Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Cuarta edición, 2009

UN PILAR DE LA OMS PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Organización Mundial de la Salud

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

AOC Métodos de barrera DIU Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad Amenorrea de la lactancia Parche PAE Esterilización quirúrgica femenina Dispositivos intrauterinos AIC Coito interrumpido DIU de cobre para anticoncepción de emergencia APS Parche AIC Esterilización quirúrgica AOC Métodos de barrera DIU Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad Amenorrea de la lactancia Parche PAE Esterilización quirúrgica femenina Dispositivos intrauterinos AIC Coito interrumpido DIU de cobre para anticoncepción de emergencia APS Parche AIC Esterilización quirúrgica AOC Métodos de barrera DIU Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad Amenorrea de la lactancia Parche PAE Esterilización quirúrgica femenina Dispositivos intrauterinos AIC Coito interrumpido DIU de cobre para anticoncepción de emergencia APS Parche AIC Esterilización quirúrgica

Cuarta edición, 2009

UN PILAR DE LA OMS PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Organización Mundial de la Salud

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos -- 4ª ed..

1.Anticoncepción - métodos. 2.Servicios de planificación familiar - métodos. 3.Determinación de la elegibilidad - normas. 4.Garantía de la calidad de atención de salud. 5.Accesibilidad a los servicios de salud. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 356388 6 (Clasificación NLM: WP 630)

© Organización Mundial de la Salud, 2012

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in Luxembourg

ÍNDICE

Agradecimientos

Resumen ejecutivo y consideraciones generales 1

Resumen de los cambios a la tercera edición 14

Tablas

Anticonceptivos hormonales combinados (AHC) 17
(anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables, parche y anillo combinados)

Anticonceptivos de progestina sola (APS) 51

Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) 69

Dispositivo intrauterino (DIU) 71

DIU con cobre para anticoncepción de emergencia (DIU-E) 87

Métodos de barrera (BARR) 89

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF) 97

Método de amenorrea de lactancia (MELA) 101

Coito interrumpido (CI) 103

Procedimientos de esterilización quirúrgica (EST) 105
Esterilización quirúrgica femenina 106
Esterilización quirúrgica masculina 113

Tablas resumen (RES) 117

Apéndices

Apéndice 1. Anticonceptivos hormonales y terapias antirretrovirales 125

Apéndice 2. Lista de participantes 129

AGRADECIMIENTOS

Este documento es el resultado de la colaboración entre el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud y numerosas agencias y organizaciones internacionales activas en el campo de políticas y programas de planificación familiar. El Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica (a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional, los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades y el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano), la Federación Internacional de Planificación Familiar y el Fondo de las Naciones Unidas para la Población patrocinaron y brindaron apoyo de otra índole para este proyecto. Se agradece este apoyo.

Representantes de 9 agencias y organizaciones, junto con otras 34 personas, participaron como expertas/os en una reunión en la que se alcanzó un amplio consenso sobre estas recomendaciones para el uso de anticonceptivos. Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a todos ellos/as por contribuir con su tiempo y experiencia para lograr consenso en este proceso edificador.

La evidencia sobre la cual se basaron las decisiones en este documento se obtuvo en gran parte de las revisiones sistemáticas de la literatura realizadas y sintetizadas por las Dras. KL Culwell, KM Curtis, ME Gaffield, N Kapp y K Nanda, la Sra. M Paulen y el Dr I. Tilley. Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a estos profesionales, al igual que a los Dres. T MacKay y J Shelton por su firme apoyo a este esfuerzo.

Agradecemos a las siguientes personas que se desempeñaron como revisores expertas/os para el sistema de Identificación Continua de la Evidencia de la Investigación (o CIRE, por sus siglas en inglés), Doctoras/es H Akhtar, W Cates, T Chipato, P Corfman, M Cravioto, V Cullins, J Diaz, S Diaz, A Glasier, M Gulmezoglu, K Hagenfeldt, P Hannaford, R Hatcher, D Huber, C Huezo, V Jennings, R Lu, P Lynam, P Lumbiganon, P Marchbanks, O Meirik, S Mittal, C Morrison, K Nanda, E Otolorin, H Peterson, A Pollack, H Rees, R Rivera, D Skegg, C Smith, N Simelala, B Sood, M Vekemanns y E Weisberg.

La revisión técnica de la traducción al español estuvo a cargo de las Doctoras MC Cravioto y S Diaz a quienes manifestamos nuestro agradecido reconocimiento.

Para obtener más información sobre esta publicación, comuníquese con:
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27
Suiza

Fax: + 41 22 791 4171
Correo electrónico: reproductivehealth@who.int

Se pueden solicitar copias adicionales al:
Centro de Documentación
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27
Suiza

Fax: + 41 22 791 4171
Tel.: + 41 22 791 4447
Correo electrónico: rhrpublications@who.int

Esta publicación también puede descargarse del sitio web www.who.int/reproductivehealth. Cualquier actualización de la información contenida en este documento se publicará primero en este sitio.

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento representa un paso importante en el proceso para mejorar el acceso a una atención de calidad en la planificación familiar, al revisar los criterios médicos de elegibilidad para seleccionar los métodos anticonceptivos. Es una actualización de la tercera edición, publicada en 2004, de *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Resume las principales recomendaciones emitidas en la reunión de un Grupo de Trabajo celebrada en la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra del 1 al 4 de abril de 2008. (Consulte el Apéndice 2 para ver la lista de participantes). El Grupo de Trabajo reunió a 43 participantes de 23 países, incluidos representantes de nueve agencias y organizaciones. El documento proporciona recomendaciones sobre criterios médicos de elegibilidad apropiados basados en la información clínica y epidemiológica más reciente, y está destinado a responsables de la formulación de políticas, directores de programas de planificación familiar y la comunidad científica. Su objetivo es ofrecer orientación para los programas nacionales de planificación familiar/salud reproductiva en la preparación de guías para la prestación de servicios de anticonceptivos. El contenido de este documento no debe ser considerado o utilizado como la guía propiamente dicha, sino como una referencia.

El documento cubre los siguientes métodos de planificación familiar: anticonceptivos orales combinados de dosis bajas (AOC), parche combinado (PAC), anillo vaginal combinado (AVC), anticonceptivos inyectables combinados (AIC), anticonceptivos orales de progestina sola (AOPS), acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), enantato de noretisterona (EN-NET), implantes de levonorgestrel (LNG) y etonogestrel (ETG), píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), dispositivos intrauterinos con cobre (DIU-Cu), DIU liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG), DIU con cobre para anticoncepción de emergencia (DIU-E), métodos de barrera (BARR), métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF), método de amenorrea de lactancia (MELA), coito interrumpido (CI), y esterilización masculina y femenina (EST).

La OMS actualizará y ampliará las recomendaciones en este documento a intervalos apropiados a través de las reuniones del Grupo de Trabajo realizadas cada tres a cuatro años y a través de contribuciones del Grupo Directivo de las Guías para la planificación familiar, según sea necesario. Estas recomendaciones estarán disponibles en el sitio Web de la OMS (www.who.int/reproductivehealth). Además, el sitio Web brindará información adicional que la OMS considere relevante en cuanto a estas recomendaciones, en espera de la próxima reunión formal de consenso del Grupo de Trabajo. Quizás esas actualizaciones sean especialmente necesarias para asuntos en los que la base de la evidencia puede cambiar con rapidez. La OMS incentiva la investigación de asuntos clave no resueltos con la finalidad de establecer criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Asimismo, la OMS agradece comentarios y sugerencias para mejorar esta guía.

CONSIDERACIONES GENERALES

En 1999, la OMS revisó su guía de planificación familiar y estableció la justificación de la elaboración de nuevas guías basadas en la evidencia. Conforme a ello, la OMS inició una nueva serie de guías para la planificación familiar basada en la evidencia comenzando con la segunda edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, publicada en 2000. Los primeros dos pilares de esta serie basados en la evidencia (Figura 1) son este documento, los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, que brinda una guía en cuanto a "quién" puede usar métodos anticonceptivos en forma segura y las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, que proporciona una guía con respecto a "cómo" usar los métodos anticonceptivos en forma segura y eficaz. Estos dos documentos proporcionan una guía basada en la evidencia para elegir *(Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos)* y utilizar *(Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos)* los métodos anticonceptivos. El tercer pilar es la *Herramienta para la toma de decisiones destinada a usuarias/os y las y los proveedoras/es y el cuarto pilar es el Manual para proveedoras/es de servicios de planificación familiar*; ambos pilares constituyen herramientas prácticas para mejorar la calidad de la orientación en materia de planificación familiar y la prestación de servicios. Estas dos herramientas incorporan los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* y las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Las cuatro guías se interpretan y se usan más adecuadamente en un contexto más amplio del cuidado de la salud sexual y reproductiva.

OBJETIVO

El objetivo de este documento es brindar a los responsables de la formulación de políticas, y de la toma de decisiones y a la comunidad científica un conjunto de recomendaciones que pueda utilizarse para la elaboración o revisión de las guías nacionales sobre los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.

El documento no proporciona normas estrictas sino que brinda recomendaciones que sirven de base para la racionalización del suministro de diversos anticonceptivos, teniendo en cuenta la información más actualizada disponible sobre la seguridad de los métodos para las personas con ciertas condiciones médicas.

Dado que las situaciones de los países y los lugares donde se implementan los programas varían enormemente, resulta poco apropiado definir un conjunto de normas estrictas sobre los criterios para el uso de anticonceptivos. No obstante, se espera que los programas nacionales los utilicen para actualizar o elaborar sus propias guías de elegibilidad anticon-

Figura 1. Los cuatro pilares de la planificación familiar

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos

Estas son guías basadas en la evidencia y el consenso. Proporcionan recomendaciones esbozadas por grupos de expertas/os en base a una evaluación de la evidencia relevante. Se revisan y actualizan oportunamente.

Herramienta para la toma de decisiones destinada a usuarias/os y las y los proveedoras/es de servicio de planificación familiar

Planificación familiar: un manual global para los proveedores

Estas son herramientas que incorporan los *Criterios médicos de elegibilidad*, las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas* y otras recomendaciones de consenso sobre cómo satisfacer las necesidades de los usuarios de planificación familiar. Se actualizarán conforme se actualicen las guías o según la aparición de nueva evidencia que lo justifique.

Proceso para asegurar que las guías se mantengan actualizadas:

1. Identificar evidencia nueva y relevante tan pronto como esté disponible mediante una continua búsqueda bibliográfica exhaustiva.
2. Evaluar de forma crítica la nueva evidencia.
3. Evaluar la nueva evidencia en virtud de la evidencia previa.
4. Determinar si la evidencia recientemente sintetizada es suficiente para justificar la actualización de las recomendaciones existentes.
5. Proporcionar actualizaciones electrónicas en el sitio web de la OMS sobre salud reproductiva (www.who.int/reproductivehealth) según corresponda y establecer la necesidad de organizar un grupo de expertos para volver a evaluar las guías formalmente.

ceptiva en virtud de las políticas de salud nacionales, las necesidades, las prioridades y los recursos. La finalidad de este documento es ayudar a mejorar tanto el acceso a los servicios de planificación familiar como la calidad. Estas mejoras deben realizarse dentro de un contexto de elecciones informadas por parte de las y los usuarias/os y seguridad médica. La adaptación no siempre es una tarea fácil y quienes mejor la realizan son aquellos familiarizados con los problemas de salud, las conductas y las culturas preponderantes.

ANTECEDENTES

Durante los últimos 35 años hemos sido testigos de un notable progreso en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas, incluidas las transiciones de los anticonceptivos orales combinados de altas dosis a los de bajas dosis y de los DIU inertes a los con cobre y a los liberadores de levonorgestrel. Además, se han introducido los anticonceptivos inyectables combinados, el parche y el anillo vaginal hormonales combinados, los implantes y los anticonceptivos inyectables de progestina sola. Sin embargo, las políticas y las prácticas vigentes en materia del cuidado de la salud en algunos países están basadas en estudios científicos de anticonceptivos que ya no se utilizan ampliamente, en preocupaciones teóricas inveteradas que nunca han sido fundamentadas, o en la preferencia personal o tendencia de las y los proveedoras/es de servicio. Estas políticas o prácticas anticuadas muchas veces originan limitaciones tanto en la calidad como en el acceso a los servicios de planificación familiar de las y los usuarias/os. Este documento pretende actualizar los criterios médicos de elegibilidad utilizados en la provisión de todos los anticonceptivos hormonales, DIU, métodos de barrera, método basados en el conocimiento de la fertilidad, coito interrumpido, método de amenorrea de lactancia, esterilización masculina y femenina, y anticonceptivos de emergencia.

CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

> Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos de consenso relacionados. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el espaciamiento y tiempo de los embarazos, la información y los medios para hacerlo, y el derecho para alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva. (párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995)

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, no solo es una intervención clave para mejorar la salud de los hombres, las mujeres, las niñas y los niños, sino que es además un derecho humano. Todos los individuos tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar. Esto incluye a las personas con discapacidades, conforme a lo exigido específicamente en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (artículos 23.1 y 25.a).[1] El enfoque basado en los derechos de disponer de anticonceptivos supone una consideración holística de las y los usuarias/os, lo que incluye tomar en consideración las necesidades de cuidado de su salud sexual y reproductiva, y analizar todos los criterios de elegibilidad para ayudar a las personas a elegir y usar un método de planificación familiar.

Si bien este documento trata principalmente los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, se deben tener en cuenta las consideraciones de los criterios sociales, de conducta y otros criterios no médicos, específicamente la preferencia de la o el usuaria/o. Proporcionar las opciones anticonceptivas a las personas en una forma que respete y cumpla con los derechos humanos exige permitirles realizar elecciones informadas para sí mismos. Sin embargo, las elecciones de las mujeres generalmente están impuestas o limitadas por factores sociales, económicos y culturales, sean directos o indirectos. Desde el punto de vista de las mujeres, las elecciones se realizan dentro de un marco temporal, social y cultural; las elecciones son complejas, multifactoriales y están sujetas a cambios. La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos generalmente requiere un intercambio entre los diferentes métodos, con las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos específicos, que están sujetas a las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales.

La prestación de la atención respetando los derechos humanos y reproductivos de las personas es fundamental para brindar un servicio de calidad. La elaboración de normas internacionales que rijan los criterios médicos de elegibilidad y las prácticas recomendadas para el uso de anticonceptivos es solo un aspecto para mejorar la calidad de la atención de

1 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas Enable, Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, 2007 (http://www.un.org/disabilities/, consultado el 13 de enero de 2009).

la salud reproductiva. Muchos programas de planificación familiar han incluido exámenes, terapias y procedimientos de seguimiento que reflejan altos estándares de salud pública y práctica clínica, pero no deben considerarse requisitos de elegibilidad para métodos anticonceptivos específicos. Estos procedimientos incluyen la detección y el tratamiento del cáncer cervical, anemia e infecciones de transmisión sexual (ITS) y la promoción de la lactancia materna y del abandono del tabaquismo. Tales procedimientos deben alentarse enfáticamente si los recursos humanos y materiales están disponibles para llevarlos a cabo, pero no deben considerarse requisitos previos para la aceptación y el uso de los métodos de planificación familiar cuando no son necesarios para establecer la elegibilidad para el uso o la continuación de un método en particular.

TEMAS SOBRE CALIDAD Y ACCESO A LOS SERVICIOS QUE AFECTAN EL USO DE UN MÉTODO

Si bien este documento trata principalmente los criterios médicos de elegibilidad, existen muchas otras consideraciones en cuanto a la provisión apropiada de métodos anticonceptivos que incluyen los criterios de entrega de servicios que se detallan más abajo. Estos criterios tienen relevancia universal para la iniciación y el seguimiento de todos los usos de métodos anticonceptivos.

a) Se debe dar información adecuada a las personas para que realicen una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo. La información entregada a las y los usuarias/os, destinada a ayudarles en la elección, debe incluir por lo menos: comprensión de la eficacia anticonceptiva del método; uso correcto del método; cómo funciona; efectos secundarios comunes; riesgos y beneficios para la salud inherentes al método; signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud; información sobre el retorno a la fertilidad después de la interrupción del método, e información sobre la protección contra las ITS. La información debe presentarse en el idioma y los formatos que sean de fácil comprensión y acceso para las y los usuarias/os.

b) Para aquellos métodos que requieren procedimientos quirúrgicos, inserción, adaptación y/o retiro realizado por proveedoras/es de salud capacitadas/os (esterilización, implantes, DIU, diafragmas, capuchones cervicales), se debe disponer de personal correctamente entrenado e instalaciones equipadas para tales fines, y se deben seguir los procedimientos adecuados para prevenir infecciones.

c) Se debe mantener y contar con el equipamiento y los insumos adecuados y apropiados (p. ej., productos anticonceptivos, equipamiento e insumos para procedimientos de prevención de infecciones).

d) Se deben entregar a las y los proveedoras/es de servicios guías (o tarjetas de usuaria/o u otras herramientas de evaluación) para permitir la adecuada evaluación de las y los usuarias/os a fin de detectar cuadros clínicos en los que el uso de métodos anticonceptivos implicaría riesgos inadmisibles para la salud.

e) Se debe capacitar a las y los proveedoras/es de servicios en brindar orientación sobre planificación familiar para ayudar a las y los usuarias/os a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su fertilidad. La orientación es un elemento clave en la calidad de la atención, y también es una parte importante tanto de la iniciación como de las visitas de seguimiento y debe responder a las necesidades de las y los usuarias/os no solo en la anticoncepción sino también en relación con la sexualidad y la prevención de ITS, incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

EFICACIA DE LOS MÉTODOS

La elección anticonceptiva depende en parte de la eficacia del método anticonceptivo en la prevención de un embarazo no planificado, que –a su vez– depende para algunos métodos no solo de la protección ofrecida por el mismo método, sino también de cuán correcta y consistentemente se lo usa. La Tabla 1 compara el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no planificado durante el primer año del uso del método anticonceptivo cuando el método se utiliza a la perfección (correcta y consistentemente) y cuando se lo usa típicamente. El uso correcto y consistente puede variar enormemente en función de algunos factores, tales como edad, ingresos, deseo de la o el usuaria/o de prevenir o demorar el embarazo, y cultura. Los métodos que dependen del uso correcto y consistente por parte de las personas tienen un amplio rango de eficacia. La mayoría de los hombres y las mujeres tienden a ser usuarios más efectivos a medida que adquieren mayor experiencia con un método. Sin embargo, los aspectos programáticos también tienen un efecto importante en el uso eficaz del método.

Tabla 1. Porcentaje de mujeres con embarazo no planificado durante el primer año de uso típico y el primer año de uso perfecto de anticoncepción, y porcentaje que continúa el uso del método al final del primer año: Estados Unidos de Norteamérica

	% de mujeres con embarazo no planificado dentro del primer año de uso		% de mujeres que continúan con el método después de un año[3]
Método	**Uso típico[1]**	**Uso perfecto[2]**	
(1)	**(2)**	**(3)**	**(4)**
Ningún método[4]	85	85	
Espermicidas[5]	29	18	42
Coito interrumpido	27	4	43
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	25		51
Método de los días fijos[6]		5	
Método de los dos días[6]		4	
Método de la ovulación[6]		3	
Esponja anticonceptiva			
Mujeres que han tenido 1 o más partos	32	20	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma[7]	16	6	57
Condón[8]			
Femenino (Reality)	21	5	49
Masculino	15	2	53
Anticonceptivos orales combinados y de progestina sola	8	0.3	68
Parche (Evra)	8	0.3	68
Anillo (NuvaRing)	8	0.3	68
AMPD (Depo-Provera)	3	0.3	56
Anticonceptivo inyectable combinado (Lunelle)[9]	3	0.05	56
DIU			
T con cobre (ParaGard)	0.8	0.6	78
DIU-LNG (Mirena)	0.2	0.2	80
Implante de ETG (Implanon)	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100

Píldoras anticonceptivas de emergencia: la terapia iniciada dentro de las 72 horas después del coito sin protección reduce el riesgo de embarazo por lo menos en un 75%.[10]

Método de amenorrea de la lactancia: El MELA es un método anticonceptivo temporal, de gran eficacia.[11]

Fuente: Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. *Contraceptive technology: nineteenth revised edition.* New York NY: Ardent Media, 2007.

Notas:

1. Entre las parejas típicas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez), el porcentaje con un embarazo accidental durante el primer año si ellas no interrumpen el uso por ninguna otra razón. Los cálculos de la probabilidad de embarazo durante el primer año de uso típico para espermicidas, retiro, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, diafragma, condón masculino, píldoras y AMDP (Depo-Provera) se tomaron de la National Survey of Family Growth (Encuesta Nacional sobre Crecimiento Familiar) de 1995, corregida en cuanto a la información sobre aborto que no siempre es completa; consulte el texto para obtener información acerca de la deducción de los cálculos para los otros métodos.
2. Entre las parejas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez) y que lo usan perfectamente (tanto correcta como consistentemente), el porcentaje con embarazo accidental durante el primer año si ellas no interrumpen el uso por ninguna otra razón. Consulte el texto para obtener información acerca de la deducción de los cálculos para cada método.

