.4.1. Orales, parche, anillo (16, 42 - 46).

2.4.1.1. Puerperio con lactancia materna

- ✓ Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: la mujer no debe usar anticonceptivos combinados en ninguna de sus formas de administración (CME, categoría 4) (3).
- ✓ De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente amamantando: el uso de anticonceptivos combinados, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3) (3).
- ✓ Más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso de anticonceptivos combinados, tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.
- ✓ Más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de anticonceptivos combinados tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

2.4.1.2. Puerperio sin lactancia materna

- ✓ Menos de 21 días de puerperio: el uso de anticonceptivos combinados, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3). Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio.
- ✓ Veintiún días o más de puerperio: en el caso de mujeres que no presenten otros factores de riesgo de tromboembolia venosa, por lo general, puede iniciarse el uso de anticonceptivos combinados (CME, categoría 2) (3).
- ✓ Mujeres que reúnen los requisitos médicos y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de anticonceptivos combinados de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- ✓ Mujeres que reúnen los requisitos médicos y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de anticonceptivos combinados tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

2.4.2. Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

2.4.2.1. Puerperio con lactancia materna

- ✓ Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: no se deben usar AIC (CME, categoría 4) (3).
- ✓ De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente amamantando: el uso de AICs, generalmente, no se recomienda (CME, categoría 3) a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables.

- ✓ Más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección de AIC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.
- ✓ Más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de AIC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

2.4.2.2. Puerperio sin lactancia materna

- ✓ Menos de 21 días de puerperio: el uso de AIC, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables.
- ✓ Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de AIC de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
- ✓ Veintiún días o más de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de AIC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

Anticoncepción posaborto

La necesidad no satisfecha de planificación familiar es una causa principal del aborto inducido. Las mujeres pueden quedar embarazadas casi inmediatamente después de un aborto. A menudo la ovulación ocurre a las dos semanas tras un aborto del primer trimestre y a las cuatro luego de un aborto del segundo trimestre. Es por ello que debe ofrecerse consejería en métodos anticonceptivos dentro de la estrategia de atención posaborto (3, 42, 47, 50).

1. Dispositivo intrauterino (51, 52)

- ✓ Puede insertarse un dispositivo intrauterino (DIU) con cobre o con levonorgestrel inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre.
- ✓ No debe insertarse un DIU de ningún tipo inmediatamente después de un aborto séptico (CME, categoría 4).

2. Anticonceptivos solo progestinas: los anticonceptivos de solo progestágenos por cualquiera de sus vías de administración (implante, inyectables, u orales) pueden iniciarse inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

3. Anticonceptivos combinados: los anticonceptivos combinados (oral, parche, anillo e inyectable) pueden iniciarse de inmediato después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

Conclusiones

- ✓ Los prestadores de servicios médicos en salud sexual y reproductiva principalmente de mujeres deben ser orientadores con conocimientos, basados en la mejor evidencia científica disponible, que faciliten la implementación exitosa de la estrategia anticoncepción posterior a evento obstétrico en todos los niveles de atención del país.
- ✓ Se debe facilitar la adopción de conceptos orientados a mejorar y aumentar los medios de atención que permitan implementar la estrategia de anticoncepción posterior a evento obstétrico en todas las jurisdicciones del país.
- ✓ Se deben establecer recomendaciones para que la consejería en salud sexual y reproductiva sea oportuna, con perspectiva de derechos y

enfoque de género, basada en las necesidades y preferencias de cada persona, contemplando la interculturalidad, respetando y favoreciendo el ejercicio de su autonomía.