3. Entre las parejas que tratan de evitar el embarazo, el porcentaje que continúa con el uso de un método durante un año.
4 Los porcentajes de embarazo en las columnas (2) y (3) están basados en datos de poblaciones donde la anticoncepción no se usa y de mujeres que dejan de usar la anticoncepción para quedar embarazadas. En esas poblaciones donde los anticonceptivos no se usan, casi el 89% de las mujeres quedan embarazadas en el plazo de un año. Este cálculo se redujo levemente (al 85%) para representar el porcentaje de mujeres que quedarían embarazadas en el plazo de un año entre mujeres que actualmente confían en métodos reversibles de anticoncepción si abandonan la anticoncepción totalmente.
5. Espumas, cremas, geles, supositorios vaginales y película vaginal.
6. El método de la ovulación y el de los dos días se basan en la evaluación del moco cervical. El método de los días fijos evita el coito en los días 8 a 19 del ciclo.
7. Con crema o gel espermicida.
8. Sin espermicidas.
9. Fuente: Trussell J. Contraceptive efficacy. En Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. *Contraceptive technology: eighteenth revised edition*. New York, NY: Ardent Media, 2004.
10. El esquema de tratamiento consiste en una dosis dentro de las 120 horas posteriores al coito sin protección y una segunda dosis 12 horas después de la primera dosis. Ambas dosis de Plan B pueden administrarse al mismo tiempo. Plan B (1 dosis es 1 píldora blanca) es el único producto dedicado que se comercializa específicamente para la anticoncepción de emergencia. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos ha declarado, además, que las 22 marcas siguientes de anticonceptivos orales son seguras y eficaces para la anticoncepción de emergencia en Estados Unidos: Ogestrel u Ovral (1 dosis es 2 píldoras de color blanco), Levlen o Nordette (1 dosis es 4 píldoras de color naranja claro), Cryselle, Levora, Low-Ogestrel, Lo/Ovral o Quasence (1 dosis es 4 píldoras de color blanco), Tri-Levlen o Triphasil (1 dosis es 4 píldoras de color amarillo), Jolessa, Portia, Seasonale o Trivora (1 dosis es 4 píldoras de color rosa), Seasonique (1 dosis es 4 píldoras de color azul verdoso claro), Empresse (1 dosis es 4 píldoras de color naranja), Alesse, Lessina o Levlite, (1 dosis es 5 píldoras de color rosa), Aviane (1 dosis es 5 píldoras de color naranja) y Lutera (1 dosis es 5 píldoras de color blanco).
11. Sin embargo, para mantener una protección eficaz contra el embarazo, se debe usar otro método de anticoncepción tan pronto se reanude la menstruación, se reduzca la frecuencia o la duración de la lactancia natural, se introduzca la alimentación por biberón o el/la bebé alcance los seis meses de edad.

CONDICIONES QUE EXPONEN A UNA MUJER A RIESGOS MAYORES COMO CONSECUENCIA DE UN EMBARAZO NO PLANIFICADO

Las mujeres con condiciones médicas que pueden hacer del embarazo no planificado un riesgo de salud inadmisible deben ser informadas que, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico, el uso exclusivo de los métodos de barrera para la anticoncepción y los métodos de anticoncepción naturales, pueden no ser la elección más adecuada para ellas. Estas condiciones se enumeran en la Tabla 2.

RETORNO A LA FERTILIDAD

El uso de métodos anticonceptivos, a excepción de la esterilización masculina y femenina, no ocasiona un cambio irreversible en la fertilidad. El retorno a la fertilidad es inmediato con todos los métodos, excepto con AMPD y EN-NET; el tiempo promedio que demora el retorno a la fertilidad con estos métodos es de 10 y 6 meses, respectivamente, desde la fecha de la última inyección, independientemente de la duración de su uso. La esterilización masculina y femenina deben considerarse métodos permanentes, y todas las personas y parejas que contemplen estos métodos deben ser informadas conforme a ello. Ningún otro método ocasiona infertilidad permanente.

LAS ITS Y LOS ANTICONCEPTIVOS: DOBLE PROTECCIÓN

En tanto que la elaboración de normas internacionales para la provisión de anticonceptivos es fundamental para la calidad de la atención en los servicios, también deben considerarse el contexto social, cultural y las conductas de cada persona. En este aspecto, los problemas de la exposición a las ITS, incluido el VIH, merecen una consideración especial debido a la idéntica importancia de la prevención del embarazo y la prevención de la transmisión de la infección. Cuando existe riesgo de transmisión de ITS/VIH, es importante que las y los proveedoras/es de servicios de salud recomienden enfáticamente la doble protección a todas las personas en riesgo significativo, ya sea a través del uso simultáneo de condones con otros métodos o a través del uso correcto y consistente de los condones solos para la prevención del embarazo y la prevención de la enfermedad. Se debe recordar siempre a hombres y mujeres en busca de orientación en materia de anticonceptivos la importancia del uso del condón para prevenir la transmisión de ITS/VIH, y se debe alentar y facilitar dicho uso donde sea adecuado. Está comprobado que los condones masculinos de látex son altamente eficaces contra ITS/VIH cuando se usan de manera correcta y consistente.

Tabla 2. Condiciones médicas que exponen a una mujer a riesgos mayores ocasionados por un embarazo no planificado

Cáncer de mama
Valvulopatía cardíaca complicada
Diabetes: insulino-dependiente, con nefropatía, retinopatía, neuropatía u otra enfermedad vascular; o de más de 20 años de duración
Cáncer de endometrio u ovario
Epilepsia
Presión arterial alta (sistólica > 160 mmHg o diastólica > 100 mmHg)[1]
VIH/SIDA[2]
Cardiopatía isquémica
Enfermedad trofoblástica gestacional maligna
Tumores malignos del hígado (hepatoma) y carcinoma hepatocelular (CAH)
Esquistosomiasis con fibrosis del hígado
Cirrosis grave (descompensada)
Anemia drepanocítica
ITS[2]
Accidente cerebrovascular
Lupus eritematoso sistémico (LES)
Mutaciones trombogénicas
Tuberculosis

Notas:
1. En todo este documento, las medidas de la presión arterial están en mm/Hg. Para convertir a kPa, multiplique por 0.1333. Por ejemplo: 120/80 mm Hg = 16.0/10.7 kPa.
2. Se recomienda enfáticamente la protección doble contra el VIH/SIDA y otras ITS cuando existe riesgo de transmisión de ITS/VIH. Esto puede lograrse a través del uso simultáneo de condones con otros métodos, o el uso correcto y consistente de los condones solos.

MÉTODO DE TRABAJO

Este documento se sustenta en un proceso iniciado en 1994 que culminó con la publicación en 1996 del documento, *Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos (ahora llamado Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos)*. En el proceso inicial, que se creó para llegar a un acuerdo sobre los criterios médicos de elegibilidad adecuados para los métodos anticonceptivos utilizados ampliamente, diversas agencias y organizaciones colaboraron en una revisión profunda de la evidencia epidemiológica y clínica relevante para los criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos bien establecidos. El proceso incluyó la comparación de los criterios de elegibilidad utilizados por diferentes agencias para diversos anticonceptivos, la preparación de resúmenes de la literatura médica y epidemiológica publicada relevante para los criterios médicos de elegibilidad, y la preparación de una clasificación en borrador para revisión por un grupo más grande de expertas/os y agencias. La OMS organizó dos reuniones del Grupo de Trabajo, en marzo de 1994 y mayo de 1995, para revisar las clasificaciones de base y formular recomendaciones; en 1996 se publicó el documento.

La primera revisión del documento de 1996 se basó en las recomendaciones de la reunión de un Grupo de Trabajo celebrada en la OMS del 8 al 10 de marzo de 2000, que contó con 32 participantes de 17 países, incluyendo representantes de muchas agencias y organizaciones. El Grupo de Trabajo revisó la nueva evidencia a partir de las últimas reuniones del Grupo de Trabajo en 1994 y 1995. Esta nueva evidencia se obtuvo principalmente de una revisión sistemática de la literatura más reciente, que se llevó a cabo para identificar y resumir la evidencia nueva en materia de criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos.

La segunda revisión del documento se basó en las recomendaciones de la reunión de un Grupo de Trabajo celebrada en la OMS del 21 al 24 de octubre de 2003, que contó con 36 participantes de 18 países, incluidos los representantes de distintas agencias y organizaciones. El Grupo de Trabajo estuvo formado por expertas/os internacionales en planificación familiar, entre quienes se contaban médicas/os, epidemiólogas/os, responsables de formulación de políticas y directoras/es en programas. Además, el Grupo de Trabajo incluyó a expertas/os en identificación y síntesis de evidencia y a usuarias/os de las guías. Para esta edición se estableció un Grupo Directivo de las Guías para la Planificación Familiar.

La cuarta edición del documento se basa en las recomendaciones del Grupo de Trabajo en la reunión celebrada en la OMS del 1 al 4 de abril de 2008, que contó con 43 participantes de 23 países, incluidos los representantes de nueve agencias y organizaciones. El Grupo de Trabajo incluyó a expertos/as internacionales en planificación familiar, entre los que se contaban médicas/os, epidemiólogas/os, responsables de formulación de políticas, directoras/es en programas, expertos en la identificación y síntesis de evidencia; expertos en farmacología y usuarias/os de las guías. Se pidió a todos los miembros del Grupo de Trabajo que declararan conflictos de intereses, si los había. Tres de los expertos declararon tener conflictos de intereses relevantes para el tema de la reunión.[1] No se les solicitó que se retiraran de la formulación de recomendaciones.

Al concluir la reunión, el Grupo de Trabajo no pudo alcanzar un consenso respecto de la seguridad del uso de anticonceptivos de progestina sola en mujeres que amamantan antes de las seis semanas después del parto, y determinó que era necesaria más experiencia antes de cambiar las recomendaciones para esta condición. Por lo tanto, a pedido del Grupo de Trabajo, la OMS convocó a una consulta técnica el 22 de octubre de 2008 para evaluar exhaustivamente la evidencia en torno al uso de anticonceptivos hormonales durante la lactancia y sus efectos en el neonato. El Grupo de Trabajo delegó al Grupo Directivo de las Guías la responsabilidad de evaluar la evidencia científica y de elaborar nuevas recomendaciones, si se justifican. La consulta reunió a miembros del Grupo Directivo de las Guías y a cuatro investigadores con experiencia sobre los efectos que tienen los compuestos esteroideos en los sistemas y aparatos del neonato, y en la farmacología y el metabolismo de las hormonas presentes en la leche materna. Se pidió a todos los participantes de la consulta que declararan conflictos de intereses si los había; una participante declaró tener un conflicto de intereses relevante para el tema en cuestión.[2] No se le solicitó que se retirara de la formulación de recomendaciones.

En contadas ocasiones, surgirá nueva evidencia entre una reunión y otra del Grupo de Trabajo que amerite la evaluación y, potencialmente, la modificación de las recomendaciones incluidas en el documento Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. En estos casos, se le encomienda al Grupo Directivo de las Guías que evalúe la evidencia y que confirme la recomendación ya existente o, si es necesario, que emita una recomendación provisoria. Al concluir la reunión del Grupo de Trabajo, la OMS tomó conocimiento de la nueva evidencia sobre el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) en mujeres después del parto. A pedido del Grupo Directivo de las Guías, la OMS convocó a una consulta técnica el 26 de enero de 2010 a través de una teleconferencia para evaluar exhaustivamente toda la evidencia científica publicada sobre este tema. En la teleconferencia participaron los miembros del Grupo Directivo de las Guías y tres expertos en TEV durante el período posparto. Se pidió a todos los participantes de la consulta que declararan conflictos de intereses, si los había; dos participantes declararon tener conflictos de intereses relevantes para el tema en cuestión.[3] No se les solicitó que se retiraran de la formulación de recomendaciones.

1 *Dra. Glasier:* Trabaja en una clínica que recibe apoyo financiero para proyectos de investigación de cuatro empresas que fabrican diversos productos anticonceptivos. *Dr. Shelton:* Es accionista de una empresa farmacéutica que fabrica fármacos antirretrovirales. *Dra. Weisberg:* Recibe financiamiento para realizar investigaciones sobre anticonceptivos de cuatro fabricantes de anticonceptivos; es miembro de la junta asesora de un fabricante de la vacuna antipapiloma virus humano y de la junta asesora para la educación sobre anticonceptivos financiada por un fabricante de anticonceptivos.

2 *Dra. Glasier:* Trabaja en una clínica que recibe apoyo financiero para proyectos de investigación de cuatro empresas que fabrican diversos productos anticonceptivos.

3 *Dra. Glasier:* Trabaja en una clínica que recibe apoyo financiero para proyectos de investigación de cuatro empresas que fabrican diversos productos anticonceptivos. *Dr. Hannaford:* Trabaja en un centro académico que recibió apoyo financiero de dos empresas que fabrican diversos productos anticonceptivos.

IDENTIFICACIÓN Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Mediante un sistema para identificar la evidencia nueva en forma continua (el sistema de Identificación Continua de la Evidencia de la Investigación o CIRE),[1] la OMS identificó recomendaciones para las que se contaba con evidencia desde la tercera edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Se realizaron revisiones sistemáticas para evaluar la totalidad de la evidencia para aquellas recomendaciones y para la nueva condición médica que se había agregado: el lupus eritematoso sistémico. La finalidad de estas revisiones sistemáticas fue identificar la evidencia directa para la conveniencia del uso del método anticonceptivo en mujeres con condiciones especiales. Se obtuvo información sobre evidencia indirecta o consideraciones teóricas para estas recomendaciones cuando en la búsqueda no se encontró evidencia directa. La búsqueda exhaustiva en PubMed y en *La Biblioteca Cochrane* desde el inicio de la base de datos hasta enero de 2008 y el uso del sistema CIRE facilitaron la identificación de los estudios para realizar las revisiones sistemáticas. En la búsqueda también se incluyeron revisiones de las listas de referencias de los artículos identificados en la búsqueda bibliográfica y a través del contacto con expertos en el tema. La solidez y calidad de la evidencia fueron calificadas usando el sistema del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés).[2]

Antes de la reunión, se proporcionaron las revisiones sistemáticas al Grupo de Trabajo, las que sirvieron de base para las deliberaciones del Grupo durante la reunión. La clasificación de la evidencia fue proporcionada al Grupo de Trabajo a medida que se consideró cada recomendación relevante. Los aspectos de costos fueron considerados fundamentalmente en términos de la disponibilidad y el acceso a los servicios de anticoncepción, así como de las posibles limitaciones de recursos. El Grupo de Trabajo también consideró las implicaciones programáticas de las recomendaciones. Las recomendaciones reflejan fundamentalmente cuestiones de seguridad, y estas cuestiones se consideraron en vista de su aplicabilidad en una variedad de entornos. El grupo estableció las recomendaciones mediante el consenso.

Para la mayoría de las recomendaciones (combinaciones de método y condiciones), existe una cantidad limitada de estudios que tratan el uso de un método específico en mujeres con una condición específica. De este modo, la mayoría de las decisiones relacionadas con los criterios de elegibilidad que usan la evidencia se basaron necesariamente en extrapolaciones de estudios que incluyeron fundamentalmente mujeres sanas, así como en consideraciones teóricas y opiniones de expertas/os. La evidencia fue particularmente limitada para los productos más nuevos y para aquellos de uso limitado. La totalidad de la evidencia que consideró el Grupo de Trabajo incluyó:

- evidencia basada en estudios directos u observaciones del método anticonceptivo utilizado por mujeres (u hombres) con la condición;
- evidencia derivada de los efectos del método anticonceptivo utilizado por mujeres (u hombres) sin la condición;
- evidencia indirecta o inquietudes teóricas basadas en estudios en modelos animales adecuados, estudios de laboratorio en personas o situaciones clínicas análogas.

En los casos en los que el Grupo de Trabajo contó con una revisión sistemática de la evidencia para considerar a los fines de emitir una recomendación, esa evidencia se cita en este documento junto a la recomendación. Las recomendaciones para las que no se cita evidencia se basaron en opiniones de expertos y/o evidencia obtenida de fuentes que no son revisiones sistemáticas. Como se advierte a continuación, más de 1000 de las recomendaciones en esta edición no se modificaron en comparación con las realizadas en la primera edición. La evidencia para la primera edición se proporcionó a los Grupos de Trabajo de 1994 y 1995 en una serie de documentos preliminares preparados para el proyecto.

La tercera edición incluyó 1705 recomendaciones. Estas recomendaciones se utilizan ampliamente en todo el mundo y, por lo tanto, la OMS determinó que cualquier cambio debe basarse en evidencia nueva a menos que hubiera una razón convincente para lo contrario. El Grupo Directivo de las Guías para la Planificación Familiar que se reunió el 31 de marzo de 2008, propuso que el Grupo de Trabajo considerara solo aquellas recomendaciones de la tercera edición para las que había evidencia nueva o para las que hubiera una justificación convincente. El Grupo de Trabajo aceptó esta propuesta el 1 de abril de 2008.

---

1 Mohllajee AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML, Peterson HB. Keeping up with evidence: a new system for WHO's evidence-based family planning guidance. *American Journal of Preventive Medicine* 2005;28:483-490.

2 Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM et al. Current methods of the US Preventive Service Task Force: a review of the process. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;20:21-35.

Se le encomendó al Grupo de Trabajo que estableciera los criterios de elegibilidad para cada condición y método anticonceptivo a través de la selección de una categoría (de 1 a 4, como se describe a continuación). Cuando el Grupo de Trabajo determinó que, además de la categoría, se requería mayor orientación, este Grupo de Trabajo la proporcionó a modo de "Aclaraciones". La evidencia nueva analizada por el Grupo de Trabajo se resume adelante y se presenta en la sección "Evidencia", en la columna denominada "Aclaraciones/Evidencia". Además de las aclaraciones a las recomendaciones y los resúmenes de la evidencia, al final de cada sección de los métodos anticonceptivos, la Secretaría de la OMS proporciona comentarios para métodos o condiciones particulares.

El Grupo de Trabajo desarrolló 86 recomendaciones nuevas y revisó las 165 recomendaciones existentes para la 4ª edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Como resultado de las deliberaciones del grupo, la 4ª edición de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* incluirá la condición médica, lupus eritematoso sistémico (LES) y se agregarán 12 subcondiciones nuevas a las condiciones médicas que ya existían en la 3ª edición. Las 12 subcondiciones son: obesidad en menores de 18 años; trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar (TVP/EP) y terapia anticoagulante; hepatitis viral activa; hiperplasia nodular focal del hígado; tres clases de terapias antirretrovirales (inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa [INTI], inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa [INNTI], inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir [IP]); lamotrigina (anticonvulsivo) y cuatro clases de antimicrobianos (antibióticos de amplio espectro, antifúngicos, antiparasitarios y rifabutina con rifampicina).

La lista final de 1870 recomendaciones fue aprobada por todos los miembros del Grupo Directivo de las Guías para la Planificación Familiar y el Grupo de Trabajo al concluir la reunión del 4 de abril de 2008.

Sin embargo, al concluir la reunión, el Grupo de Trabajo de expertos no pudo alcanzar un consenso respecto de la seguridad del uso de anticonceptivos de progestina sola en mujeres que amamantan antes de las seis semanas posparto y destacó la necesidad de recabar más conocimientos antes de revisar las recomendaciones para esta condición. Por lo tanto, la OMS convocó a una consulta técnica el 22 de octubre de 2008 para evaluar exhaustivamente toda la evidencia científica sobre este tema. La consulta reunió a los miembros del Grupo Directivo de las Guías y a cuatro investigadores expertos en las siguientes disciplinas: neonatología, neurología, neurociencias y pediatría. En nombre del Grupo de Trabajo, al finalizar la consulta del 22 de octubre de 2008 el Grupo Directivo de las Guías determinó que no se deben modificar las recomendaciones actuales para el uso de progestina en mujeres que amamantan durante las primeras seis semanas después del parto. Todos los miembros del Grupo de Trabajo revisarán estas recomendaciones durante su próxima reunión.

Mediante los esfuerzos por monitorear la publicación de la nueva evidencia de las investigaciones, con el objeto de asegurar que las recomendaciones de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* estén actualizada, la OMS identificó nueva evidencia sobre el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) en mujeres después del parto, lo que estableció la necesidad de volver a evaluar las recomendaciones para mujeres que amamantan durante las primeras seis semanas después del parto. Se preparó una revisión sistemática sobre el tema y se la envió al Grupo Directivo de las Guías para su evaluación. Además, se preparó una revisión sistemática sobre el retorno a la fertilidad en mujeres que no amamantan en el posparto. Sobre la base de esta evidencia, el Grupo Directivo de las Guías determinó que la OMS debía reconsiderar las recomendaciones sobre el uso de anticonceptivos hormonales combinados durante el período posparto, y pidió a la Secretaría de la OMS que convocara a una consulta técnica para tratar este tema. Por lo tanto, la OMS convocó a una consulta técnica el 26 de enero de 2010 por teleconferencia para revisar exhaustivamente la evidencia científica disponible en esa área. En nombre del Grupo de Trabajo, el Grupo Directivo de las Guías emitió una guía provisoria, en la que amplió de ocho a 20 las recomendaciones para mujeres que no amamantan en el período posparto a fin de reflejar esta evidencia.

Estas recomendaciones y la evidencia que respaldó su formulación serán evaluadas por todo el Grupo de Trabajo durante su próxima reunión.

El Grupo Directivo de las Guías aprobó las 20 recomendaciones actualizadas al concluir la teleconferencia del 26 de enero de 2010.

CÓMO USAR ESTE DOCUMENTO

El presente documento está destinado a responsables de la formulación de políticas, directores de programas de planificación familiar y la comunidad científica. Su objetivo es ofrecer orientación para

los programas nacionales de planificación familiar/salud reproductiva en la preparación de guías para la prestación de servicios de anticonceptivos. El contenido de este documento no debe ser considerado o utilizado como la guía propiamente dicha, sino como una referencia.

La orientación provista en este documento deberá interpretarse en función de cada país y programa de manera que refleje la diversidad de las situaciones y lugares en los que se proporcionan los anticonceptivos. Si bien no se espera que la clasificación de las categorías en este documento cambie durante este proceso, es muy probable que la relevancia de estas categorías varíe en función de cada país. En particular, se recomienda tener en cuenta el nivel de conocimiento clínico y la experiencia en esa área de los diversos tipos de proveedoras/es de servicios y los recursos disponibles en el lugar de la prestación de los servicios.

USO DE LAS TABLAS

El Grupo de Trabajo trató los criterios médicos para el inicio y la continuación del uso de todos los métodos evaluados. El tema de los criterios de continuación es clínicamente relevante siempre que una mujer desarrolle la condición mientras está usando el método. Cuando el Grupo de Trabajo determinó que las categorías para el inicio y la continuación eran diferentes, estas diferencias se anotaron en las columnas "I=Inicio" y "C=Continuación". Donde no se indican I y C, la categoría es la misma para el inicio y la continuación del uso.

En función de este sistema de clasificación, los criterios de elegibilidad para el inicio y la continuación del uso de un método anticonceptivo específico se presentan en este documento en varias tablas. Como se muestra más abajo, la primera columna indica la condición médica. Varias de estas condiciones se subdividieron para distinguir entre los distintos grados que presentan. La segunda columna clasifica la condición para el inicio y/o continuación en una de las cuatro categorías descritas a continuación. Si es necesario, la tercera columna brinda las aclaraciones o la nueva evidencia acerca de la clasificación como se describe en la sección anterior.

Se incluye una tabla de resumen al final del documento que abarca los criterios médicos de elegibilidad por condición para los métodos hormonales y los DIU. Al final de esta sección se incluye un resumen de las condiciones o categorías que fueron revisadas para esta edición.

CLASIFICACIÓN DE LAS CATEGORÍAS

Los criterios médicos de elegibilidad de este documento se basaron en el método de trabajo descrito anteriormente y se proponen asegurar un margen adecuado de seguridad.

Cada condición se definió como una representación de características de una persona (p. ej.; edad, antecedentes de embarazo) o una condición médica/patológica preexistente conocida (p. ej.; diabetes, hipertensión). Se espera que los lugares de prestación de servicio y salud institucional y nacional decidan los medios más adecuados para detectar las condiciones de acuerdo con su importancia en la salud pública. Los antecedentes de la o el usuaria/o generalmente son el método más apropiado. Quizás sea conveniente que el proveedor de planificación familiar consulte a un experto en la condición subyacente.

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasificaron en una de las cuatro categorías siguientes:

USO DE LAS CATEGORÍAS EN PRÁCTICA

Las categorías 1 y 4 se explican por sí mismas. La clasificación de un método/condición como categoría 2 indica que el método puede usarse en general, pero se requiere un seguimiento cuidadoso. Sin embargo, la provisión de un método a una mujer con una condición clasificada como categoría 3 requiere un criterio clínico prudente y acceso a los servicios clínicos. En este caso, se deben tener en cuenta la gravedad de la condición, y la disponibilidad, factibilidad y aceptabilidad de métodos alternativos. Para un método/condición clasificada como categoría 3, generalmente no se recomienda el uso de ese método a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptables. Se requerirá un seguimiento cuidadoso.

Donde los recursos para el criterio clínico son limitados, como en los servicios basados en la comunidad, el esquema de clasificación en cuatro categorías se puede simplificar a dos categorías. Con esta simplificación, una clasificación de categoría 3 indica que una mujer no es médicamente elegible para usar el método.

IMPLICACIONES PROGRAMÁTICAS

Las implicaciones programáticas que se deben tratar incluyen:

- elección informada,
- elementos de la calidad de la atención,

- procedimientos esenciales de detección para la administración de los métodos,
- capacitación y habilidades de las y los proveedoras/es de servicios, y
- referencia y seguimiento para el uso de anticonceptivos según corresponda.

En la aplicación de los criterios de elegibilidad a los programas, las prácticas de prestación de servicios que son fundamentales para el uso seguro de la anticoncepción se deben distinguir de las prácticas que pueden ser apropiadas para un buen cuidado de la salud, pero que no se relacionan con el uso del método. La promoción de las prácticas de buen cuidado de la salud no relacionadas con una anticoncepción segura no debe considerarse un requisito previo ni como un obstáculo para la provisión de un método anticonceptivo, aunque sí como un complemento.

Como paso siguiente, las recomendaciones sobre los criterios de elegibilidad se deben considerar en virtud de las circunstancias del país, de modo que sean aplicables para las y los proveedoras/es en todos los niveles del sistema de entrega de servicios. Los países deberán determinar cuánto y con qué medios puede ser posible extender los servicios a los niveles más periféricos. Esto puede incluir la actualización del personal y las instalaciones donde sea viable y asequible, o puede requerir la ampliación de las habilidades de ciertas categorías del personal de salud o el aumento modesto de equipo e insumos, y la reorganización del espacio. También será necesario considerar cuestiones de percepciones equivocadas que a veces tienen las y los proveedoras/es de servicios y las y los usuarias/os sobre los riesgos y los efectos secundarios de los métodos, y observar con atención las necesidades y las perspectivas de las mujeres y los hombres en el contexto de una elección informada.

TIPO DE ANTICONCEPTIVO		
CONDICIÓN	**CATEGORÍA** I = inicio C = continuación	**ACLARACIONES/ EVIDENCIA**
CONDICIÓN	Condición clasificada de 1 a 4 Las categorías para el método basado en el conocimiento de la fertilidad y la esterilización quirúrgica se describen al comienzo de la sección correspondiente.	Aclaraciones y evidencia relacionada con la clasificación

NA indica una condición para la cual el Grupo de Trabajo no dio una clasificación pero proporcionó aclaraciones.

1	Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
2	Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.

3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisible si se utiliza el método anticonceptivo.

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia	**Sí** (Use el método)
2	En general, use el método	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	**No** (No use el método)
4	No se debe usar el método	

INTRODUCCIÓN DE LAS GUÍAS EN LOS PROGRAMAS NACIONALES

Al introducir esta guía sobre criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en un programa de atención de la salud sexual y reproductiva, es importante considerar que este material no es simplemente un documento que debe distribuirse, sino que contiene prácticas de atención de la salud que deben presentarse a las y los proveedoras/es a través de procesos adecuadamente planificados de adaptación e implementación.

En el documento *Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes* se ofrece orientación a los países sobre la introducción de las guías sobre salud sexual y reproductiva, incluidas las correspondientes a los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. El presente documento está destinado a responsables de la formulación de políticas, directores de programas de planificación familiar y otros profesionales de la salud que se inicien en un proceso para introducir en sus programas nacionales o locales prácticas basadas en la evidencia en materia de salud sexual y reproductiva. En el documento, se recomiendan seis principios ambiciosos para la adaptación e implementación eficaces de la guía de la OMS sobre salud sexual y reproductiva en un programa nacional. Los principios son: construir consenso; construir sobre lo que existe; identificar posibles barreras y factores de facilitación; asegurando que las adaptaciones se basen en la evidencia; planificando la ampliación desde el principio e implementando diversas intervenciones para cambiar las prácticas de las y los proveedoras/es.

Para introducir los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos,* la OMS sugiere a los países o a las autoridades locales seguir un proceso de seis pasos. Ellos son: planificar la promoción; realizar el análisis de la situación; adaptar la guía para responder a las necesidades, las circunstancias y el contexto de cada país; diseñar una estrategia de implementación; poner a prueba una evaluación y, por último, llevar a cabo la promoción y ampliación. Este proceso podría variar según si la guía se esté introduciendo por primera vez o se está utilizando para actualizar las recomendaciones existentes para la prestación de servicios. En todos estos pasos, la OMS destaca la importancia de que el proceso para introducir la guía sea colectivo y participativo a fin de fomentar el sentido de pertenencia y la aceptación entre los responsables de la formulación de políticas, los organismos profesionales y otros expertos nacionales.

PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES

Personas con discapacidades

Los criterios médicos de elegibilidad tratan el uso de anticonceptivos en personas con condiciones médicas específicas. Además, la provisión de anticonceptivos a las personas con necesidades especiales requiere una mayor consideración. Las decisiones sobre una anticoncepción apropiada deben tener en cuenta la naturaleza de la discapacidad, los deseos expresos de la persona y la naturaleza del método. Por ejemplo, la utilización de algunos métodos de barrera puede ser difícil para personas con destreza manual reducida; los AOC pueden no ser el método preferido para algunas mujeres con mala circulación o extremidades inmóviles, aún en la ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas, debido a un mayor riesgo de TVP; y otros métodos serán preferibles para personas con discapacidades intelectuales o de salud mental que tienen dificultad para recordar la toma diaria de medicamentos. En el caso de mujeres que tienen dificultad con la higiene íntima durante la menstruación, también deberá considerarse el impacto del método de anticoncepción en los ciclos menstruales.

Las decisiones se deben basar en una elección informada, después de la educación adecuada en salud sexual. Cuando la naturaleza de la condición no permite una elección informada independiente, los anticonceptivos se deben proporcionar solo después de un proceso de toma de decisiones respaldado, que incluya la o el cliente y todas las partes interesadas como el mediador personal, los tutores o personas a cargo. Los derechos reproductivos del individuo se deben considerar en cualquiera de estas decisiones. Es especialmente importante asegurarse de que las decisiones sobre la esterilización de personas con discapacidades se tomen de manera ética.

Adolescentes

En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes. Aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos en adolescentes (p. ej.; el uso de inyectables de progestina sola en menores de 18 años), estas preocupaciones deben sopesarse con las ventajas de evitar el embarazo. Está claro que muchos de los mismos criterios de elegibilidad que se aplican a personas mayores también se aplican a personas

jóvenes. No obstante, algunas condiciones (p. ej.; las alteraciones cardiovasculares) que pueden limitar el uso de algunos métodos en mujeres mayores por lo general no afectan a las mujeres jóvenes, debido a su baja frecuencia en los grupos jóvenes. Los aspectos sociales y conductuales deben ser consideraciones importantes en la elección de métodos anticonceptivos para las adolescentes. Por ejemplo, en algunos ámbitos, las adolescentes también están expuestas a un riesgo mayor de ITS, incluido el VIH. Aunque las adolescentes pueden elegir cualquiera de los métodos anticonceptivos disponibles en sus comunidades, en algunos casos, el uso de métodos que no requieren un régimen diario puede ser más apropiado. También se ha demostrado que las adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuación. La elección del método también puede estar influenciada por factores como patrones de relaciones sexuales esporádicas y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, las adolescentes sexualmente activas que no están casadas tienen necesidades muy diferentes de aquellas que están casadas y desean posponer, espaciar o limitar el embarazo. La ampliación de la cantidad de opciones de métodos ofrecidos puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las adolescentes a tratar sus problemas específicos, y a tomar decisiones informadas y voluntarias. Es preciso hacer todo lo posible para evitar que el costo de los servicios y el método limite las opciones disponibles.

RESUMEN DE LOS CAMBIOS A LA TERCERA EDICIÓN

En la Tabla 3 se muestra un resumen de los cambios en la clasificación o modificaciones importantes en las condiciones con respecto a la tercera edición.

Se espera que las recomendaciones en la *4ª edición de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* tendrán vigencia hasta 2012. El Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS con sede en Ginebra será responsable de comenzar la revisión de la guía en esa fecha.

Tabla 3. Resumen de los cambios a la tercera edición de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (Condiciones para las que hubo un cambio en la clasificación para uno o más métodos, o una modificación importante en la descripción de la condición. Las clasificaciones cambiadas están resaltadas en negrita).

CONDICIÓN	AOC/P/AV	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, **C** = continuación, **LM** = lactancia materna							
POSPARTO (mujeres que no estén amamantando)							
a) < 21 días							
(i) sin otros factores de riesgo para TEV	**3†**	**3†**					
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	**3/4†**	**3/4†**					
b) ≥ 21 días a 42 días							
(i) sin otros factores de riesgo de TEV	**2†**	**2†**					
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	**2/3†**	**2/3†**					
c) > 42 días	**1**	**1**					
POSPARTO (amamantando o no, incluso después de la cesárea)							
a) < 48 horas **incluida la inserción inmediatamente después del alumbramiento de la placenta**						**1**	**1=Sin LM 3=LM**
b) ≥ 48 horas a < 4 semanas						3	3

† Consulte el capítulo sobre el método relevante para obtener una aclaración de esta clasificación.

CONDICIÓN	AOC/P/AV	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, **C** = continuación, **LM** = lactancia materna							
c) ≥ 4 semanas						1	1
d) Sepsis puerperal						4	4
OBESIDAD	2	2	1	1	1	1	1
a) Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m²							
b) Menarquia a < 18 años e índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m²	2	2	1	**AMPD = 2** **EN-NET = 1†**	1	1	1
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLISMO PULMONAR (EP)							
a) Historia de TVP/EP	4	4	2	2	2	1	2
b) **TVP/EP** agudas	4	4	3	3	3	1	3
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	**4**	**4**	**2**	**2**	**2**	**1**	**2**
d) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	2	2	1	1	1	1	1
e) Cirugía mayor							
(i) con inmovilización prolongada	4	4	2	2	2	1	2
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	1	1	1	1	1
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)				I / C		I / C	
Las personas con LES tienen un riesgo mayor de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso. Las categorías asignadas a estas condiciones en esta guía deben ser iguales para las mujeres con LES con estas condiciones. Para todas las categorías de LES, las clasificaciones se basan en el supuesto de que no hay otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; estas clasificaciones deben modificarse en presencia de dichos factores de riesgo.							
a) Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	**4**	**4**	**3**	**3 / 3**	**3**	**1 / 1**	**3**
b) Trombocitopenia severa	**2**	**2**	**2**	**3 / 2**	**2**	**3† / 2†**	**2†**
c) Terapia inmunosupresora	**2**	**2**	**2**	**2 / 2**	**2**	**2 / 1**	**2**
d) Ninguna de las condiciones anteriores	**2**	**2**	**2**	**2 / 2**	**2**	**1 / 1**	**2**
ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL							
a) Niveles reducidos o indetectables de βhCG (gonadotropina coriónica humana)	1	1	1	1	1	3	3
b) Niveles persistentemente elevados de βhCG o enfermedad maligna	1	1	1	1	1	4	4
HEPATITIS VIRAL	I / C	I / C					
a) Aguda o con exacerbación	**3/4† / 2**	**3 / 2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
b) Portadora	**1 / 1**	**1 / 1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
c) Crónica	**1 / 1**	**1 / 1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
CIRROSIS							
a) Leve (compensada)	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
b) Grave (descompensada)	4	3	3	3	3	1	3

† Consulte el capítulo sobre el método relevante para obtener una aclaración de esta clasificación.

CONDICIÓN	AOC/P/AV	AIC	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I = inicio, **C** = continuación, **LM** = lactancia materna									
TUMORES DEL HÍGADO									
a) Benigno									
i) Hiperplasia nodular focal	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**1**		**2**	
ii) Adenoma hepatocelular	4	3	3	3	3	1		3	
b) Maligno (hepatoma)	4	3/4	3	3	3	1		3	
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL						I	C	I	C
a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	**1†**	**1**	**1**	**AMPD = 1 EN-NET = 1**	**1**	**2/3†**	**2†**	**2/3†**	**2†**
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	**2†**	**2†**	**2†**	**AMPD = 1 EN-NET = 2†**	**2†**	**2/3†**	**2†**	**2/3†**	**2†**
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	**3†**	**3†**	**3†**	**AMPD = 1 EN-NET = 2†**	**2†**	**2/3†**	**2†**	**2/3†**	**2†**
TERAPIA ANTICONVULSIVA									
a) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3†	2	3†	**AMPD = 1 EN-NET = 2†**	**2†**	1		1	
b) Lamotrigina	**3†**	**3**	**1**	**1**	**1**	**1**		**1**	
TERAPIA ANTIMICROBIANA									
a) Antibióticos de amplio espectro	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**		**1**	
b) Antifúngicos	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**		**1**	
c) Antiparasitarios	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**		**1**	
d) Terapia **con rifampicina o rifabutina**	3†	2	3†	**AMPD = 1 EN-NET = 2†**	**2†**	1		1	

† Consulte el capítulo sobre el método relevante para obtener una aclaración de esta clasificación.

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

Anticonceptivos orales combinados de dosis baja (AOC) ≥ 35 µg de etinilestradiol.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)

Los anticonceptivos inyectables combinados (AIC) producen la liberación de un estrógeno natural más una progestina (progestágeno), y actúan por medio de la inhibición de la ovulación.(1-5) En este documento se consideran dos formulaciones de AIC, ambas administradas en intervalos de cuatro semanas:

1) Cyclofem = 25 mg de acetato de medroxiprogesterona más 5 mg de cipionato de estradiol

2) Mesigyna = 50 mg de enantato de noretisterona más 5 mg de valerato de estradiol

Los AIC contienen estradiol, que es el estrógeno natural. El estradiol es menos potente, la duración del efecto es más corta y se metaboliza más rápidamente que los estrógenos sintéticos utilizados en otras formulaciones anticonceptivas, como los anticonceptivos orales combinados (AOC), el parche anticonceptivo combinado (PAC) y el anillo anticonceptivo combinado (AVC). Estas diferencias implican que el tipo y la magnitud de los efectos secundarios relacionados con los estrógenos asociados con los AIC pueden diferir de los que experimentan las usuarias de AOC/PAC/AVC. De hecho, estudios de corto plazo sobre los AIC han demostrado poco efecto en la presión arterial, la hemostasis y la coagulación, el metabolismo de los lípidos y la función hepática, en comparación con los AOC.(6-8) Además, la administración por vía inyectable de los AIC elimina el metabolismo de primer paso en el hígado y, en consecuencia, se minimiza el efecto del estradiol en el hígado.

Sin embargo, los AIC son un método anticonceptivo relativamente nuevo, y hay pocos datos epidemiológicos sobre sus efectos a largo plazo. También existe cierta preocupación de que si bien el efecto de la exposición hormonal asociada al uso de los AOC y los anticonceptivos orales de progestina sola (AOPS) puede reducirse inmediatamente con la interrupción de su uso, este no es el caso con los inyectables, cuyo efecto continúa durante cierto tiempo después de la última inyección.

El Grupo de Trabajo, en espera de más evidencia, concluyó que la evidencia disponible para los AOC se aplica a los AIC en muchas instancias, aunque no en todas. Por lo tanto, el Grupo de Trabajo asignó para los AIC categorías intermedias entre las categorías para los AOC y los AOPS. Sin embargo, para patologías graves (p. ej., cardiopatía isquémica), la clasificación de las condiciones médicas fue la misma que para los AOC. Por lo tanto, las categorías asignadas deben ser consideradas como el mejor juicio preliminar, que será reevaluado según se disponga de nueva información.

PARCHE ANTICONCEPTIVO COMBINADO (PAC) Y ANILLO VAGINAL ANTICONCEPTIVO COMBINADO (AVC)

El parche anticonceptivo combinado y el anillo vaginal son métodos anticonceptivos relativamente nuevos. Existe información limitada sobre la seguridad de estos métodos entre mujeres con condiciones médicas específicas. Por otra parte, el Grupo de Trabajo no pudo revisar los datos epidemiológicos sobre los efectos a largo plazo del parche anticonceptivo combinado o el anillo vaginal debido a que no estaban disponibles. La mayoría de los estudios disponibles recibieron el apoyo financiero de los fabricantes de estos métodos.

Según la evidencia disponible, el parche anticonceptivo combinado proporciona una seguridad y un perfil farmacocinético comparables a los de los AOC con formulaciones hormonales similares.(9-26) Se informaron que las molestias mamarias y reacciones cutáneas locales, temporales y a corto plazo, fueron mayores entre las usuarias de parches anticonceptivos combinados; sin embargo, menos del 25% de las usuarias experimentaron estos efectos. (11;15;16;22-24;27) Evidencia limitada sugiere que la efectividad del parche puede ser menor en las mujeres que pesan 90 kg o más.(24;26)

Según la evidencia disponible, el anillo vaginal anticonceptivo combinado proporciona una seguridad, y un perfil farmacocinético y efectos sobre la función ovárica comparables a los de los AOC con formulaciones hormonales similares, en mujeres sanas. (27-41) La evidencia en mujeres obesas (IMC ≥ 30 kg/m2) encontró que el aumento de peso en las mujeres en esta categoría no era diferente entre las usuarias del anillo vaginal en comparación con las usuarias de AOC.(42) La evidencia limitada disponible en mujeres después de un aborto

médico y quirúrgico no reveló eventos adversos graves ni infección relacionada con el uso durante tres ciclos de seguimiento después de un aborto (43) y la evidencia limitada en mujeres con lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado indica que el uso del anillo vaginal no empeora la condición.(30)

El Grupo de Trabajo, en espera de más evidencia, concluyó que la evidencia disponible para los AOC se aplica al parche anticonceptivo combinado y al anillo vaginal. Por consiguiente, el parche y el anillo deben tener las mismas categorías que los AOC. Por lo tanto, las categorías asignadas deben ser consideradas como el mejor juicio preliminar, que será reevaluado según se disponga de nueva información.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS (AHC)

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA					
EMBARAZO	NA	NA	NA	NA	NA = No aplica **Aclaración**: No se requiere el uso de AOC, parches, anillos ni AIC. No se conoce ningún daño para la mujer, el curso de su embarazo o el feto si los AOC, PAC, AVC o AIC son usados accidentalmente durante el embarazo.
EDAD* a) Menarquia a < 40 años b) ≥ 40 años	 1 2	 1 2	 1 2	 1 2	**Evidencia**: Las adolescentes usuarias de AOC que contienen 20 µg de etinilestradiol tienen una densidad mineral ósea (DMO) inferior en comparación con aquellas que no los usan; mientras que los AOC que contienen dosis más altas de etinilestradiol tienen poco o ningún efecto.(44-51) En mujeres adultas premenopáusicas, los anticonceptivos hormonales combinados tienen poco o ningún efecto en la salud ósea mientras que en la perimenopausia aparentemente preservan la masa ósea. (35;52-100) Las mujeres posmenopáusicas que siempre han usado AOC tienen una DMO similar a las que nunca los han utilizado. (64;68;78;91;101-120) La DMO en mujeres adolescentes o premenopáusicas puede no predecir con exactitud el riesgo de fracturas posmenopáusicas.(119;121-132)
PARIDAD a) Nulípara b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	 1 1	 1 1	 1 1	 1 1	
LACTANCIA MATERNA a) < 6 semanas posparto b) ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna) c) ≥ 6 meses posparto	 4 3 2	 4 3 2	 4 3 2	 4 3 2	**Evidencia**: Los estudios clínicos demuestran resultados discordantes respecto de los efectos en el volumen de leche materna en mujeres expuestas a los AOC durante la lactancia; sin embargo, no se han informado efectos consistentes en el peso de los/as recién nacidos/as.(133-142) No se han demostrado resultados de salud adversos ni manifestaciones de estrógeno exógeno en los/as recién nacidos/as expuestos/as a anticonceptivos combinados a través de la leche materna; sin embargo, los estudios estuvieron diseñados de manera inadecuada para determinar si existe el riesgo de efectos graves o leves a largo plazo.