REFERENCIAS

1. Lima S. Anticoncepción en la adolescencia. Rev SUGIA [Internet]. 2019 [consultado 20 de julio de 2023]; 8 (1):7-10. Disponible en: https://sugia.com.uy/wp-content/uploads/2018/09/Revista_Sugia_4_baja.pdf
2. Ley Orgánica Para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes [Internet]. Gaceta Oficial Extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela 5859 (10 de diciembre de 2007) [consultado 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/IDjWLD>
3. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 5th ed [Internet]. Ginebra: World Health Organization. 2015 [consultado 20 de julio de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf.
4. Oyarzún P. Consejería en anticoncepción; cómo indicar un método anticonceptivo a una adolescente. En: Apablaza S y Oyarzún P, editoras. Ginecología Infanto-Juvenil. Temas contingentes. Santiago de Chile: Tangram Ediciones; 2020. p. 213-224
5. ACOG Committee Opinion No. 735: Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Obstet Gynecol. 2018;131(5):e130-e139. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002632.
6. Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. Pediatrics. 2014;134(4):e1244-56. DOI: 10.1542/peds.2014-2299.
7. Comité de Opinión sobre Métodos Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (LARCS). AMAdA [Internet]. 2018 [consultado 28 de julio de 2023]; 14(2). Disponible en: https://amada.org.ar/images/PDF_N2_2018.pdf
8. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(2):115. e1-7. DOI: 10.1016/j.ajog.2010.04.017.
9. Lira-Plascencia J, Marín-Cantú VA, Bahamondes L, Martín OR, Kosoy GJ. Anticoncepción intrauterina en nulíparas: de las percepciones a las evidencias. Estudio comparativo entre médicos latinoamericanos. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2016 [consultado 28 de julio de 2023];84 (7): 403-412. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73100>
10. Rivera-Téllez G, Viveros-Gómez M, Ávila González PV, Miguel DR, Vélez MG. Efectos secundarios del implante subdérmico Implanon, como método anticonceptivo. Rev Sanid Milit Mex [Internet]. 2010 [consultado 22 de julio de 2023];64(6):266-271. Disponible en: <https://silo.tips/download/efectos-sekundarios-del-implante-subdermico-implanon-como-metodo-anticonceptivo>
11. Toro J, González F, Mendoza A, Pérez M, Pérez R, Rosales P, *et al.* Situaciones especiales en obstetricia y ginecología. En: Bajares M, Pizzi R editoras. Consenso: anticoncepción hormonal 2013 [Internet]. Caracas: Editorial ATEPROCA C.A.; 2013 [consultado 20 de julio de 2023]. p. 41-52. Disponible en: <https://hucginecologia.files.wordpress.com/2019/01/consensoanticoncepcionhormonal2013.pdf>
12. Teal SB, Romer SE, Goldthwaite LM, Peters MG, Kaplan DW, Sheeder J. Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women: success, ancillary measures, and complications. Am J Obstet Gynecol. 2015;213(4):515.e1-5. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.06.049.
13. Intrauterine Contraception. En: US Selected Practice Recommendation for Contraceptive Use, 2016 [Internet]. Atlanta: Centro para el control y prevención de enfermedades; 2016 [consultado 10 de agosto 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/index.html>
14. Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, Hubacher D. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 29;2015(7):CD007373. DOI: 10.1002/14651858.CD007373.pub3.
15. Meirik O, Farley TM, Sivin I. Safety and efficacy of levonorgestrel implant, intrauterine device, and sterilization. Obstet Gynecol. 2001;97(4):539-47. DOI: 10.1016/s0029-7844(00)01220-5.
16. Family Planning: A Global Handbook for Providers [Internet]. Ginebra y Baltimore: World

- Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH)/ Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS; 2022 [consultado 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705>
17. Cundy T, Cornish J, Evans MC, Roberts H, Reid IR. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ*. 1994;308(6923):247-8. DOI: 10.1136/bmj.308.6923.247.
 18. Isley MM, Kaunitz AM. Update on hormonal contraception and bone density. *Rev Endocr Metab Disord*. 2011;12(2):93-106. DOI: 10.1007/s11154-011-9180-6.
 19. Committee Opinion No 707: Access to Emergency Contraception. *Obstet Gynecol*. 2017 (reaffirmed 2019);130(1):e48-e52. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002162.
 20. Menopausia [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2022 [consultado 22 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
 21. Sosa L, Corrales F, Díaz Karen. Síndrome climatérico [Internet]. Ciudad de Panamá: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2022 [consultado 25 de septiembre 2023]. Disponible en: https://flasog.org/wp-content/uploads/2022/02/Sindrome-Climaterico_compressed.pdf
 22. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Resumen ejecutivo [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2015 [consultado 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>
 23. Asociación Colombiana de Menopausia. Anticoncepción hormonal en la perimenopausia. *Rev Col Menop* [Internet]. 2021 [consultado 28 de julio de 2023]; 27(3):73-77. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vm-273/anticoncepcion-perimenopausia/>
 24. Parra Ribes I. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción en la perimenopausia [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; s/f [consultado 20 de julio de 2023]. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_en_la_perimenopausia.pdf
 25. Bitzer J. Overview of perimenopausal contraception. *Climacteric*. 2019;22(1):44-50. DOI: 10.1080/13697137.2018.1540566.
 26. Linton A, Golobof A, Shulman LP. Contraception for the perimenopausal woman. *Climacteric*. 2016;19(6):526-534. DOI: 10.1080/13697137.2016.1225033.
 27. Bateson D, McNamee K. Perimenopausal contraception: A practice-based approach. *Aust Fam Physician* [Internet]. 2017 [consultado 20 de julio de 2023];46(6):372-377. Disponible en: <https://www.racgp.org.au/afp/2017/june/perimenopausal-contraception-a-practice-based-approach/>
 28. Cho MK. Use of Combined Oral Contraceptives in Perimenopausal Women. *Chonnam Med J*. 2018;54(3):153-158. DOI: 10.4068/cmj.2018.54.3.153.
 29. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*. 1996;347(9017):1713-27. DOI: 10.1016/s0140-6736(96)90806-5.
 30. Hardman SM, Gebbie AE. The contraception needs of the perimenopausal woman. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(6):903-15. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2014.05.006.
 31. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, *et al*. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;346(26):2025-32. DOI: 10.1056/NEJMoa013202.
 32. Marchbanks PA, Curtis KM, Mandel MG, Wilson HG, Jeng G, Folger SG, *et al*. Oral contraceptive formulation and risk of breast cancer. *Contraception*. 2012;85(4):342-50. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.08.007.
 33. Mendoza N, Soto E, Sánchez-Borrego R. Do women aged over 40 need different counseling on combined hormonal contraception? *Maturitas*. 2016;87:79-83. DOI: 10.1016/j.maturitas.2016.02.008.
 34. Blümel, J, Vallejo M. Anticoncepción en la premenopausia. *Ginecol Obstet Mex*. 2020;88(Supl 1): S109-S120. DOI: 10.24245/gom.v88iSupl1.3846
 35. Voedisch AJ, Ariel D. Perimenopausal contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2020;32(6):399-407. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000667.
 36. Lan S, Ling L, Jianhong Z, Xijing J, Lihui W. Analysis of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis. *J Int Med Res*. 2013;41(3):548-58. DOI: 10.1177/0300060513479865.