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
POSPARTO (en mujeres que no estén amamantando) Si bien el riesgo de TEV es igual en mujeres que están amamantando y en aquellas que no lo están; en general, el uso de AHC no se recomienda antes de los 6 meses posparto para las mujeres que están amamantando.					
a) < 21 días*					**Aclaración**: En las mujeres hasta 6 semanas posparto con otros factores de riesgo para TEV, como historia de TEV, trombofilia, inmovilidad, transfusión en el parto, IMC > 30 kg/m2, hemorragia posparto, inmediatamente después de una cesárea, preeclampsia o tabaquismo, el uso de anticonceptivos hormonales combinados puede representar un aumento adicional del riesgo de TEV. La categoría debe evaluarse según el número, la gravedad y la combinación de los factores de riesgo presentes de TEV. Puesto que cada mujer es única con respecto al perfil de riesgo personal, será necesario el juicio clínico para determinar si es seguro que use AHC. **Evidencia**: No hay evidencia directa que examine el riesgo de TEV entre las mujeres que usan AHC después del parto. El riesgo de TEV es elevado durante el embarazo y el posparto; este riesgo es más pronunciado en las primeras semanas después del parto y disminuye casi a niveles basales alrededor de los 42 días después del parto. El uso de AHC, que aumenta el riesgo de TEV en mujeres sanas en edad reproductiva, puede presentar un riesgo adicional si se los usa durante ese período.(143-160) **Evidencia**: El riesgo de embarazo durante los primeros 21 días posparto es muy bajo, pero aumenta a partir de ese momento; la ovulación antes de la primera menstruación es común.(161-165)
i) sin otros factores de riesgo de TEV	3	3	3	3	
ii) con otros factores de riesgo de TEV	3/4	3/4	3/4	3/4	
b) ≥ 21 días a 42 días					
i) sin otros factores de riesgo de TEV	2	2	2	2	
ii) con otros factores de riesgo de TEV	2/3	2/3	2/3	2/3	
c) > 42 días	1	1	1	1	
POSTABORTO					**Aclaración**: Los AOC, parches, anillos o AIC pueden usarse inmediatamente después de un aborto. **Evidencia**: Las mujeres que comenzaron a tomar AOC inmediatamente después de un aborto médico o quirúrgico de primer trimestre no tuvieron más efectos secundarios ni resultados adversos en el sangrado vaginal ni cambios clínicamente significativos en los parámetros de coagulación en comparación con las mujeres que utilizaron un placebo, un DIU, un método anticonceptivo no hormonal o el inicio diferido de los AOC.(166-173) La evidencia limitada en mujeres que usan el anillo inmediatamente después de un aborto médico o quirúrgico de primer trimestre no halló eventos adversos graves ni infección relacionada con el uso del anillo vaginal anticonceptivo combinado durante tres ciclos de seguimiento postaborto.(43)
a) Primer trimestre	1	1	1	1	
b) Segundo trimestre	1	1	1	1	
c) Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO*	1	1	1	1	
HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA	1	1	1	1	
TABAQUISMO					**Evidencia**: Las usuarias de AOC que fumaban tuvieron un riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares, en especial infarto agudo del miocardio, en comparación con las que no fumaban. Los estudios también mostraron un riesgo mayor de infarto agudo del miocardio a medida que aumentaba el número de cigarrillos fumados por día. (174-185)
a) Edad < 35 años	2	2	2	2	
b) Edad ≥ 35 años					
(i) < 15 cigarrillos/día	3	3	3	2	
ii) ≥ 15 cigarrillos/día	4	4	4	3	
OBESIDAD					**Evidencia**: Las mujeres obesas que usan AOC tienen un riesgo aumentado de tromboembolismo venoso comparadas con las mujeres que no los usan. El riesgo absoluto de tromboembolismo venoso en mujeres sanas en edad reproductiva es pequeño. La evidencia limitada sugiere que las mujeres obesas que usan AOC no tienen un riesgo más alto de infarto agudo del miocardio o accidente cerebrovascular que las mujeres obesas que no los usan.(179;185-191) La evidencia limitada es inconsistente respecto de si la efectividad de los AOC varía según el peso corporal o el IMC.(169-174) La evidencia limitada sugiere que las mujeres obesas no son más propensas a aumentar de peso luego de tres ciclos de uso del anillo vaginal o de AOC que las mujeres con peso normal o sobrepeso. Durante los tres meses el aumento de peso fue similar entre el grupo con AOC y el grupo con anillo vaginal en todas las categorías de IMC.(198) La eficacia del parche disminuyó entre las mujeres que pesaban > 90 kg; sin embargo, no se halló una asociación entre el riesgo de embarazo y el IMC.(26)
a) IMC ≥ 30 kg/m^2	2	2	2	2	
b) Menarquia a <18 años e IMC ≥ 30 kg/m^2	2	2	2	2	
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE	NA	NA	NA	NA	**Aclaración**: Se aconseja tomar la presión arterial antes de iniciar el uso de los AOC, parches, anillos o AIC. Sin embargo, en algunos lugares la medición de la presión arterial no está disponible. En muchos de estos sitios, la morbilidad del embarazo y los riesgos de mortalidad son altos, y los AOC, parches, anillos o AIC constituyen uno de los pocos métodos ampliamente disponibles. En esos lugares, no se debe negar a las mujeres el uso de los AOC, parches, anillos o AIC simplemente por no poder tomarles la presión arterial.

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.					
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación				**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	AOC	**PAC**	**AVC**	**AIC**	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES					
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	3/4	3/4	3/4	3/4	**Aclaración**: Cuando una mujer tiene múltiples factores de riesgo mayores, cualquiera de los cuales individualmente aumentaría considerablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular, el uso de AOC, parches, anillos vaginales o AIC puede aumentar el riesgo a un nivel inadmisible. Sin embargo, no debe realizarse una simple suma de categorías de los múltiples factores de riesgo, dado que, por ejemplo, la combinación de dos riesgos cualesquiera a los que se les ha asignado una categoría 2 no necesariamente justifica una categoría más alta.
HIPERTENSIÓN Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.					
a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	3	3	3	3	**Aclaración**: Se recomienda la evaluación de la causa y el nivel de la hipertensión, lo antes posible. **Evidencia**: Las mujeres a quienes no se les tomó la presión arterial antes del uso de los AOC tuvieron un mayor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular. (199-203)
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	3	3	3	3	**Aclaración**: Las mujeres que reciben la terapia antihipertensiva adecuada están expuestas a un menor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con aquellas sin tratar. Aunque no hay datos, las usuarias de AOC, parche, anillo o AIC con hipertensión adecuadamente controlada y vigilada deberían tener un menor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con las usuarias de AOC, parche, anillo o AIC con hipertensión sin tratar.
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)					**Evidencia**: Entre las mujeres con hipertensión, las usuarias de AOC tuvieron un riesgo mayor de accidente cerebrovascular, infarto agudo del miocardio y enfermedad arterial periférica en comparación con aquellas que no los usaban.(174;176;183-185;187;199-214) La discontinuación del uso de AOC en mujeres con hipertensión puede mejorar el control de la presión arterial.(215)
(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mm Hg	3	3	3	3	
(ii) sistólica≥160 o diastólica ≥100 mm Hg	4	4	4	4	
d) Enfermedad vascular	4	4	4	4	

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	2	2	2	2	**Evidencia**: Las mujeres con historia de presión arterial alta durante el embarazo, que también usaban AOC, tuvieron un riesgo mayor de infarto agudo del miocardio y tromboembolismo venoso, en comparación con las usuarias de AOC sin historia de presión arterial alta en el embarazo. Los riesgos absolutos de infarto agudo del miocardio y tromboembolismo venoso en esta población permanecieron bajos.(185;201-203;205;216-221)
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)*					
a) Historia de TVP/EP	4	4	4	4	
b) TVP/EP aguda	4	4	4	4	
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	4	4	4	4	
d) Historia familiar (familiares de primer grado)	2	2	2	2	
e) Cirugía mayor					
(i) con inmovilización prolongada	4	4	4	4	
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	2	2	
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (p. ej., factor V de Leiden; mutación de la protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	4	4	4	4	**Aclaración**: No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes. **Evidencia**: Entre las mujeres con mutaciones trombogénicas, las usuarias de AOC tuvieron un riesgo de trombosis entre dos y veinte veces más alto que aquellas que no los usaban.(191;222-244)
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL*					
a) Várices	1	1	1	1	
b) Tromboflebitis superficial	2	2	2	2	
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)	4	4	4	4	
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (historia de accidente cerebrovascular)	4	4	4	4	

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS	2/3	2/3	2/3	2/3	**Aclaración**: No son apropiados los estudios de lípidos de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes. Si bien algunos tipos de hiperlipemias son factores de riesgo para enfermedad vascular, la categoría debe evaluarse de acuerdo con el tipo, la gravedad y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.
VALVULOPATÍA CARDÍACA*					
a) Sin complicaciones	2	2	2	2	
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)	4	4	4	4	
ENFERMEDADES REUMÁTICAS					
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Las personas con LES tienen un riesgo mayor de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso. Las categorías asignadas a estas condiciones en los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos deben ser iguales para las mujeres con LES con estas condiciones. Para todas las categorías de LES, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; estas clasificaciones deben modificarse ante la presencia de dichos factores de riesgo. La evidencia disponible indica que muchas mujeres con LES pueden ser consideradas buenas candidatas para la mayoría de los métodos de anticoncepción, incluidos los anticonceptivos hormonales (245-263)					
a) Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o valor desconocido)	4	4	4	4	**Evidencia**: Los anticuerpos antifosfolípidos están asociados con un mayor riesgo de trombosis arterial y venosa.(264-266)
b) Trombocitopenia severa	2	2	2	2	
c) Terapia inmunosupresora	2	2	2	2	
d) Ninguna de las condiciones anteriores	2	2	2	2	
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS					
CEFALEAS*	I / C	I / C	I / C	I / C	**Aclaración**: La clasificación depende de un diagnóstico preciso de los dolores de cabeza intensos que son migrañosos y los que no lo son. Debe evaluarse cualquier cefalea nueva o cambio notable en los dolores de cabeza. La clasificación es para las mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular. El riesgo de accidente cerebrovascular aumenta con la edad, la hipertensión y el hábito de fumar. **Evidencia**: Entre las mujeres con migraña, aquellas que también tenían aura tuvieron un riesgo más alto de accidente cerebrovascular que las mujeres sin aura.(267-269) Entre las mujeres con migraña, aquellas que usaban AOC tuvieron un riesgo de accidente cerebrovascular de dos a cuatro veces más alto en comparación con las mujeres que no usaban AOC.(174;189;210;211;268-273)
a) No migrañosas (leves o intensas)	1 / 2	1 / 2	1 / 2	1 / 2	
b) Migraña					
(i) Sin aura					
Edad < 35 años	2 / 3	2 / 3	2 / 3	2 / 3	
Edad ≥ 35 años	3 / 4	3 / 4	3 / 4	3 / 4	
(ii) con aura, a cualquier edad	4 / 4	4 / 4	4 / 4	4 / 4	

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
EPILEPSIA	1	1	1	1	**Aclaración**: Si una mujer está tomando fármacos anticonvulsivos, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. Ciertos medicamentos para la epilepsia disminuyen la eficacia anticonceptiva de los AOC. Aún no está claro si el uso de los parches, anillos o AIC es similar a los AOC en este aspecto.
TRASTORNOS DEPRESIVOS					
TRASTORNOS DEPRESIVOS	1	1	1	1	**Aclaración**: La clasificación se basa en los datos de mujeres con trastornos depresivos seleccionados. No existen datos acerca del trastorno bipolar o la depresión posparto. Existe la probabilidad de interacciones farmacológicas entre ciertos medicamentos antidepresivos y los anticonceptivos hormonales. **Evidencia**: El uso de AOC no aumentó los síntomas de depresión en las mujeres con esta condición, en comparación con su estado basal o con aquellas mujeres con depresión que no usan estos anticonceptivos.(274-283)
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO					
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL*					
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1	1	1	1	
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	1	1	1	1	**Aclaración**: Un sangrado inusualmente abundante debe despertar la sospecha de una condición grave subyacente. **Evidencia**: Una revisión de la Colaboración Cochrane identificó un estudio clínico aleatorizado controlado que evaluó la eficacia del uso de anticonceptivos orales combinados en comparación con el naproxeno y el danazol para la terapia de mujeres menorrágicas. Las mujeres con menorragia no informaron un empeoramiento del estado ni eventos adversos relacionados con el uso de AOC. (284)
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA* (sospecha de una condición grave)					
Antes de la evaluación	2	2	2	2	**Aclaración**: Ante la sospecha de embarazo o de una condición patológica subyacente (tal como una neoplasia maligna pélvica), debe realizarse una evaluación y ajustar la categoría después de esta.

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.					
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación				**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	AOC	**PAC**	**AVC**	**AIC**	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
ENDOMETRIOSIS	1	1	1	1	**Evidencia**: Una revisión de la Colaboración Cochrane identificó un estudio clínico aleatorizado controlado que evaluó la eficacia del uso de los AOC en comparación con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) para la terapia de los síntomas de endometriosis. Las mujeres con endometriosis no informaron empeoramiento de la condición ni eventos adversos relacionados con el uso de AOC.(285)
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS (incluyendo quistes)	1	1	1	1	
DISMENORREA SEVERA	1	1	1	1	**Evidencia**: No hubo un mayor riesgo de efectos secundarios con el uso de AOC entre las mujeres con dismenorrea, en comparación con aquellas que no usaban AOC. Algunas usuarias de AOC tuvieron reducción del dolor y el sangrado.(286;287)
ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL					**Evidencia**: Después de la evacuación de un embarazo molar, al sopesar la evidencia se encontró que los AOC no aumentaban el riesgo de enfermedad trofoblástica posmolar y que algunas usuarias de AOC tenían una normalización más rápida de la hCG, en comparación con las mujeres que no los usaban.(288-295) La evidencia limitada sugiere que el uso de los AOC durante la quimioterapia no afecta significativamente la regresión ni el tratamiento de la enfermedad trofoblástica posmolar en comparación con las mujeres que usaban un método anticonceptivo no hormonal o AMPD durante la quimioterapia. 296)
a) Niveles reducidos o indetectables de βhCG	1	1	1	1	
b) Niveles persistentemente elevados de βhCG o enfermedad maligna	1	1	1	1	
ECTROPIÓN CERVICAL*	1	1	1	1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	2	2	2	2	**Evidencia**: Entre las mujeres con infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), el uso de los AOC a largo plazo (≥ 5 años) puede aumentar el riesgo de carcinoma in situ y carcinoma invasivo. (30;297) La evidencia limitada sobre mujeres con lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado indica que el uso del anillo vaginal no empeora la condición.(30)
CÁNCER CERVICAL* (en espera de tratamiento)	2	2	2	2	
ENFERMEDADES DE LA MAMA*					
a) Nódulo sin diagnóstico	2	2	2	2	**Aclaración**: Debe realizarse una evaluación lo antes posible.
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	1	

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	1	**Evidencia**: Las mujeres con genes susceptibles para el cáncer de mama (como el BRCA1 y el BRCA2) tienen un riesgo basal más alto de cáncer de mama que las mujeres sin estos genes. El riesgo basal de cáncer de mama también es más elevado en mujeres con historia familiar de cáncer de mama en comparación con quienes no tienen este antecedente. Sin embargo, la evidencia actual no sugiere que el uso de anticonceptivos orales combinados modifique el mayor riesgo de cáncer de mama entre las mujeres con antecedentes familiares de cáncer o con genes susceptibles para el cáncer de mama. (298-321)
d) Cáncer de mama					
(i) actual	4	4	4	4	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	3	3	3	3	
CÁNCER DE ENDOMETRIO*	1	1	1	1	
CÁNCER DE OVARIO*	1	1	1	1	
FIBROMAS UTERINOS*					
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)*					
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)					
(i) con embarazo posterior	1	1	1	1	
(ii) sin embarazo posterior	1	1	1	1	
b) EPI - actual	1	1	1	1	
ITS					
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	1	
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	1	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	1	**Evidencia**: La evidencia sugiere que puede haber un mayor riesgo de cervicitis por clamidia entre las usuarias de AOC con alto riesgo de contagio de ITS. Para otras ITS, hay evidencia de que no existe asociación entre el uso de AOC y la adquisición de ITS o bien la evidencia es demasiado limitada como para sacar alguna conclusión.(317-397)

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.					
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación				**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	AOC	**PAC**	**AVC**	**AIC**	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
VIH/SIDA					
ALTO RIESGO DE VIH	1	1	1	1	**Evidencia**: El análisis de la evidencia sugiere que no hay una asociación entre el uso de anticonceptivos orales y la adquisición del VIH, aunque estudios realizados en poblaciones de mayor riesgo han informado resultados inconsistentes.(398-436)
INFECCIÓN POR VIH	1	1	1	1	**Evidencia**: La mayoría de los estudios sugiere que el uso de anticonceptivos hormonales no aumenta el riesgo de progresión de la enfermedad por VIH, medida por cambios en los recuentos de las células CD4, la carga viral o la supervivencia. Los estudios en los que se observó que las mujeres VIH-positivas que usan anticonceptivos hormonales tienen mayores riesgos de ITS generalmente son consistentes con los informes entre mujeres no infectadas. Un estudio directo no encontró una asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y un mayor riesgo de transmisión del VIH a parejas no infectadas; varios estudios indirectos informaron resultados heterogéneos respecto de si el uso de anticonceptivos hormonales se asocia con un mayor riesgo de diseminación del ADN o el ARN del VIH-1 desde el tracto genital.(437-454)
SIDA	1	1	1	1	**Aclaración**: Consulte la sección sobre interacciones farmacológicas, porque podrían existir interacciones de esta índole entre los anticonceptivos hormonales y la terapia antirretroviral (ARV).
OTRAS INFECCIONES					
ESQUISTOSOMIASIS					
a) Sin complicaciones	1	1	1	1	**Evidencia**: Entre las mujeres con esquistosomiasis sin complicaciones, el uso de los AOC no tuvo efectos adversos en la función hepática.(455-461)
b) Fibrosis del hígado (si es grave, consulte cirrosis)	1	1	1	1	
TUBERCULOSIS					**Aclaración**: Si una mujer está tomando rifampicina, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. La rifampicina probablemente disminuya la efectividad de los AOC. Todavía no está claro si el uso de parches o anillos es similar al uso de los AOC en este aspecto.
a) No pélvica	1	1	1	1	
a) Pélvica	1	1	1	1	

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
PALUDISMO	1	1	1	1	
TRASTORNOS ENDOCRINOS					
DIABETES					
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	1	**Evidencia**: El uso de AOC no aumentó el desarrollo de diabetes no insulino-dependiente en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional.(462-469) Asimismo, se observa que el uso de estos anticonceptivos no afecta los niveles de lípidos.(470-472)
b) Enfermedad no vascular					**Evidencia**: Entre las mujeres con diabetes insulino o no insulino-dependiente, el uso de los AOC tuvo un efecto limitado en los requerimientos diarios de insulina y ningún efecto en el control de la diabetes a largo plazo (p. ej., niveles de hemoglobina A_{1c}) o progresión a retinopatía. Los cambios en el perfil lipídico y los marcadores hemostáticos fueron limitados y casi todos permanecieron dentro de los valores normales.(473-482)
(i) no insulino-dependiente	2	2	2	2	
(ii) insulino-dependiente	2	2	2	2	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	3/4	3/4	3/4	3/4	**Aclaración**: La categoría debe ser evaluada de acuerdo con la gravedad de la condición.
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	3/4	3/4	3/4	3/4	**Aclaración**: La categoría debe ser evaluada de acuerdo con la gravedad de la condición.
TRASTORNOS TIROIDEOS					
a) Bocio simple	1	1	1	1	
b) Hipertiroidismo	1	1	1	1	
c) Hipotiroidismo	1	1	1	1	
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES					
ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA BILIAR*					
a) Sintomática					
(i) tratada con colecistectomía	2	2	2	2	
(ii) tratada médicamente	3	3	3	2	
(iii) actual	3	3	3	2	
b) Asintomática	2	2	2	2	
HISTORIA DE COLESTASIS*					
a) Relacionada con el embarazo	2	2	2	2	
b) Relacionada con uso previo de AOC	3	3	3	2	

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación								ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC		PAC		AVC		AIC		
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados									
HEPATITIS VIRAL	I	C	I	C	I	C	I	C	
a) Aguda o con exacerbación	3/4	2	3/4	2	3/4	2	3	2	**Aclaración**: La categoría debe ser evaluada de acuerdo con la gravedad del cuadro clínico.
b) Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1	**Evidencia**: Los datos sugieren que, en mujeres con hepatitis crónica, el uso de AOC no aumenta la tasa ni la gravedad de la fibrosis cirrótica; tampoco aumenta el riesgo de carcinoma hepatocelular.(483;484) En el caso de mujeres portadoras, el uso de AOC no parece provocar insuficiencia hepática ni disfunción hepática grave.(485-487) La evidencia sobre el uso de los AOC durante la hepatitis activa es limitada.(488;489)
c) Crónica	1	1	1	1	1	1	1	1	
CIRROSIS									
a) Leve (compensada)	1		1		1		1		
b) Grave (descompensada)	4		4		4		3		
TUMORES DEL HÍGADO*									
a) Benigno									
(i) Hiperplasia nodular focal	2		2		2		2		**Evidencia**: Existe evidencia directa y limitada que el uso de anticonceptivos hormonales no influye en la progresión ni en la regresión de las lesiones de hígado en mujeres con hiperplasia nodular focal.(490-492)
(ii) Adenoma hepatocelular	4		4		4		3		
b) Maligno (hepatoma)	4		4		4		3/4		
ANEMIAS									
TALASEMIA*	1		1		1		1		
ANEMIA DREPANOCÍTICA	2		2		2		2		
ANEMIA FERROPÉNICA*	1		1		1		1		

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS					
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL					**Aclaración**: Los fármacos antirretrovirales tienen el potencial tanto para disminuir o aumentar la biodisponibilidad de las hormonas esteroideas en los anticonceptivos hormonales. Los datos disponibles limitados (expuestos en el Apéndice 1) sugieren que las probables interacciones farmacológicas entre varios fármacos antirretrovirales (particularmente algunos INNTI e inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir) y los anticonceptivos hormonales pueden alterar la seguridad y efectividad de los anticonceptivos hormonales y los fármacos antirretrovirales. De este modo, si una mujer con terapia ARV decide iniciar o continuar el uso de anticonceptivos hormonales, debe aconsejarse paralelamente el uso de condones para prevenir la transmisión del VIH. Además, este método puede compensar cualquier reducción posible en la efectividad del anticonceptivo hormonal. Si se opta por un AOC, se debe usar una preparación que contenga un mínimo de 30 µg de etinilestradiol (EE).
a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	1	1	1	1	
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	2	2	2	2	
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3	3	3	3	
TERAPIA ANTICONVULSIVA					
a) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3	3	3	2	**Aclaración**: Aunque la interacción de ciertos anticonvulsivos con los AOC, parches y anillos vaginales no es perjudicial para las mujeres, puede reducir la efectividad de estos métodos anticonceptivos. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en mujeres sometidas a terapias prolongadas con estos fármacos. Si se opta por un AOC, se debe usar una preparación que contenga un mínimo de 30 µg de EE. **Evidencia**: El uso de ciertos anticonvulsivos puede disminuir la efectividad de los AOC. (493-496)
b) Lamotrigina	3	3	3	3	**Aclaración**: La recomendación para lamotrigina no se aplica cuando este fármaco ya se usa junto con otros fármacos que inhiben (como el valproato de sodio) o inducen fuertemente (como la carbamazepina) su metabolismo, ya que en estos casos es poco probable que se aprecie el efecto moderado del anticonceptivo combinado. **Evidencia**: En estudios farmacocinéticos se observó una disminución significativa de los niveles de lamotrigina durante el uso de los AOC y un aumento significativo durante el intervalo sin usar las píldoras.(497-501) En un estudio clínico, algunas mujeres que usaron AOC y lamotrigina tuvieron un aumento en la actividad comicial.(497)

Los AOC, los parches, los anillos y los AIC no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.					
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación				**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	AOC	**PAC**	**AVC**	**AIC**	
AOC = anticonceptivos orales combinados **PAC** = parche anticonceptivo combinado **AVC** = anillo vaginal anticonceptivo combinado **AIC** = anticonceptivos inyectables combinados					
TERAPIA ANTIMICROBIANA					
a) Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	**Evidencia**: La mayoría de los antibióticos de amplio espectro no afectan la efectividad anticonceptiva de los AOC(502-538), parches (539) o anillos vaginales.(540)
b) Antifúngicos	1	1	1	1	**Evidencia**: Los estudios de agentes antifúngicos no demostraron interacciones farmacocinéticas clínicamente significativas con los AOC (541-550) o anillos vaginales. (551)
c) Antiparasitarios	1	1	1	1	**Evidencia**: Los estudios de agentes antiparasitarios no demostraron interacciones farmacocinéticas clínicamente significativas con los AOC.(455;552-556)
d) Terapia con rifampicina o rifabutina	3	3	3	2	**Aclaración**: Si bien la interacción de la terapia con rifampicina o rifabutina con los AOC, parches, anillos vaginales o AIC no es perjudicial para las mujeres, es probable que reduzca la efectividad de los AOC, parches, anillos vaginales o AIC. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en mujeres sometidas a terapia prolongada con cualquiera de estos dos medicamentos. Si se opta por un AOC, se debe usar una preparación que contenga un mínimo de 30 µg de EE. **Evidencia**: El análisis de la evidencia sugiere que la rifampicina reduce la efectividad de los AOC.(557-572) Los datos disponibles sobre la rifabutina son limitados, pero los efectos en el metabolismo de los AOC son menores que con la rifampicina, y los estudios pequeños no mostraron evidencia de ovulación.(559;566)

COMENTARIOS ADICIONALES

EDAD

≥ 40 años: El riesgo de enfermedad cardiovascular aumenta con la edad y también puede aumentar con el uso de anticonceptivos hormonales combinados. En ausencia de otros cuadros clínicos adversos, los anticonceptivos hormonales combinados pueden usarse hasta la menopausia.

POSPARTO

< 21 días: También hay cierta preocupación teórica concerniente a la asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales combinados hasta tres semanas posparto y el riesgo de trombosis en la madre. Básicamente, la coagulación sanguínea y la fibrinolisis se normalizan a las 3 semanas después del parto.

HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO

El riesgo de un embarazo ectópico futuro aumenta en mujeres con antecedentes de embarazo ectópico. Los anticonceptivos hormonales combinados brindan protección anticonceptiva en general, incluido el embarazo ectópico.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR

Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado): algunas condiciones que aumentan el riesgo de TVP/EP son hereditarias.

TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Várices: las várices no son un factor de riesgo de TVP/EP.

VALVULOPATÍA CARDÍACA

Entre las mujeres con valvulopatía cardiaca, el uso de anticonceptivos hormonales combinados puede incrementar aún más el riesgo de trombosis arterial; las mujeres con valvulopatía cardiaca con complicaciones están expuestas a un riesgo mayor.

CEFALEAS

Aura es un síntoma neurológico focal específico. Para obtener más información sobre este y otros criterios de diagnóstico, consulte: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl 1):1-150. http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation (consultado el 21 de agosto de 2009).

PATRONES DE SANGRADO VAGINAL

Los patrones irregulares de sangrado menstrual son comunes en mujeres sanas.

SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

No hay condiciones que causen sangrado vaginal que puedan empeorar a corto plazo debido al uso de anticonceptivos hormonales combinados.

ECTROPIÓN CERVICAL

El ectropión cervical no es un factor de riesgo de cáncer cervical, y no hay necesidad de restringir el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

CÁNCER CERVICAL (EN ESPERA DE TRATAMIENTO)

Existe cierta preocupación teórica de que los anticonceptivos hormonales combinados puedan afectar el pronóstico de la enfermedad ya existente. Mientras se espera el tratamiento, las mujeres pueden usar anticonceptivos hormonales combinados. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta condición.

ENFERMEDADES DE LA MAMA

Cáncer de mama: El cáncer de mama es un tumor hormono-sensible, y el pronóstico de mujeres que tienen o que tuvieron cáncer de mama recientemente puede empeorar con el uso de anticonceptivos hormonales combinados.

CÁNCER DE ENDOMETRIO

El uso de AOC reduce el riesgo de desarrollar cáncer de endometrio. Mientras se espera el tratamiento, las mujeres pueden usar AOC, AIC, parches o anillos vaginales. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta condición.

CÁNCER DE OVARIO

El uso de AOC reduce el riesgo de desarrollar cáncer de ovario. Mientras se espera el tratamiento, las mujeres pueden usar AOC, AIC, parches o anillos vaginales. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta condición.

FIBROMAS UTERINOS

Los AOC no parecen causar el desarrollo de fibromas uterinos, y tampoco es de esperar que lo hagan los AIC, parches o anillos vaginales.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)

Los AOC pueden reducir el riesgo de EPI en mujeres con ITS, pero no protegen contra el VIH o ITS del tracto genital inferior. Si los AIC, parches o anillos vaginales reducen el riesgo de EPI en mujeres con ITS se desconoce, pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR

Los AOC, AIC, parches o anillos vaginales pueden causar un pequeño aumento en el riesgo de enfermedades de la vesícula biliar. También existe la preocupación de que los AOC, AIC, parches o anillos vaginales agraven las enfermedades vesiculares existentes. Sin embargo, se ha comprobado que los AIC, a diferencia de los AOC, tienen un efecto mínimo en la función hepática en mujeres sanas, y no tienen efecto de primer paso en el hígado.

HISTORIA DE COLESTASIS

Relacionada con el embarazo: Los antecedentes de colestasis relacionada con el embarazo pueden predecir un aumento en el riesgo de desarrollar colestasis relacionada con los AOC.

HISTORIA DE COLESTASIS

Relacionada con uso previo de AOC: Los antecedentes de colestasis relacionada con el uso previo de AOC predicen un aumento en el riesgo con el uso posterior de AOC.

TUMORES DEL HÍGADO

No hay evidencia sobre el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con adenoma hepatocelular. El uso de AOC en mujeres sanas se asocia con el desarrollo y crecimiento de adenoma hepatocelular.

TALASEMIA

Existe evidencia anecdótica proveniente de países donde la talasemia es prevalente que indica que el uso de AOC no empeora la condición.

ANEMIA FERROPÉNICA

El uso de anticonceptivos hormonales combinados puede disminuir la pérdida de sangre menstrual.

REFERENCIAS SOBRE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES, PARCHE Y ANILLO VAGINAL COMBINADOS

(1) Aedo AR, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-469.

(2) Fotherby K, et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*, 1982, 25:261-272.

(3) Garza-Flores J, et al. A multicentered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depo-Provera. *Contraception*, 1987, 36:441-457.

(4) Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1994, 49:347-359.

(5) Said S, et al. A multicentered phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection: I. Contraceptive efficacy and side effects. *Contraception*, 1988, 37:455-466.

(6) Haiba NA, et al. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*, 1989, 39:619-632.

(7) Kesseru EV, et al. A multicentered, two-year, phase III clinical trial of norethisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg as a monthly injectable contraceptive. *Contraception*, 1991, 44:589-598.

(8) Meng Y-X, et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*, 1990, 37:1-20.

(9) Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*, 2001, 64:287-294.

(10) Audet M-C, Moreau M, Koltun WD et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:2347-2354.

(11) Boonyarangkul A, Taneepanichskul S. Comparison of cycle control and side effects between transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive in women older than 35 years. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2007, 90:1715-1719.

(12) Burkman RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *International Journal of Fertility*, 2002, 47:69-76.

(13) Cole JA, Norman H, Doherty M et al. Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 109:339-346.

(14) Devineni D, Skee D, Vaccaro N et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2007, 47:497-509.

(15) Dittrich R, Parker L, Rosen JB et al. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinyl estradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:15-20.

(16) Helmerhorst FM, Cronje HS, Hedon B et al. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2000, 70:78.

(17) Jick S, Kaye J, Li L et al. Further results on the risk of nonfatal venous thromboembolism in users of the contraceptive transdermal patch compared to users of oral contraceptives containing norgestimate and 35 ug of ethinyl estradiol. *Contraception*, 2007, 76:4-7.

(18) Jick SS, Jick H. Cerebral venous sinus thrombosis in users of four hormonal contraceptives: levonorgestrel-containing oral contraceptives, norgestimate-containing oral contraceptives, desogestrel-containing oral contraceptives and the contraceptive patch. *Contraception*, 2006, 74:290-292.

(19) Jick SS, Kaye J, Russmaann S et al. Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*, 2006, 73:223-228.

(20) Jick SS, Jick H. The contraceptive patch in relation to ischaemic stroke and acute myocardial infarction. *Pharmacotherapy*, 2007, 27:218-220.

(21) Pierson RA, Archer DF, Moreau M et al. Ortho Evra/Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:34-42.

(22) Radowicki S, Skorzeqska K, Szlendak K. Safety evaluation of a transdermal contraceptive system with an oral contraceptive. *Ginekologia Polska*, 2005, 76:884-889.

(23) Smallwood GH, Meador ML, Lenihan JP et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:799-805.

(24) Urdl W, Apter D, Alperstein A et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond: factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2005, 121:202-210.

(25) White T, Ozel B, Jain JK et al. Effects of transdermal and oral contraceptives on estrogen-sensitive hepatic proteins. *Contraception*, 2006, 74:293-296.

(26) Zieman M, Guillebaud JG, Weisberg E et al. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertility & Sterility*, 2002, 77:s13-s18.

(27) van den Heuvel MW, van Bragt AJM, Alnabawy AKM et al. Comparison of ethylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:168-174.

(28) Ahrendt HJ, Nisand I, Bastianelli C et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 microg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirene. *Contraception*, 2006, 74:451-457.

(29) Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:389-395.

(30) Dieben T, Roumen FJ, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100:585-593.

(31) Duijkers I, Killick SR, Bigrigg A et al. A comparative study on the effects of a contraceptive vaginal ring NuvaRing and an oral contraceptive on carbohydrate metabolism and adrenal and thyroid function. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2004, 9:131-140.

(32) Duijkers I, Klipping C, Verhoeven CH et al. Ovarian function with the contraceptive vaginal ring or an oral contraceptive: a randomized study. *Human Reproduction*, 2004, 19:2668-2673.

(33) Elkind-Hirsch KE, Darensbourg C, Ogden B et al. Contraceptive vaginal ring use for women has less adverse metabolic effects than an oral contraceptive. *Contraception*, 2007, 76:348-356.

(34) Magnusdottir EM, Bjarnadottir RI, Onundarson PT et al. The contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and hemostasis: a comparative study. *Contraception*, 2004, 69:461-467.

(35) Massai R, Makarainen L, Kuukankorpi A et al. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and bone mineral density in healthy premenopausal women. *Human Reproduction*, 2005, 20:2764-2768.

(36) Milsom I, Lete I, Bjertnaes A et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30µg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. *Human Reproduction*, 2006, 21:2304-2311.

(37) Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo NR et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. *Contraception*, 2005, 71:176-182.

(38) Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception*, 2006, 74:220-223.

(39) Timmer CJ, Mulders TM. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clinical Pharmacokinetics*, 2000, 39:233-242.

(40) Tuppurainen M, Klimscheffskij R, Venhola M et al. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and lipid metabolism: a comparative study. *Contraception*, 2004, 69:389-394.

(41) Veres S, Miller L, Burington B. A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 104:555-563.

(42) O'Connell KJ, Osborne LM, Westhoff C. Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs. a low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:323-327.

(43) Fine PM, Tryggestad J, Meyers NJ et al. Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception*, 2007, 75:367-371.

(44) Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA et al. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2007, 75:438-443.

(45) Cromer BA, Blair JM, Mahan JD et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *The Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-676.

(46) Cromer BA, Stager M, Bonny A et al. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:434-441.

(47) Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S et al. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2004, 17:17-21.

(48) Lloyd T, Taylor DS, Lin HM et al. Oral contraceptive use by teenage women does not affect peak bone mass: a longitudinal study. *Fertility & Sterility*, 2000, 74:734-738.

(49) Lloyd T, Petit MA, Lin HM et al. Lifestyle factors and the development of bone mass and bone strength in young women. *The Journal of Pediatrics*, 2004, 144:776-782.

(50) Polatti F, Perotti F, Filippa N et al. Bone mass and long-term monophasic oral contraceptive treatment in young women. *Contraception*, 1995, 51:221-224.

(51) Wallace LS, Ballard JE. Lifetime physical activity and calcium intake related to bone density in young women. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 2002, 11:389-398.

(52) Afghani A, Abbott AV, Wiswell RA et al. Bone mineral density in Hispanic women: Role of aerobic capacity, fat-free mass, and adiposity. *International Journal of Sports Medicine*, 2004, 25:384-390.

(53) Bahamondes L, Juliato CT, Villarreal M et al. Bone mineral density in users of two kinds of once-a-month combined injectable contraceptives. *Contraception*, 2006, 74:259-263.

(54) Berenson AB, Radecki CM, Grady JJ et al. A prospective, controlled study of the effects of hormonal contraception on bone mineral density. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:576-582.

(55) Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ et al. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103:899-906.

(56) Burr DB, Yoshikawa T, Teegarden D et al. Exercise and oral contraceptive use suppress the normal age-related increase in bone mass and strength of the femoral neck in women 18-31 years of age. *Bone*, 2000, 27:855-863.

(57) Castelo-Branco C, Martinez de Osaba MJ, Pons F et al. Effects on bone mass of two oral contraceptives containing ethinylestradiol and cyproterone acetate or desogestrel: results of a 2-year follow-up. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1998, 3:79-84.

(58) Cobb KL, Kelsey JL, Sidney S et al. Oral contraceptives and bone mineral density in white and black women in CARDIA. Coronary Risk Development in Young Adults. Osteoporosis International, 2002, 13:893-900.

(59) Collins C, Thomas K, Harding A et al. The effect of oral contraceptives on lumbar bone density in premenopausal women. The Journal of the Louisiana State Medical Society, 1988, 140:35-39.

(60) de Papp AE, Bone HG, Caulfield MP et al. A cross-sectional study of bone turnover markers in healthy premenopausal women. *Bone*, 2007, 40:1222-1230.

(61) Elgan C, Samsioe G, Dykes AK. Influence of smoking and oral contraceptives on bone mineral density and bone remodelling in young women: a 2-year study. *Contraception*, 2003, 67:439-447.

(62) Elgan C, Dykes AK, Samsioe G. Bone mineral density changes in young women: a 2-year study. *Gynecological Endocrinology*, 2004, 19:169-177.

(63) Endrikat J, Mih E, Dusterberg B et al. A 3-year double-blind, randomized, controlled study on the influence of two oral contraceptives containing either 20 microg or 30 microg ethinylestradiol in combination with levonorgestrel on bone mineral density. *Contraception*, 2004, 69:179-187.

(64) Fortney JA, Feldblum PJ, Talmage RV et al. Bone mineral density and history of oral contraceptive use. *Journal of Reproductive Medicine*, 1994, 39:105-109.

(65) Garnero P, Sornay-Rendu E, Delmas PD. Decreased bone turnover in oral contraceptive users. *Bone*, 1995, 16:499-503.

(66) Goldsmith N, Johnston J. Bone mineral: effects of oral contraceptives, pregnancy, and lactation. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 1975, 57-A:657-668.

(67) Hall ML, Heavens J, Cullum ID et al. The range of bone density in normal British women. *The British Journal of Radiology*, 1990, 63:266-269.

(68) Hansen M, Overgaard K, Riis B et al. Potential risk factors for development of postmenopausal osteoporosis – examined over a 12-year period. *Osteoporosis International*, 1991, 1:95-102.

(69) Hartard M, Bottermann P, Bartenstein P et al. Effects on bone mineral density of low-dosed oral contraceptives compared to and combined with physical activity. *Contraception*, 1997, 55:87-90.

(70) Hartard M, Kleinmond C, Wiseman M et al. Detrimental effect of oral contraceptives on parameters of bone mass and geometry in a cohort of 248 young women. *Bone*, 2007: 40:444-450.

(71) Hawker GA, Forsmo S, Cadarette SM et al. Correlates of forearm bone mineral density in young Norwegian women: The Nord-Trondelag health study. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 156:418-427.

(72) Hreshchyshyn MM, Hopkins A, Zylstra S et al. Associations of parity, breast-feeding, and birth control pills with lumbar spine and femoral neck bone densities. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1988, 159:318-322.

(73) Kanders B, Lindsay R, Dempster D. Determinants of bone mass in young healthy women. In: Christiansen C, Arnaud C, Nordin B, Parfitt A, Peck W, Riggs B, eds. Proceedings of the Copenhagen international symposium on osteoporosis. Copenhagen, 1984: 337-339.

(74) Kleerekoper M, Brienza RS, Schultz LR et al. Oral contraceptive use may protect against low bone mass. Henry Ford Hospital Osteoporosis Cooperative Research Group. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:1971-1976.

(75) Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Bone mineral density in postmenopausal women as determined by prior oral contraceptive use. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:100-102.

(76) Laitinen K, Valimaki M, Keto P. Bone mineral density measured by dual-energy X-ray absorptiometry in healthy Finnish women. *Calcified Tissue International*, 1991, 48:224-231.

(77) Lau EM, Lynn H, Woo J et al. Areal and volumetric bone density in Hong Kong Chinese: A comparison with Caucasians living in the United States. *Osteoporosis International*, 2003, 14:583-588.

(78) Lindsay R, Tohme J, Kanders B. The effect of oral contraceptive use on vertebral bone mass in pre- and post-menopausal women. *Contraception*, 1986, 34:333-340.

(79) Lloyd T, Buchanan JR, Ursino GR et al. Long-term oral contraceptive use does not affect trabecular bone density. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:402-404.

(80) MacDougall J, Davies MC, Overton CE et al. Bone density in a population of long term oral contraceptive pill users does not differ from that in menstruating women. *The British Journal of Family Planning*, 1999, 25:96-100.

(81) Mais V, Fruzzetti F, Ajossa S et al. Bone metabolism in young women taking a monophasic pill containing 20 mcg ethinylestradiol: a prospective study. *Contraception*, 1993, 48:445-452.

(82) Masaryk P, Lunt M, Benevolenskaya L et al. Effects of menstrual history and use of medications on bone mineral density: the EVOS Study. *Calcified Tissue International*, 1998, 63:271-276.

(83) Mazess RB, Barden HS. Bone density in premenopausal women: effects of age, dietary intake, physical activity, smoking, and birth-control pills. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1991, 53:132-142.

(84) Melton III LJ, Bryant SC, Wahner HW et al. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporosis International*, 1993, 3:76-83.

(85) Murphy S, Khaw KT, Compston JE. Lack of relationship between hip and spine bone mineral density and oral contraceptive use. *European Journal of Clinical Investigation*, 1993, 23:108-111.

(86) Nappi C, Di Spiezio SA, Acunzo G et al. Effects of a low-dose and ultra-low-dose combined oral contraceptive use on bone turnover and bone mineral density in young fertile women: a prospective controlled randomized study. *Contraception*, 2003, 67:355-359.

(87) Nappi C, Di Spiezio SA, Greco E et al. Effects of an oral contraceptive containing drospirenone on bone turnover and bone mineral density. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:53-60.

(88) Nelson M, Mayer AB, Rutherford O et al. Calcium intake, physical activity and bone mass in pre-menopausal women. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 1991, 4.

(89) Ott SM, Scholes D, LaCroix AZ et al. Effects of contraceptive use on bone biochemical markers in young women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2001, 86:179-185.

(90) Paoletti AM, Orru M, Lello S et al. Short-term variations in bone remodelling markers of an oral contraception formulation containing 3 mg of drospirenone plus 30 microg of ethinyl estradiol: observational study in young postadolescent women. *Contraception*, 2004, 70:293-298.

(91) Pasco JA, Kotowicz MA, Henry MJ et al. Oral contraceptives and bone mineral density: A population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2000, 182:265-269.

(92) Perrotti M, Bahamondes L, Petta C et al. Forearm bone density in long-term users of oral combined contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:469-473.

(93) Petitti DB, Piaggio G, Mehta S et al. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. The WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:736-744.

(94) Picard D, Ste-Marie LG, Coutu D et al. Premenopausal bone mineral content relates to height, weight and calcium intake during early adulthood. *Bone and Mineral*, 1988, 4:299-309.

(95) Prior JC, Kirkland SA, Joseph L et al. Oral contraceptive use and bone mineral density in premenopausal women: cross-sectional, population-based data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 165:1023-1029.

(96) Recker RR, Davies KM, Hinders SM et al. Bone gain in young adult women. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268:2403-2408.

(97) Reed SD, Scholes D, LaCroix AZ et al. Longitudinal changes in bone density in relation to oral contraceptive use. *Contraception*, 2003, 68:177-182.

(98) Rodin A, Chapman M, Fogelman I. Bone density in users of combined oral contraception. Preliminary reports of a pilot study. *British Journal of Family Planning*, 1991, 16.