37. Wildemeersch D. Why perimenopausal women should consider to use a levonorgestrel intrauterine system. *Gynecol Endocrinol.* 2016;32(8):659-661. DOI: 10.3109/09513590.2016.1153056.
38. Mansour D, Bahamondes L, Critchley H, Darney P, Fraser IS. The management of unacceptable bleeding patterns in etonogestrel-releasing contraceptive implant users. *Contraception.* 2011;83(3):202-10. DOI: 10.1016/j.contraception.2010.08.001.
39. Phaliwong P, Taneepanichskul S. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding second to Implanon use. *J Med Assoc Thai [Internet].* 2004 [consultado 28 de julio de 2023];87 Suppl 3:S64-8. Disponible en: https://medassocthai.org/journal/files/Vol87_No3_64.pdf
40. Peña MT. Boletín práctico sobre métodos anticonceptivos reversibles de larga duración: implantes y anticoncepción intrauterina. *Amada [Internet].* 2018 [consultado 28 de julio de 2023];14(1):43-51. Disponible en: https://www.amada.org.ar/images/PDF_N1_2018.pdf
41. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, Edelman A, Otterness C, Trussell J, *et al.* Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(8):CD008815. DOI: 10.1002/14651858.CD008815.pub4.
42. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, *et al.* Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception.* 2011;84(4):363-7. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.02.009.
43. Salcedo J, Cleland K, Bartz D, Thompson I. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Emergency contraception. *Contraception.* 2023;121:109958. DOI: 10.1016/j.contraception.2023.109958.
44. Mazer-Amirshahi M, Ye P. Emergency contraception in the emergency department. *Am J Emerg Med.* 2023;63:102-105. DOI: 10.1016/j.ajem.2022.10.034.
45. Endler M, Li R, Gemzell Danielsson K. Effect of levonorgestrel emergency contraception on implantation and fertility: A review. *Contraception.* 2022;109:8-18. DOI: 10.1016/j.contraception.2022.01.006.
46. Ulipristal acetate for emergency contraception. *Aust Prescr.* 2016;39(6):228-229. DOI: 10.18773/austprescr.2016.082.
47. Anticoncepción de urgencia [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [consultado 23 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
48. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Tercera edición; 2018 [consultado 28 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789241565400>
49. Orrigo AB, Messina A. Guía AIPEO-Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico: guía orientada a integrantes de los equipos de salud para implementar la estrategia AIPEO en los centros de salud [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2021 [consultado el 28 de octubre de 2023]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/Guia_AIPEO_Anticoncepcion%20_inmediata_pos_evento_obstetrico.pdf.
50. McAllister A, Christensen T, Dixit E, Chesnokova A, Sonalkar S. Achieving Equity in Postpartum Contraception Access. *Clin Obstet Gynecol.* 2023;66(1):63-72. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000745.
51. Ohannessian A, Jamin C. Contraception après interruption volontaire de grossesse [Post-abortion contraception]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2016;45(10):1568-1576. French. DOI: 10.1016/j.jgyn.2016.09.017.
52. Sothornwit J, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Pattanittum P, Averbach SH. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant and IUD for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;10(10):CD011913. DOI: 10.1002/14651858.CD011913.pub3.