(99) Shoepe HA, Snow CM. Oral contraceptive use in young women is associated with lower bone mineral density than that of controls. *Osteoporosis International*, 2005, 16:1538-1544.

(100) Stevenson JC, Lees B, Devenport M et al. Determinants of bone density in normal women: Risk factors for future osteoporosis? *British Medical Journal*, 1989, 298:924-928.

(101) Beksinska M, Smit J, Kleinschmidt I et al. Bone mineral density in women aged 40-49 years using depot-medroxyprogesterone acetate, norethisterone enanthate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2005, 71:170-175.

(102) Berning B, van KC, Schutte HE et al. Determinants of lumbar bone mineral density in normal weight, non-smoking women soon after menopause. A study using clinical data and quantitative computed tomography. *Bone and Mineral*, 1993, 21:129-139.

(103) Forsmo S, Schei B, Langhammer A et al. How do reproductive and lifestyle factors influence bone density in distal and ultradistal radius of early postmenopausal women? The Nord-Trondelag Health Survey, Norway. *Osteoporosis International*, 2001, 12:222-229.

(104) Gambacciani M, Spinetti A, Taponeco F et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal vertebral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:392-396.

(105) Gambacciani M, Spinetti A, Cappagli B et al. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a low dose oral contraceptive preparation: Effects on bone mineral density and metabolism. *Maturitas*, 1994, 19:125-131.

(106) Gambacciani M, Cappagli B, Ciaponi M et al. Hormone replacement therapy in perimenopause: effect of a low dose oral contraceptive preparation on bone quantitative ultrasound characteristics. *Menopause*, 1999, 6:43-48.

(107) Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal femoral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Osteoporosis International*, 2000, 11:544-548.

(108) Gambacciani M, Cappagli B, Lazzarini V et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal bone loss: Effects of different low dose oral contraceptive preparations on bone mineral density. *Maturitas*, 2006, 54:176-180.

(109) Grainge MJ, Coupland CA, Cliffe SJ et al. Reproductive, menstrual and menopausal factors: Which are associated with bone mineral density in early postmenopausal women? *Osteoporosis International*, 2001, 12:777-787.

(110) Johnell O, Nilsson BE. Life-style and bone mineral mass in perimenopausal women. *Calcified Tissue International*, 1984, 36:354-356.

(111) Liu SL, Lebrun CM. Effect of oral contraceptives and hormone replacement therapy on bone mineral density in premenopausal and perimenopausal women: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 2006, 40:11-24.

(112) Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk of low bone density in women attending menopause clinics in Italy. *Maturitas*, 2002, 42:105-111.

(113) Shargil AA. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a triphasic contraceptive compound: a three-year prospective study. *International Journal of Fertility*, 1985, 30:18-20.

(114) Sowers MF, Wallace RB, Lemke JH. Correlates of forearm bone mass among women during maximal bone mineralization. *Preventive Medicine*, 1985, 14.

(115) Sultana S, Choudhury S, Choudhury SA. Effect of combined oral contraceptives on bone mineral density in pre and postmenopausal women. *Mymensingh Medical Journal*, 2002, 11:12-14.

(116) Taechakraichana N, Limpaphayom K, Ninlagarn T et al. A randomized trial of oral contraceptive and hormone replacement therapy on bone mineral density and coronary heart disease risk factors in postmenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:87-94.

(117) Taechakraichana N, Jaisamrarn U, Panyakhamlerd K et al. Difference in bone acquisition among hormonally treated postmenopausal women with normal and low bone mass. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84 Suppl 2:S586-S592.

(118) Tavani A, La VC, Franceschi S. Oral contraceptives and bone mineral density. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 184:249-250.

(119) Tuppurainen M, Kroger H, Saarikoski S et al. The effect of previous oral contraceptive use on bone mineral density in perimenopausal women. *Osteoporosis International*, 1994, 4:93-98.

(120) Volpe A, Amram A, Cagnacci A et al. Biochemical aspects of hormonal contraception: effects on bone metabolism. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1997, 2:123-126.

(121) Barad D, Kooperberg C, Wactawski-Wende J et al. Prior oral contraception and postmenopausal fracture: a Women's Health Initiative observational cohort study. *Fertility & Sterility*, 2005, 84:374-383.

(122) Cobb KL, Bachrach LK, Sowers M et al. The effect of oral contraceptives on bone mass and stress fractures in female runners. *Medicine in Science and Sports Exercise*, 2007, 39:1464-1473.

(123) Cooper C, Hannaford P, Croft P et al. Oral contraceptive pill use and fractures in women: a prospective study. *Bone*, 1993, 14:41-45.

(124) Johansson C, Mellstrom D. An earlier fracture as a risk factor for new fracture and its association with smoking and menopausal age in women. *Maturitas*, 1996, 24:97-106.

(125) La Vecchia C, Tavani A, Gallus S. Oral contraceptives and risk of hip fractures. *Lancet*, 1999, 354:335-336.

(126) Mallmin H, Ljunghall S, Persson I et al. Risk factors for fractures of the distal forearm: a population-based case-control study. *Osteoporosis International*, 1994, 4:298-304.

(127) Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY et al. Oral-contraceptive use and risk of hip fracture: A case-control study. *Lancet*, 1999, 353:1481-1484.

(128) Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY et al. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:1166-1172.

(129) O'Neill TW, Marsden D, Adams JE et al. Risk factors, falls, and fracture of the distal forearm in Manchester, UK. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1996, 50:288-292.

(130) O'Neill TW, Silman AJ, Naves DM et al. Influence of hormonal and reproductive factors on the risk of vertebral deformity in European women. European Vertebral Osteoporosis Study Group. *Osteoporosis International*, 1997, 7:72-78.

(131) Vessey M, Mant J, Painter R. Oral contraception and other factors in relation to hospital referral for fracture. Findings in a large cohort study. *Contraception*, 1998, 57:231-235.

(132) Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Oral contraceptive use and risk of fractures. *Contraception*, 2006, 73:571-576.

(133) Croxatto HB, Diaz S, Peralta O et al. Fertility regulation in nursing women. 4. Long-term influence of a low-dose combined oral-contraceptive initiated at day 30 postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1983, 27:13-25.

(134) Diaz S, Peralta O, Juez G et al. Fertility regulation in nursing women. 3. Short-term influence of a low-dose combined oral-contraceptive upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1983, 27:1-11.

(135) Gambrell RD. Immediate postpartum oral contraception. *Obstetrics and Gynecology*, 1970, 36:101-106.

(136) Guiloff E, Ibarrapo A, Zanartu J et al. Effect of contraception on lactation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1974, 118:42-45.

(137) Kaern T. Effect of an oral contraceptive immediately post partum on initiation of lactation. *British Medical Journal*, 1967, 3:644-645.

(138) Miller GH, Hughes LR. Lactation and genital involution effects of a new low-dose oral contraceptive on breast-feeding mothers and their infants. *Obstetrics and Gynecology*, 1970, 35:44-50.

(139) Nilsson S, Melbin T, Hofvander Y, Sundelin C, Valentin J, Nygren KG. Long-term follow-up of children breast-fed by women using oral contraceptives. *Contraception,* 1986, 34:443-453.

(140) Peralta O, Diaz S, Juez G et al. Fertility Regulation in Nursing Women. 5. Long-term influence of a low-dose combined oral-contraceptive initiated at day 90 postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1983, 27:27-38.

(141) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. *Contraception*, 1984, 30:505-522.

(142) World Health Organization Task Force on Oral Contraceptives Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. *Studies in Family Planning* ,1988,19:361-369.

(143) Heit JA, Kobbervig CE, James AH, Petterson TM, Bailey KR, Melton LJ, III. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Annals of Internal Medecine,* 2005, 143(10):697-706.

(144) McColl MD, Ramsay JE, Tait RC, Walker ID, McCall F, Conkie JA, et al. Risk factors for pregnancy associated venous thromboembolism. *Journal of Thrombosis & Haemostasis,* 1997, 78:1183-1188.

(145) Chan LY, Tam WH, Lau TK. Venous thromboembolism in pregnant Chinese women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98(3):471-5.

(146) Gherman RB, Goodwin TM, Leung B, Byrne JD, Hethumumi R, Montoro M. Incidence, clinical characteristics, and timing of objectively diagnosed venous thromboembolism during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology,* 1999, 94:730-734.

(147) Haggaz AA, Mirghani OA, Adam I. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium in Sudanese women. *International Journal of Obstetrics & Gynecology,* 2003, 83(3):309-310.

(148) Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium – a register-based case–control study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* 2008, 198(2):233-237.

(149) James KV, Lohr JM, Deshmukh RM, Cranley JJ. Venous thrombotic complications of pregnancy. *Cardiovascular Surgery*, 1996, 4(6):777-782.

(150) Larsen TB, Sorensen HT, Gislum M, Johnsen SP. Maternal smoking, obesity, and risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: a population-based nested case-control study. *Thrombosis Research,* 2007, 120(4):505-509.

(151) Lindqvist PG, Torsson J, Almqvist A, Bjorgell O. Postpartum thromboembolism: severe events might be preventable using a new risk score model. *Vascular Health Risk Management,* 2008, 4(5):1081-7.

(152) Pomp ER, Lenselink AM, Rosendaal FR, Doggen CJ. Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. *Journal of Thrombosis & Haemostasis,* 2008 6(4):632-637.

(153) Ros HS, Lichtenstein P, Bellocco R, Petersson G, Cnattingius S. Increased risks of circulatory diseases in late pregnancy and puerperium. *Epidemiology,* 2001, 12(4):456-460.

(154) Sharma S, Monga D. Venous thromboembolism during pregnancy and the post-partum period: incidence and risk factors in a large Victorian health service. *Australia & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology,* 2008, 48(1):44-49.

(155) Andersen BS, Steffensen FH, Sorensen HT, Nielsen GL, Olsen J. The cumulative incidence of venous thromboembolism during pregnancy and puerperium--an 11 year Danish population-based study of 63,300 pregnancies. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica,* 1998, 77(2):170-173.

(156) Larsen TB, Johnsen SP, Gislum M, Moller AI, Larsen H, Sorensen HT. ABO blood groups and risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. A population-based, nested case-control study. *Journal of Thrombosis & Haemostasis*, 2005, 3:300-304.

(157) Lindqvist PG, Dahlback B, Marsal K. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. *Obstetrics & Gynaecology,* 1999, 94:595-599.

(158) Heinemann LAJ, Dinger JC. Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women. *Contraception*, 2007, 75:328-36.

(159) Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: National follow-up study. *British Medical Journal,* 2009, 339(b2890).

(160) Glasier A, McNeilly AS, Howie PW. Fertility after childbirth: Changes in serum gonadotrophin levels in bottle and breast feeding women. *Clinical Endocrinology,* 1983, 19:493-501.

(161) Howie PW, McNeilly AS, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: Postpartum ovulation and menstruation in bottle and breast feeding mothers. *Clinical Endocrinology*, 1982;17:323-332.

(162) McNeilly AS, Howie PW, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: Adequacy of postpartum luteal phases. *Clinical Endocrinology*, 1982, 17:609-615.

(163) Campbell OMR, Gray RH. Characteristics and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* 1993, 169:55-60.

(164) Gray RH, Campbell OMR, Zacur HA, Labbok MH, MacRae SL. Postpartum return of ovarian activity in nonbreastfeeding women monitored by urinary assay. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1987, 64:645-650.

(165) Cronin TJ. Influence of lactation upon ovulation. *Lancet,* 1968, 292(7565):422-424.

(166) Lahteenmaki P. Influence of oral contraceptives on immediate postabortal pituitary-ovarian function. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1978, 76:1-38.

(167) Lahteenmaki P, et al. Coagulation factors in women using oral contraceptives or intrauterine contraceptive devices immediately after abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1981, 141:175-179.

(168) Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception,* 1998, 58:99-103.

(169) Niswonger JWH, et al. Oral contraceptives during immediate postabortal period. *Obstetrics and Gynecology*, 1968, 32:325-327.

(170) Peterson WF. Contraceptive therapy following therapeutic abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1974, 44:853-857.

(171) Tang OS, et al. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1999, 14:722-725.

(172) Tang OS, et al. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 2002, 17:99-102.

(173) Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception,* 2009; 80:355-362

(174) Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischaemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 2000, 284:72-78.

(175) Jick SS, et al. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1989, 59:618-621.

(176) Khader YS, et al. Oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*, 2003, 68:11-17.

(177) Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *British Medical Journal*, 1977, 2:729-730.

(178) Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*, 1998, 57:291-301.

(179) Nightingale AL, et al. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:265-274.

(180) Petitti D, et al. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *Journal of American Medical Association*, 1979, 242:1150-1154.

(181) Rosenberg L, et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:1065-1070.

(182) Straneva P, et al. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:78-83.

(183) Tanis BC, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:1787-1793.

(184) Van den bosch MA, et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2003, 1:439-444.

(185) WHO. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *Lancet*, 1995, 346:1575-1582.

(186) Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:493-498.

(187) Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002, 65:187-196.

(188) Pomp ER, le CS, Rosendaal FR et al. Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. *British Journal of Haematology*, 2007, 139:289-296.

(189) Schwartz SM, Petitti DB, Siscovick DS et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*, 1998, 29:2277-2284.

(190) Sidney S, Siscovick DS, Petitti DB et al. Myocardial infarction and use of low-dose oral contraceptives: a pooled analysis of 2 US studies. *Circulation*, 1998, 98:1058-1063.

(191) Sidney S, Petitti DB, Soff GA et al. Venous thromboembolic disease in users of low-estrogen combined estrogen-progestin oral contraceptives. *Contraception*, 2004, 70:3-10.

(192) Brunner Huber LR, Hogue CJ, Stein AD et al. Body mass index and risk for oral contraceptive failure: a case-cohort study in South Carolina. *Annals of Epidemiology*, 2006, 16:637-643.

(193) Brunner Huber LR, Toth JL. Obesity and oral contraceptive failure: findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *American Journal of Epidemiology*, 2007, 166:1306-1311.

(194) Brunner LR, Hogue CJ. The role of body weight in oral contraceptive failure: results from the 1995 national survey of family growth. *Annals of Epidemiology*, 2005, 15:492-499.

(195) Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:820-827.

(196) Holt VL, Scholes D, Wicklund KG et al. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:46-52.

(197) Vessey M. Oral contraceptive failures and body weight: findings in a large cohort study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2001, 27:90-91.

(198) O'Connell KJ, Osborne LM, Westoff C. Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs. a low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:323-327.

(199) Heinemann LA, et al. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. *Contraception*, 1998, 57:29-37.

(200) Lewis MA, et al. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1997, 56:129-140.

(201) WHO. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:505-510.

(202) WHO. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:498-505.

(203) WHO. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1997, 349:1202-1209.

(204) Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *Journal of American Medical Association*, 1975, 231:718-722.

(205) Croft P, Hannaford P. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *British Medical Journal*, 1989, 298:165-168.

(206) D'Avanzo B, et al. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48:324-328.

(207) Dunn NR, et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*, 1999, 82:581-583.

(208) Hannaford P, Croft P, Kay CR. Oral contraception and stroke: Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*, 1994, 25:935-942.

(209) Kemmeren JM, et al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischaemic stroke. *Stroke*, 2002, 33:1202-1208.

(210) Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *British Medical Journal*, 1993, 306:956-963.

(211) Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1995, 102:153-159.

(212) Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*, 2003, 67:19-24.

(213) Narkiewicz K, et al. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *American Journal of Hypertension*, 1995, 8:249-253.

(214) Siritho S, et al. Risk of ischaemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke*, 2003, 34:1575-1580.

(215) Lubianca JN, Moreira LB, Gus M et al. Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 2005, 19:451-455.

(216) Aberg H, Karlsson L, Melander S. Studies on toxaemia of pregnancy with special reference to blood pressure. II. Results after 6-11 years' follow-up. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 1978, 83:97-102.

(217) Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstetrics & Gynecology*, 1970, 35:371-376.

(218) Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension]. [German]. *Zentralblatt fur Gynäkologie*, 1987, 109:527-531.

(219) Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:733-739.

(220) Sibai BM, et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:501-509.

(221) Sibai BM, et al. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1995, 172:125-129.

(222) Anderson BS, Olsen J, Nielsen GL et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 1998, 79:28-31.

(223) Aznar J, Mira Y, Vaya A et al. Factor V Leiden and prothrombin G20210A mutations in young adults with cryptogenic ischaemic stroke. *Thrombosis & Haemostasis*, 2004, 91:1031-1034.

(224) Bennet L, Odeberg H. Resistance to activated protein C, highly prevalent amongst users of oral contraceptives with venous thromboembolism. *Journal of Internal Medicine*, 1998, 244:27-32.

(225) Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen [comment]. *Lancet*, 1995, 346:1593-1596.

(226) Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM et al. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects [comment]. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:49-52.

(227) de Bruijn SF, Stam J, Koopman MM et al. Case-control study of risk of cerebral sinu thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group. *British Medical Journal*, 1998, 316:589-592.

(228) Emmerich J, Rosendaal FR, Cattaneo M et al. Combined effect of factor V Leiden and prothrombin 20210A on the risk of venous thromboembolism – pooled analysis of 8 case-control studies including 2310 cases and 3204 controls. Study Group for Pooled-Analysis in Venous Thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 2001, 86:809-816.

(229) Gadelha T, Andre C, Juca AA et al. Prothrombin 20210A and oral contraceptive use as risk factors for cerebral venous thrombosis. *Cerebrovascular Diseases*, 2005, 19:49-52.

(230) Legnani C, Palareti G, Guazzaloca G et al. Venous thromboembolism in young women: role of throbophilic mutations and oral contraceptive use. *European Heart Journal*, 2002, 23:984-990.

(231) Martinelli I, Sacchi E, Landi G et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. [comment]. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1793-1797.

(232) Martinelli I, Taioli E, Bucciarelli P et al. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 1999, 19:700-703.

(233) Martinelli I, Battaglioli T, Bucciarelli P et al. Risk factors and recurrence rate of primary deep vein thrombosis of the upper extremities. *Circulation*, 2004, 110:566-570.

(234) Martinelli I, Battaglia C, Burgo I et al. Oral contraceptive use, thrombophilia and their interaction in young women with ischaemic stroke. *Haematologica*, 2006, 91:844-847.

(235) Middeldorp S, Meinardi JR, Koopman MM et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. [comment]. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 135:322-327.

(236) Pabinger I, Schneider B. Thrombotic risk of women with hereditary antithrombin III-, protein C- and protein S-deficiency taking oral contraceptive medication. The GTH Study Group on Natural Inhibitors. *Thrombosis & Haemostasis*, 1994, 71:548-552.

(237) Pezzini A, Grassi M, Iacoviello L et al. Inherited thrombophilia and stratification of ischaemic stroke risk among users of oral contraceptives. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2007, 78:271-276.

(238) Santamaria A, Mateo J, Oliver A et al. Risk of thrombosis associated with oral contraceptives of women from 97 families with inherited thrombophilia: high risk of thrombosis in carriers of the G20210A mutation of the prothrombin gene. *Haematologica*, 2001, 86:965-971.

(239) Slooter AJ, Rosendaal FR, Tanis BC et al. Prothrombotic conditions, oral contraceptives, and the risk of ischaemic stroke. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2005, 3:1213-1217.

(240) Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk of venous thromboembolism? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:105-112.

(241) van Boven HH, Vandenbroucke JP, Briet E et al. Gene-gene and gene-environment interactions determine risk of thrombosis in families with inherited antithrombin deficiency. *Blood*, 1999, 94:2590-2594.

(242) van Vlijmen EF, Brouwer JL, Veeger NJ et al. Oral contraceptives and the absolute risk of venous thromboembolism in women with single or multiple thrombophilic defects: results from a retrospective family cohort study. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:282-289.

(243) Vandenbroucke JP, Koster T, Briet E et al. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. [comment]. *Lancet*, 1994, 344:1453-1457.

(244) Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:452-457.

(245) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.

(246) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.

(247) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.

(248) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.

(249) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427-433.

(250) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.

(251) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.

(252) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.

(253) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephristis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.

(254) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.

(255) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.

(256) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.

(257) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.

(258) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'eclinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.

(259) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.

(260) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609-612.

(261) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.

(262) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.

(263) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.

(264) Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchyakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.

(265) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus – a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.

(266) Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systematic lupus erythematosus: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology,* 2009, 114(2 Pt 1):341-53.

(267) Carolei A, Marini C, De Matteis G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. *Lancet*, 1996, 347:1503-1506.

(268) Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *British Medical Journal*, 1999, 318:13-18.

(269) Tzourio C, Tehindrazanarivelo A, Iglesias S et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *British Medical Journal*, 1995, 310:830-833.

(270) Oral contraceptives and stroke in young women. Associated risk factors. *Journal of American Medical Association*, 1975, 231:718-722.

(271) Etminan M, Takkouche B, Isorna FC et al. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *British Medical Journal*, 2005, 330:63.

(272) Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy, and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. (Letter). *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1996, 103:94.

(273) Nightingale AL, Farmer RD. Ischaemic stroke in young women: a nested case-control study using the UK General Practice Research Database. *Stroke*, 2004, 35:1574-1578.

(274) Cromer BA, Smith RD, Blair JM et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94 :687-694.

(275) Deijen JB, Duyn KJ, Jansen WA et al. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 1992, 46:359-367.

(276) Duke JM, Sibbritt DW, Young AF. Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women? *Contraception*, 2007, 75:27-31.

(277) Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 14:71-76.

(278) Herzberg BN, Draper KC, Johnson AL et al. Oral contraceptives, depression, and libido. *British Medical Journal*, 1971, 3:495-500.

(279) Koke SC, Brown EB, Miner CM. Safety and efficacy of fluoxetine in patients who receive oral contraceptive therapy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 187:551-555.

(280) O'Connell K, Davis AR, Kerns J. Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contraception*, 2007, 75:299-304.

(281) Westoff C, Truman C. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-240.

(282) Westoff C, Truman C, Kalmuss D et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-245.

(283) Young EA, Kornstein SG, Harvey AT et al. Influences of hormone-based contraception on depressive symptoms in premenopausal women with major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 2007, 32:843-853.

(284) Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. [Review] [1 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000,CD000154.

(285) Davis L, Kennedy SS, Moore J et al. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007,CD001019.

(286) Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002, 66:393-399.

(287) Proctor ML, Roberts H, Farquhar C. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, CD002120.

(288) Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO et al. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 20:68-69.

(289) Berkowitz RS, Goldstein DP, Marean AR et al. Oral contraceptives and post-molar trophoblastic disease. *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 58:474-477.

(290) Curry SL, et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:805-809.

(291) Deicas RE, et al. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-226.

(292) Goldberg GL, Cloete K, Bloch B et al. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1987, 94:22-25.

(293) Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-217.

(294) Morrow P, Nakamura R, Schlaerth J et al. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 151:906-914.

(295) Gaffield ME, Kapp K, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception,* 2009; 80:363-371.

(296) Eddy GL, Schlaerth JB, Natlick RH et al. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstetrics & Gynecology*, 1983, 62:736-740.

(297) Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-1167.

(298) Black MM, Barclay THC, Polednak A et al. Family history, oral contraceptive usage, and breast cancer. *Cancer*, 1983, 51:2147-2151.

(299) Brinton LA, Hoover R, Szklo M et al. Oral contraceptives and breast cancer. *International Journal of Epidemiology*, 1982, 11:316-322.

(300) Brohet RM, Goldgar DE, Easton DF et al. Oral contraceptives and breast cancer risk in the International BRCA1/2 Carrier Cohort Study: A report from EMBRACE, GENEPSO, GEO-HEBON, and the IBCCS Collaborating Group. *Journal of Clinical Oncology*, 2007, 25 :3831-3836.

(301) Claus EB, Stowe M, Carter D. Oral contraceptives and the risk of ductal breast carcinoma in situ. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2003, 81:129-136.

(302) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *Lancet*, 2001, 358:1389-1399.

(303) Grabrick DM, Hartmann LC, Cerhan JR et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer [comment]. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:1791-1798.

(304) Gronwald J, Byrski T, Huzarski T et al. Influence of selected lifestyle factors on breast and ovarian cancer risk in BRCA1 mutation carriers from Poland. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2006, 95:105-109.

(305) Haile RW, Thomas DC, McGuire V et al. BRCA1 and BRCA2 mutation carriers, oral contraceptive use, and breast cancer before age 50. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2006, 15:1863-1870.

(306) Harris NV, Weiss NS, Francis AM et al. Breast cancer in relation to patterns of oral contraceptive use. *American Journal of Epidemiology*, 1982, 116:643-651.

(307) Hennekens CH, Speizer FE, Lipnick RJ et al. A case-control study of oral contraceptive use and breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1984, 72:39-42.

(308) Jernstrom H, Loman N, Johannsson OT et al. Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early-onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing. *European Journal of Cancer*, 2005, 41:2312-2320.

(309) Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:2025-2032.

(310) Milne RL, Knight JA, John EM et al. Oral contraceptive use and risk of early-onset breast cancer in carriers and noncarriers of BRCA1 and BRCA2 mutations. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2005, 14 :350-356.

(311) Narod S, Dube MP, Klijn J et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002, 94:1773-1779.

(312) Rosenberg L, Palmer JR, Rao RS et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 143:25-37.

(313) Silvera SAN, Miller AB, Rohan TE. Oral contraceptive use and risk of breast cancer among women with a family history of breast cancer: a prospective cohort study. *Cancer Causes and Control*, 2005, 16:1059-1063.

(314) Ursin G, Henderson BE, Haile RW et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Research*, 1997, 57:3678-3681.

(315) Ursin G, Ross RK, Sullivan-Halley J et al. Use of oral contraceptives and risk of breast cancer in young women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1998, 50:175-184.

(316) Gaffield ME, Culwell KR, Ravi A. Oral contraceptives and family history of breast cancer. *Contraception*, 2009; 80:372-380

(317) Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. The Italian MEGIC Group. *Genitourinary Medicine*, 1993, 69:123-125.

(318) Ackers JP, Lumsden WH, Catterall RD et al. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with *T. vaginalis*. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:319-323.

(319) Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, Escobedo dlP. Prevalence and risk factors for *Chlamydia trachomatis* infection in low-income rural and suburban populations of Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:283-288.

(320) Addiss DG, Vaughn ML, Holzhueter MA et al. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Family Planning Perspectives*, 1987, 19:252-256.

(321) Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:118-124.

(322) Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhea. *Journal of American Medical Association*, 1984, 251:2822-2824.

(323) Avonts D, Sercu M, Heyerick P et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:23-29.

(324) Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-385.

(325) Barbone F, Austin H, Louv WC et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:510-514.

(326) Barnes RC, Katz BP, Rolfs RT et al. Quantitative culture of endocervical *Chlamydia trachomatis*. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:774-780.

(327) Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:307-309.

(328) Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhea in women – influence of the contraceptive pill. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 2:21-24.

(329) Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and *Chlamydia trachomatis* infection. *Advances in Contraception*, 1988, 4:233-239.

(330) Bontis J, Vavilis D, Panidis D et al. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Advances in Contraception*, 1994, 10:309-315.

(331) Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit *Trichomonas vaginalis*? *Sexually Transmitted Diseases*, 1979, 6:261-263.

(332) Bro F, Juul S. Predictors of *Chlamydia trachomatis* infection in women in general practice. *Family Practice*, 1990, 7:138-143.

(333) Burns DC, Darougar S, Thin RN et al. Isolation of *Chlamydia* from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:314-318.

(334) Ceruti M, Canestrelli M, Condemi V et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1994, 21:119-123.

(335) Chacko M, Lovchik J. *Chlamydia trachomatis* infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, 1984, 73 :836-840.

(336) Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:209-216.

(337) Crowley T, Horner P, Hughes A et al. Hormonal factors and the laboratory detection of *Chlamydia trachomatis* in women: implications for screening? *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8:25-31.

(338) Edwards D, Phillips D, Stancombe S. *Chlamydia trachomatis* infection at a family planning clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:333-335.

(339) Evans BA, Kell PD, Bond RA et al. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *International Journal of STD & AIDS*, 2003, 14:30-36.

(340) Evans DL, Demetriou E, Shalaby H et al. Detection of *Chlamydia trachomatis* in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clinical Pediatrics*, 1988, 27:223-228.

(341) Fish AN, Fairweather DV, Oriel JD et al. *Chlamydia trachomatis* infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1989, 31:67-74.

(342) Fouts AC, Kraus SJ. *Trichomonas vaginalis*: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *Journal of Infectious Diseases*, 1980, 141:137-143.

(343) Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in female adolescents. *Pediatrics*, 1983, 71:333-336.

(344) Gertig DM, Kapiga SH, Shao JF et al. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourinary Medicine*, 1997, 73:39-43.

(345) Green J, de Gonzalez AB, Smith JS et al. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *Br J Cancer*, 2003, 88:1713-1720.

(346) Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourinary Medicine*, 1985, 61:67.

(347) Han Y, Morse DL, Lawrence CE et al. Risk profile for *Chlamydia* infection in women from public health clinics in New York State. *Journal of Community Health*, 1993, 18:1-9.

(348) Handsfield HH, Jasman LL, Roberts PL et al. Criteria for selective screening for *Chlamydia trachomatis* infection in women attending family planning clinics. *Journal of American Medical Association*, 1986, 255:1730-1734.

(349) Hanna NF, Taylor-Robinson D, Kalodiki-Karamanoli M et al. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1985, 92:1267-1271.

(350) Harrison HR, Costin M, Meder JB et al. Cervical *Chlamydia trachomatis* infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:244-251.

(351) Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:217-220.

(352) Herrmann B, Espinoza F, Villegas RR et al. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine*, 1996, 72:20-26.

(353) Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *British Journal of Venereal Diseases*, 1970, 46:106-107.

(354) Hilton AL, Richmond SJ, Milne JD et al. *Chlamydia* A in the female genital tract. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:1-10.

(355) Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H et al. A nationwide sentinel clinic survey of *Chlamydia trachomatis* infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:252-258.

(356) Jacobson DL, Peralta L, Farmer M et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-319.

(357) Jaffe LR, Siqueira LM, Diamond SB et al. *Chlamydia trachomatis* detection in adolescents. A comparison of direct specimen and tissue culture methods. *Journal of Adolescent Health Care*, 1986, 7:401-404.

(358) Jick H, Hannan MT, Stergachis A et al. Vaginal spermicides and gonorrhea. *Journal of American Medical Association*, 1982, 248:1619-1621.

(359) Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:176-177.

(360) Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhea in women using different methods of contraception. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 03:17:00-19.

(361) Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with *Chlamydia trachomatis* in women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:187-190.

(362) Lavreys L, Chohan B, Ashley R et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-363.

(363) Lefevre JC, Averous S, Bauriaud R et al. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 1988, 15:110-113.

(364) Louv WC, Austin H, Perlman J et al. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:396-402.

(365) Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of *Neisseria gonorrhoeae* from women with gonorrhea. *Journal of Infectious Diseases*, 1976, 133:621-626.

(366) Lycke E, Lowhagen GB, Hallhagen G et al. The risk of transmission of genital *Chlamydia trachomatis* infection is less than that of genital *Neisseria gonorrhoeae* infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1980, 7:6-10.

(367) Macaulay ME, Riordan T, James JM et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. Chlamydia infection–the identification of a high-risk group. *Epidemiology & Infection*, 1990, 104:55-61.

(368) Magder LS, Harrison HR, Ehret JM et al. Factors related to genital Chlamydia trachomatis and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:298-308.

(369) Magder LS, Klontz KC, Bush LH et al. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical *Chlamydia trachomatis* infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:781-784.

(370) Masse R, Laperriere H, Rousseau H et al. *Chlamydia trachomatis* cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 1991, 145:953-961.

(371) McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of *Neisseria gonorrhoeae*. *Journal of American Medical Association*, 1982, 247:1292-1294.

(372) Morrison CS, Bright P, Wong EL et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:561-567.

(373) Nayyar KC, O'Neill JJ, Hambling MH et al. Isolation of *Chlamydia trachomatis* from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:396-398.

(374) Oh MK, Feinstein RA, Soileau EJ et al. *Chlamydia trachomatis* cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989, 10:376-381.

(375) Oriel JD, Powis PA, Reeve P et al. Chlamydial infections of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:11-16.

(376) Oriel JD, Johnson AL, Barlow D et al. Infection of the uterine cervix with *Chlamydia trachomatis*. *Journal of Infectious Diseases*, 1978, 137:443-451.

(377) Paavonen J, Vesterinen E. *Chlamydia trachomatis* in cervicitis and urethritis in women. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1982, 32:45-54.

(378) Park BJ, Stergachis A, Scholes D et al. Contraceptive methods and the risk of *Chlamydia trachomatis* infection in young women. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:771-778.

(379) Pereira LH, Embil JA, Haase DA et al. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 131:683-692.

(380) Rahm VA, Odlind V, Pettersson R. *Chlamydia trachomatis* in sexually active teenage girls. Factors related to genital chlamydial infection: a prospective study. *Genitourinary Medicine*, 1991, 67:317-321.

(381) Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*, and *Trichomonas vaginalis* infections of the vagina. *Journal of Family Practice*, 1989, 28:673-680.

(382) Ripa KT, Svensson L, Mardh PA et al. *Chlamydia trachomatis* cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstetrics & Gynecology*, 1978, 52:698-702.

(383) Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM et al. Direct immunofluorescence for *Chlamydia trachomatis* on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-297.

(384) Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *Western Journal of Medicine*, 1983, 138:375-379.

(385) Sellors JW, Karwalajtys TL, Kaczorowski J et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 2003, 168:421-425.

(386) Sessa R, Latino MA, Magliano EM et al. Epidemiology of urogenital infections caused by *Chlamydia trachomatis* and outline of characteristic features of patients at risk. *Journal of Medical Microbiology*, 1994, 41:168-172.

(387) Shafer MA, Beck A, Blain B et al. *Chlamydia trachomatis*: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *Journal of Pediatrics*, 1984, 104:141-146.

(388) Smith JS, Herrero R, Munoz N et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:187-194.

(389) Staerfelt F, Gundersen TJ, Halsos AM et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1983, 40:53-57.

(390) Svensson L, Westrom L, Mardh PA. *Chlamydia trachomatis* in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:259-262.

(391) Tait IA, Rees E, Hobson D et al. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1980, 56:37-45.

(392) Vaccarella S, Herrero R, Dai M et al. Reproductive factors, oral contraceptive use, and human papillomavirus infection: pooled analysis of the IARC HPV prevalence surveys. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2006, 15:2148-2153.

(393) Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *British Journal of Venereal Diseases*, 1978, 54:341-343.

(394) Winer RL, Lee SK, Hughes JP et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students.[erratum appears in Am J Epidemiol. 2003 May 1;157(9):858]. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 157:218-226.

(395) Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of *Chlamydia trachomatis* in rural and urban populations. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:30-36.

(396) Wolinska WH, Melamed MR. *Herpes genitalis* in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytologica*, 1970, 14:239-242.

(397) Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1977, 53:93-95.

(398) Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV.[comment]. *British Medical Journal*, 1992, 304:809-813.

(399) Aklilu M, Messele T, Tsegaye A et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.

(400) Allen S, Serufilira A, Gruber V et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-710.

(401) Baeten JM, Benki S, Chohan V et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:1771-1777.

(402) Chao A, Bulterys M, Musanganire F et al. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. National University of Rwanda-Johns Hopkins University AIDS Research Team. *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23:371-380.

(403) Cohen CR, Duerr A, Pruithithada N et al. Bacterial vaginosis and HIV seroprevalence among female commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. *AIDS*, 1995, 9:1093-1097.

(404) Criniti A, Mwachari CW, Meier AS et al. Association of hormonal contraception and HIV-seroprevalence in Nairobi, Kenya. *AIDS*, 2003, 17:2667-2669.

(405) de Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV.[comment]. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:341-346.

(406) Ellerbrock TV, Lieb S, Harrington PE et al. Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community.[comment]. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:1704-1709.

(407) Gray JA, Dore GJ, Li Y et al. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*, 1997, 11:89-94.

(408) Guimaraes MD, Munoz A, Boschi-Pinto C et al. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:538-547.

(409) Hira SK, Kamanga J, Macuacua R et al. Oral contraceptive use and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS*, 1990, 1:447-448.

(410) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.

(411) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.

(412) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Mastro TD et al. HIV-1 seroconversion in a prospective study of female sex workers in northern Thailand: continued high incidence among brothel-based women. *AIDS*, 1998, 12:1889-1898.

(413) Kunanusont C, Foy HM, Kreiss JK et al. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *Lancet*, 1995, 345:1078-1083.

(414) Laga M, Manoka A, Kivuvu M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study.[comment]. *AIDS*, 1993, 7:95-102.

(415) Lavreys L, Baeten JM, Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. *AIDS*, 2004, 18:695-697.

(416) Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Saisorn S et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-35.

(417) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-1059.

(418) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.

(419) Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*, 2007, 21:85-95.

(420) Moss GB, Clemetson D, D'Costa L et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: results of a study of couples in Nairobi, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 164:588-591.

(421) Myer L, Denny L, Wright TC et al. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:166-174.

(422) Nagachinta T, Duerr A, Suriyanon V et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-1772.

(423) Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M et al. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission.[comment]. *Epidemiology*, 1994, 5:570-575.

(424) Nzila N, Laga M, Thiam MA et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-721.

(425) Pineda JA, Aguado I, Rivero A et al. HIV-1 infection among non-intravenous drug user female prostitutes in Spain. No evidence of evolution to pattern II. *AIDS*, 1992, 6:1365-1369.

(426) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.

(427) Plummer FA, Simonsen JN, Cameron DW et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:233-239.

(428) Rehle T, Brinkmann UK, Siraprapasiri T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-331.

(429) Saracco A, Musicco M, Nicolosi A et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:497-502.

(430) Simonsen JN, Plummer FA, Ngugi EN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4:139-144.

(431) Sinei SK, Fortney JA, Kigondu CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.

(432) Siraprapasiri T, Thanprasertsuk S, Rodklay A et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-582.

(433) Spence MR, Robbins SM, Polansky M et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-145.

(434) Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-88.

(435) Temmerman M, Chomba EN, Ndinya-Achola J et al. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:495-501.

(436) Ungchusak K, Rehle T, Thammapornpilap P et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology* 1998,18:192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-507.

(437) Allen S, Stephenson R, Weiss H et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *Journal of Women's Health (Larchmont)*, 2007, 16:1017-1027.

(438) Cejtin HE, Jacobson L, Springer G et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-1704.

(439) Clark RA, Kissinger P, Williams T. Contraceptive and sexually transmitted diseases protection among adult and adolescent women infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:439-442.

(440) Clark RA, Thrall KP, Amedee AM et al. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34:870-872.

(441) Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *Journal of American Medical Association*, 1993, 269:2860-2864.

(442) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *British Medical Journal*, 1992, 304:809-813.

(443) Kaul R, Kimani J, Nagelkerke NJ et al. Risk factors for genital ulcerations in Kenyan sex workers. The role of human immunodeficiency virus type 1 infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:387-392.

(444) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:1598-1606.

(445) Kovacs A, Wasserman SS, Burns D et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.

(446) Kreiss J, Willerford DM, Hensel M et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-1601.

(447) Lavreys L, Chohan V, Overbaugh J et al. Hormonal contraception and risk of cervical infections among HIV-1-seropositive Kenyan women. *AIDS*, 2004, 18:2179-2184.

(448) Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.

(449) Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D et al. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:749-753.

(450) Seck K, Samb N, Tempesta S et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77:190-193.

(451) Stringer EM, Kaseba C, Levy J et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs. hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.

(452) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Phuapradit W et al. Use of Norplant implants in asymptomatic HIV-1 infected women. *Contraception*, 1997, 55:205-207.

(453) Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1-positive mothers. *Contraception*, 2001, 64:39-41.

(454) Wang CC, McClelland RS, Overbaugh J et al. The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1. *AIDS*, 2004, 18:205-209.

(455) el Raghy I, et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-377.

(456) Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenologica*, 1969, 16:308-310.

(457) Gad-el-Mawla N, et al. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *Journal of Egyptian Medical Association*, 1972, 55:137-147.

(458) Shaaban MM, et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception*, 1982, 26:75-82.

(459) Shaaban MM, et al. Effective of oral contraception on serum bile acid. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1984, 22:111-115.

(460) Sy FS, et al. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*, 1986, 34:283-294.

(461) Tagy AH, et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depo Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-176.

(462) Beck P, Wells SA. Comparison of the mechanisms underlying carbohydrate intolerance in subclinical diabetic women during pregnancy and during post-partum oral contraceptive steroid treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1969, 29:807-818.

(463) Kjos SL, Peters RK, Xiang A et al. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *Journal of American Medical Association*, 1998, 280:533-538.

(464) Kung AW, Ma JT, Wong VC et al. Glucose and lipid metabolism with triphasic oral contraceptives in women with history of gestational diabetes. *Contraception*, 1987, 35:257-269.

(465) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in gestational diabetic women during contraceptive treatment: effects on glucose tolerance and fatty acid composition of serum lipids. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 1982, 13:17-29.

(466) Skouby SO, Molsted-Pedersen L, Kuhl C. Low dosage oral contraception in women with previous gestational diabetes. *Obstetrics & Gynecology*, 1982, 59:325-328.

(467) Skouby SO, Andersen O, Kuhl C. Oral contraceptives and insulin receptor binding in normal women and those with previous gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:802-807.

(468) Skouby SO, Andersen O, Saurbrey N et al. Oral contraception and insulin sensitivity: in vivo assessment in normal women and women with previous gestational diabetes. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1987, 64:519-523.

(469) Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL et al. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2006, 29:613-617.

(470) Kjos SL, Shoupe D, Douyan S et al. Effect of low-dose oral contraceptives on carbohydrate and lipid metabolism in women with recent gestational diabetes: results of a controlled, randomized, prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:1822-1827.

(471) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)*, 1982, 101:134-139.

(472) Skouby SO, Kuhl C, Molsted-Pedersen L et al. Triphasic oral contraception: metabolic effects in normal women and those with previous gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:495-500.

(473) Beck P, Arnett DM, Alsever RN et al. Effect of contraceptive steroids on arginine-stimulated glucagon and insulin secretion in women. II. Carbohydrate and lipid physiology in insulin-dependent diabetics. *Metabolism*, 1976, 25:23-31.

(474) Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *Journal of Obstetrics and Gynecological Research*, 2000, 26:17-26.

(475) Garg SK, Chase P, Marshall G et al. Oral contraceptives and renal and retinal complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of American Medical Association*, 1994, 271:1099-1102.

(476) Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN et al. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 2006, 22:198-206.

(477) Margolis KL, Adami H-O, Luo J et al. A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. *Fertility & Sterility*, 2007, 88:310-316.

(478) Petersen KR, Skouby SO, Sidelmann J et al. Assessment of endothelial function during oral contraception on women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Metabolism*, 1994, 43:1379-1383.

(479) Petersen KR, Skouby SO, Jespersen J. Balance of coagulation activity with fibrinolysis during use of oral contraceptives in women with insulin-dependent diabetes mellitus. *International Journal of Fertility*, 1995, 40:105-111.

(480) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on serum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Hormone Metabolism Research*, 1982, 14:61-65.

(481) Skouby SO, Jensen BM, Kuhl C et al. Hormonal contraception in diabetic women: acceptability and influence on diabetes control and ovarian function of a nonalkylated estrogen/progestogen compound. *Contraception*, 1985, 32:23-31.

(482) Skouby SO, Molsted-Petersen L, Kuhl C et al. Oral contraceptives in diabetic women: metabolic effects of four compounds with different estrogen/progestogen profiles. *Fertility & Sterility*, 1986, 46:858-864.

(483) Di Martino V, Lebray P, Myers RP et al. Progression of liver fibrosis in women infected with hepatitis C: Long-term benefit of estrogen exposure. *Hepatology*, 2004, 40:1426-1433.

(484) Libbrecht L, Craninx M, Nevens F et al. Predictive value of liver cell dysplasia for development of hepatocellular carcinoma in patients with non-cirrhotic and cirrhotic chronic viral hepatitis. *Histopathology*, 2001, 39:66-73.

(485) Eisalo A, Konttinen A, Hietala O. Oral contraceptives after liver disease. *British Medical Journal*, 1971, 3:561-562.

(486) Peishan Wang, Zemin Lai, Jinlan Tang et al. Safety of hormonal steroid contraceptive use for hepatitis B virus carrier women. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2000, 9:245-246.

(487) Shaaban MM, Hammad WA, Fathalla MF et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with past viral hepatitis. *Contraception*, 1982, 26:65-74.

(488) Schweitzer IL, Weiner JM, McPeak CM et al. Oral contraceptives in acute viral hepatitis. *Journal of American Medical Association*, 1975, 233:979-980.

(489) Kapp N, Tilley IB, Curtis KM. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatistis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception,* 2009; 80: 3812-386.

(490) D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroentérologie clinique et biologique*, 2001, 25:1008-1010.

(491) Mathieu D, Kobeiter H, Maison P et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*, 2000, 118:560-564.

(492) Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception,* 2009; 80: 387-390.

(493) Back DJ, Bates M, Bowden A et al. The interaction of Phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 1980, 22:495-503.

(494) Doose DR, Wang S, Padmanabhan M et al. Effects of topiramate or carbamazepine on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in healthy obese and nonobese female subjects. *Epilepsia*, 2003, 44:540-549.

(495) Fattore C, Cipolla G, Gatti G et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*, 1999, 40:783-787.

(496) Rosenfeld WE, Doose DR, Walker SA et al. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997, 38:317-323.

(497) Christensen J, Petrenaite V, Atterman J et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia*, 2007, 48:484-489.

(498) Contin M, Albani F, Ambrosetto G et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 2006, 47:1573-1575.

(499) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.

(500) Sabers A, Buchholt JM, Uldall P et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, 2001, 47:151-154.

(501) Sabers A, Ohman I, Christensen J et al. Oral contraceptives reduce lamotrigine plasma levels. *Neurology*, 2003, 61:570-571.

(502) Back DJ, Breckenridge AM, MacIver M et al. The effects of ampicillin on oral contraceptive steroids in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1982, 14:43-48.

(503) Back DJ, Grimmer SF, Orme ML et al. Evaluation of the Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1988, 25:527-532.

(504) Back DJ, Tjia J, Martin C et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1991, 43:317-323.

(505) Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *British Medical Journal*, 1980, 280:293.

(506) Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 1986, 61:453-455.

(507) Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. [comment]. *Australian Family Physician*, 1995, 24:928-929.

(508) Bromham DR. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *British Medical Journal*, 1993, 306:556-557.

(509) Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. [comment]. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990, 22:124-125.

(510) Csemiczky G, Alvendal C, Landgren BM. Risk for ovulation in women taking a low-dose oral contraceptive (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with a fluoroquinoline (ofloxacin). *Advances in Contraception*, 1996, 12:101-109.

(511) de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficiency of oral contraception during use of minocycline]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, 134:1227-1229.

(512) DeSano EA Jr, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertility & Sterility*, 1982, 37:853-854.

(513) Donley TG, Smith RF, Roy B. Reduced oral contraceptive effectiveness with concurrent antibiotic use: a protocol for prescribing antibiotics to women of childbearing age. *Compendium*, 1990, 11:392-396.

(514) Friedman CI, Huneke AL, Kim MH et al. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 1980, 55:33-37.

(515) Grimmer SF, Allen WL, Back DJ et al. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*, 1983, 28:53-59.

(516) Helms SE, Bredle DL, Zajic J et al. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1997, 36:705-710.

(517) Hempel E, Bohm W, Carol W et al. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. [German]. *Zentralblatt fur Gynakologie*, 1973, 95:1451-1457.

(518) Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. [German]. *Zeitschrift fur Arztliche Forbildung (Jena)*, 1978, 72:924-926.

(519) Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica (English edition)*, 1989, 37:86-89.

(520) Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. [comment]. *British Journal of Dermatology*, 1990, 122:717-718.

(521) Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*, 1980, 22:643-652.

(522) Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *British Journal of Family Planning*, 1992, 18:41-44.

(523) Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *British Journal of Family Planning*, 1994, 20:33-35.

(524) Kovacs GT, Riddoch G, Duncombe P et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Medical Journal of Australia*, 1989, 150:549-551.

(525) Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. [French]. *Louvain Medical*, 1980, 99:413-414.

(526) London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Archives of Dermatology*, 1994, 130:392-393.

(527) Maggiolo F, Puricelli G, Dottorini M et al. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs Under Experimental and Clinical Research*, 1991, 17:451-454.

(528) Murphy AA, Zacur HA, Charache P et al. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1991, 164:28-33.

(529) Neely JL, Abate M, Swinker M et al. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, noretindrone, and endogenous progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 77:416-420.

(530) Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. [comment]. *New Zealand Medical Journal*, 1993, 106:436.

(531) Scholten PC, Droppert RM, Zwinkels MG et al. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy*, 1998, 42:3266-3268.

(532) Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *Journal of Adolescent Health Care*, 1983, 4:287-289.

(533) Sparrow MJ. Pill method failures. *New Zealand Medical Journal*, 1987, 100:102-105.

(534) Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *New Zealand Medical Journal*, 1989, 102:575-577.

(535) Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion - fourteen years experience. *New Zealand Medical Journal*, 1998, 111:386-388.

(536) van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. *British Medical Journal (Clinical research ed)*, 1984, 288:1125-1126.

(537) Wermeling DP, Chandler MH, Sides GD et al. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 86:78-84.

(538) Young LK, Farquhar CM, McCowan LM et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1994, 107:189-192.

(539) Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Pharmocokinetic overview of Ortho Evra/Evra. *Fertility & Sterility*, 2002, 77:s3-s12.

(540) Dogterom P, van den Heuvel MW, Thomsen T. Absence of pharmacokinetic interactions of the combined contraceptive vaginal ring NuvaRing with oral amoxicillin or doxycycline in two randomized trials. *Clinical Pharmacokinetics*, 2005, 44:429-438.

(541) Devenport MH, Crook D, Wynn V et al. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 27:851-859.

(542) Hilbert J, Messig M, Kuye O. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:218-223.

(543) Kovacs I, Somos P, Hamori M. Examination of the potential interaction between ketoconazole (Nizoral) and oral contraceptives with special regard to products of low hormone content (Rigevidon, anteovin). *Therapia Hungarica (English edition)*, 1986, 34:167-170.

(544) Lunell NO, Pschera H, Zador G et al. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal health women. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 1991, 32:91-97.

(545) McDaniel PA, Cladroney RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986, 20:384.

(546) Meyboom RH, van Puijenbroek EP, Vinks MH et al. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *New Zealand Medical Journal*, 1997, 110:300.

(547) Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new tirazole antifungal drug]. [German]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1989, 139:370-374.

(548) Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1998, 178:300-304.

(549) van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. [Dutch]. *Nederlands Tijedschrift voor Geneeskunde*, 1998, 142:146-149.

(550) van Puijenbroek EP, Egberts AC, Meyboom RH et al. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 47:689-693.

(551) Verhoeven CH, van den Heuvel MW, Mulders TM et al. The contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and antimycotic co-medication. *Contraception*, 2004, 69:129-132.

(552) Back DJ, Breckenridge AM, Grimmer SF et al. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*, 1984, 30:289-295.

(553) Croft AM, Herxheimer A. Adverse effects of the antimalaria drug, mefloquine: due to primary liver damage with secondary thyroid involvement? *BMC Public Health*, 2002, 2:6.

(554) Karbwang J, Looareesuwan S, Back DJ et al. Effect of oral contraceptive steroids on the clinical course of malaria infection and on the pharmacokinetics of mefloquine in Thai women. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66:763-767.

(555) McGready R, Stepniewska K, Seaton E et al. Pregnancy and use of oral contraceptives reduces the biotransformation of proguanil to cycloguanil. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2003, 59:553-557.

(556) Wanwimolruk S, Kaewvichit S, Tanthayaphinant O et al. Lack of effect of oral contraceptive use on the pharmacokinetics of quinine. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1991, 31:179-181.

(557) Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1979, 15:193-197.

(558) Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethynylestradiol in women. *Contraception*, 1980, 21:135-143.

(559) Barditch-Crovo P, Trapnell CB, Ette E et al. The effects of rifampicin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1999, 65:428-438.

(560) Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinyloestradiol in man. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)*, 1977, 85:189-197.

(561) Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Medical Journal of Zambia*, 1981, 15:23.

(562) Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *La Nouvelle presse médicale*, 1973, 2:2957.

(563) Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contrariants de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: a propos de trois grossesses non desiree chez trois malades. *Revue française des maladies respiratoires*, 1975, 2:174-182.

(564) Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception*, 1980, 21:617-629.

(565) Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*, 1974, 28:270-272.

(566) LeBel M, Masson E, Guilbert E et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 38:1042-1050.

(567) Meyer B, Muller F, Wessels P et al. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1990, 47:671-674.

(568) Nocke-Finke L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. [German]. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1521-1523.

(569) Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *La Nouvelle presse médicale*, 1975, 4:115-116.

(570) Reimers D, Jezek A. [the simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*, 1971, 25:255-262.

(571) Skolnick JL, Stoler BS, Katz DB et al. Rifampicin, oral contraceptives, and pregnancy. *Journal of American Medical Association*, 1976, 236:1382.

(572) Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:s13-s18.

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (APS)

Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola **LNG/ETG** = implantes de levonorgestrel y etonogestrel **D/NE** = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA				
EMBARAZO	NA	NA	NA	NA = No aplica **Aclaración**: No se requiere el uso de APS. No se conoce ningún daño para la mujer, el curso de su embarazo o el feto si los APS son usados accidentalmente durante el embarazo. Sin embargo, aún resta por esclarecer la relación del uso de AMPD durante el embarazo y sus efectos en el feto.
EDAD				**Evidencia**: La mayoría de los estudios muestra una densidad mineral ósea disminuida a lo largo del tiempo entre las usuarias de AMPD, pero la recuperan luego de interrumpir su uso. No se sabe todavía si el uso de AMPD en adolescentes afecta los niveles máximos de masa ósea o si las mujeres adultas con uso prolongado de AMPD pueden recuperar la densidad mineral ósea y volver a los niveles basales antes de la menopausia. Se desconoce la relación que existe entre los cambios asociados con el AMPD en la densidad mineral ósea durante los años reproductivos y el riesgo de fracturas en el futuro.(1-41) En los estudios no se han hallado efectos o bien se obtuvieron resultados inconsistentes respecto de los efectos de los APS, excepto los AMPD, en la densidad mineral ósea.(42-54)
a) Menarquia a < 18 años	1	2	1	
b) 18 a 45 años	1	1	1	
c) > 45 años	1	2	1	
PARIDAD				
a) Nulípara	1	1	1	
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	1	
LACTANCIA MATERNA				**Aclaración**: Existe cierta preocupación teórica que los/as recién nacidos/as puedan encontrarse en riesgo debido a la exposición a hormonas esteroideas durante las primeras seis semanas posparto. Sin embargo, en muchos lugares la morbididad del embarazo y los riesgos de mortalidad son altos, y el acceso a los servicios es limitado. En estos lugares, los APS pueden ser uno de los pocos métodos ampliamente disponibles y accesibles para las mujeres que están amamantando inmediatamente después del parto. **Evidencia**: La evidencia directa de estudios clínicos demuestra que que la administración de los APS no modifica el desarrollo de la lactancia materna (55-90) y, en general, no tiene efectos perjudiciales sobre la salud de los/as bebés amamantados/as de menos de 6 semanas de vida, como consecuencia de la exposición a través de la leche materna. Sin embargo, el diseño de estos estudios es inadecuado para determinar si existe un riesgo de efectos graves o leves a largo plazo.(55-59;67;69;71;73;80;83;84) Los datos de estudios en animales sugieren que la progestina tiene efecto en el cerebro en desarrollo; no está claro si en los humanos se producen efectos similares luego de la exposición a progestinas.(91-95)
a) < 6 semanas posparto	3	3	3	
b) ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna)	1	1	1	
c) ≥ 6 meses posparto	1	1	1	

Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola **LNG/ETG** = implantes de levonorgestrel y etonogestrel **D/NE** = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
POSPARTO (las mujeres que no estén amamantando)				
a) < 21 días	1	1	1	
b) ≥ 21 días	1	1	1	
POSTABORTO				**Aclaración**: La administración de los APS puede comenzar inmediatamente después de un aborto. **Evidencia**: Evidencia limitada sugiere que no hay efectos secundarios adversos cuando el Norplant o EN-NET se inician después de un aborto de primer trimestre.(96-99)
a) Primer trimestre	1	1	1	
b) Segundo trimestre	1	1	1	
c) inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO*	2	1	1	
HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA	1	1	1	
TABAQUISMO				
a) Edad < 35 años	1	1	1	
b) Edad ≥ 35 años				
(i) < 15 cigarrillos/día	1	1	1	
ii) ≥ 15 cigarrillos/día	1	1	1	
OBESIDAD				**Aclaración**: No hay evidencia de un aumento de peso diferencial en las adolescentes con peso normal y las adolescentes obesas que usan EN-NET; esta condición se clasifica como categoría 1. Sin embargo, la condición edad < 18 años se clasifica como categoría 2 debido a la evidencia sobre los efectos potenciales de EN-NET en la densidad mineral ósea. **Evidencia**: Las adolescentes obesas que utilizaron AMPD eran más propensas a aumentar de peso que las adolescentes obesas que no los utilizaban, las usuarias de AOC que eran obesas y las usuarias de AMPD que no eran obesas. No se observó esta relación en mujeres adultas. En un estudio pequeño no se observó incrementos en el aumento de peso en usuarias adolescentes de Norplant para cualquier categoría de peso inicial.(100-108)
a) IMC ≥ 30 kg/m^2	1	1	1	
b) Menarquia a <18 años e IMC ≥ 30 kg/m^2	1	AMPD =2 EN-NET= 1	1	
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE	NA	NA	NA	**Aclaración**: Se aconseja tomar la presión arterial antes de iniciar el uso de APS. Sin embargo, en algunos lugares no es factible medir la presión arterial. En muchos de estos lugares la morbilidad del embarazo y los riesgos de mortalidad son altos, y los APS constituyen uno de los pocos métodos ampliamente disponibles. En esos lugares, no se debe negar a las mujeres el uso de APS simplemente por no poder tomarles la presión arterial.

Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola **LNG/ETG** = implantes de levonorgestrel y etonogestrel **D/NE** = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES				
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	2	3	2	**Aclaración**: Cuando existen múltiples factores de riesgo importantes, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Algunos APS pueden aumentar el riesgo de una trombosis, aunque este aumento es sustancialmente menor que con los AOC. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante cierto tiempo después de su discontinuación.
HIPERTENSIÓN* Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.				
a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	2	2	2	**Aclaración**: Se aconseja tomar la presión arterial antes de iniciar el uso de APS. Sin embargo, en algunos lugares no es factible medir la presión arterial. En muchos de estos sitios, la morbilidad del embarazo y los riesgos de mortalidad son altos, y los APS constituyen uno de los pocos métodos ampliamente disponibles. En esos lugares, no se debe negar a las mujeres el uso de APS simplemente por no poder tomarles la presión arterial.
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	1	2	1	**Aclaración**: Las mujeres que reciben la terapia antihipertensiva adecuada están expuestas a un menor riesgo de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con aquellas sin tratar. Aunque no hay datos, las usuarias de APS con hipertensión adecuadamente controlada y vigilada deberían tener un riesgo menor de infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular en comparación con las usuarias hipertensas de APS sin tratar.
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)				**Evidencia**: Evidencia limitada sugiere que, entre las mujeres con hipertensión, quienes usan AOPS o inyectables de progestina sola pueden tener un riesgo mayor de eventos cardiovasculares en comparación con aquellas que no utilizan estos métodos.(109)
(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mm Hg	1	2	1	
(ii) sistólica ≥160 o diastólica ≥100 mm Hg	2	3	2	
d) Enfermedad vascular	2	3	2	
HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	1	1	1	

Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola **LNG/ETG** = implantes de levonorgestrel y etonogestrel **D/NE** = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)*				
a) Historia de TVP/EP	2	2	2	
b) TVP/EP aguda	3	3	3	**Evidencia**: No hay evidencia directa sobre el uso de APS en mujeres con TVP/EP que reciben terapia anticoagulante. Si bien la evidencia sobre el riesgo de trombosis venosa con el uso de APS en mujeres de otro modo sanas es inconsistente, cualquier pequeño aumento del riesgo es considerablemente menor que con el uso de AOC.(109-111)
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	2	2	2	**Evidencia**: No hay evidencia directa sobre el uso de APS en mujeres con TVP/EP que reciben terapia anticoagulante. Si bien la evidencia sobre el riesgo de trombosis venosa con el uso de APS en mujeres de otro modo sanas es inconsistente, cualquier pequeño aumento del riesgo es considerablemente menor que con el uso de AOC.(109-111) La evidencia disponible limitada indica que las inyecciones intramusculares de AMPD en mujeres que reciben terapia anticoagulante crónica no representan un riesgo significativo de hematoma en el sitio de la inyección ni aumento del riesgo de sangrado vaginal abundante o irregular. (112;113)
d) Historia familiar (familiares de primer grado)	1	1	1	
e) Cirugía mayor				
(i) con inmovilización prolongada	2	2	2	
(ii) sin inmovilización prolongada	1	1	1	
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (p. ej., factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	2	2	2	**Aclaración**: No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes.
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL				
a) Várices	1	1	1	
b) Tromboflebitis superficial	1	1	1	
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)*	I: 2 C: 3	3	I: 2 C: 3	
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR* (historia de accidente cerebrovascular)	I: 2 C: 3	3	I: 2 C: 3	
HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS	2	2	2	**Aclaración**: No son apropiados los estudios de lípidos de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes. Algunos tipos de hiperlipemias son factores de riesgo para enfermedades vasculares.

Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola **LNG/ETG** = implantes de levonorgestrel y etonogestrel **D/NE** = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
VALVULOPATÍA CARDÍACA				
a) Sin complicaciones	1	1	1	
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)	1	1	1	
ENFERMEDADES REUMÁTICAS				
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)* Las personas con LES tienen un riesgo mayor de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso. Las categorías asignadas a estas condiciones en los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* deben ser iguales para las mujeres con LES con estas condiciones. Para todas las categorías de LES, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; estas clasificaciones deben modificarse ante la presencia de dichos factores de riesgo. La evidencia disponible indica que muchas mujeres con LES pueden ser consideradas buenas candidatas para la mayoría de los métodos de anticoncepción, incluidos los anticonceptivos hormonales (114-132)				
		I / C		
a) Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o valor desconocido)	3	3 / 3	3	**Evidencia**: Los anticuerpos antifosfolípidos están asociados con un mayor riesgo de trombosis arterial y venosa.(133-135)
b) Trombocitopenia severa	2	3 / 2	2	
c) Terapia inmunosupresora	2	2 / 2	2	
d) Ninguna de las opciones anteriores	2	2 / 2	2	
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS				
CEFALEAS*	I / C	I / C	I / C	
a) No migrañosas (leves o intensas)	1 / 1	1 / 1	1 / 1	**Aclaración**: La clasificación depende de un diagnóstico preciso de los dolores de cabeza intensos que son migrañosos y los que no lo son. Debe evaluarse cualquier cefalea nueva o cambio notable en los dolores de cabeza. La clasificación es para las mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular. El riesgo de accidente cerebrovascular aumenta con la edad, la hipertensión y el tabaquismo.
b) Migraña				
(i) sin aura				
Edad < 35 años	1 / 2	2 / 2	2 / 2	
Edad ≥ 35 años	1 / 2	2 / 2	2 / 2	
(ii) con aura, a cualquier edad	2 / 3	2 / 3	2 / 3	
EPILEPSIA	1	1	1	**Aclaración**: Si una mujer está tomando fármacos anticonvulsivos, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. Ciertos fármacos anticonvulsivos reducen la efectividad de los APS.

Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.				
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación			**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	AOPS	**D/EN**	**LNG/ETG**	
AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola **LNG/ETG** = implantes de levonorgestrel y etonogestrel **D/NE** = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
TRASTORNOS DEPRESIVOS				
TRASTORNOS DEPRESIVOS	1	1	1	**Aclaración**: La clasificación se basa en los datos de mujeres con trastornos depresivos seleccionados. No existen datos acerca del trastorno bipolar o la depresión posparto. Existe la probabilidad de interacciones farmacológicas entre ciertos medicamentos antidepresivos y los anticonceptivos hormonales. **Evidencia**: El uso de APC no aumentó los síntomas de depresión en mujeres con esta condición en comparación con su estado basal.(136-139)
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO				
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL*				
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	2	2	2	
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	2	2	2	**Aclaración**: Un sangrado inusualmente abundante debe despertar la sospecha de una condición grave subyacente.
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA* (sospecha de una condición grave) Antes de la evaluación	2	3	3	**Aclaración**: Ante la sospecha de embarazo o de una condición patológica subyacente, tal como una neoplasia maligna pélvica, debe realizarse una evaluación y reajustar la categoría después de esta.
ENDOMETRIOSIS	1	1	1	
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS (incluyendo quistes)	1	1	1	
DISMENORREA SEVERA	1	1	1	
ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL				
a) Niveles reducidos o indetectables de βhCG	1	1	1	
b) Niveles persistentemente elevados de βhCG o enfermedad maligna	1	1	1	
ECTROPIÓN CERVICAL	1	1	1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	1	2	2	**Evidencia**: Entre las mujeres con infección persistente por VPH, el uso a largo plazo de AMPD (≥ 5 años) puede aumentar el riesgo de carcinoma in situ y carcinoma invasivo.(140)
CÁNCER CERVICAL* (en espera de tratamiento)	1	2	2	
ENFERMEDADES DE LA MAMA*				
a) Nódulo sin diagnóstico	2	2	2	**Aclaración**: Debe realizarse una evaluación lo antes posible.
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	

Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola **LNG/ETG** = implantes de levonorgestrel y etonogestrel **D/NE** = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
d) Cáncer de mama				
(i) actual	4	4	4	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	3	3	3	
CÁNCER DE ENDOMETRIO*	1	1	1	
CÁNCER DE OVARIO*	1	1	1	
FIBROMAS UTERINOS*				
a) sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	
b) con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)*				
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)				
(i) con embarazo posterior	1	1	1	
(ii) sin embarazo posterior	1	1	1	
b) EPI - actual	1	1	1	
ITS				
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	**Evidencia**: La evidencia sugiere que puede haber un mayor riesgo de cervicitis por clamidia en las usuarias de AMPD con alto riesgo de contagio de ITS. Para otras ITS, hay evidencia de que no existe asociación entre el uso de AMPD y la infección por ITS o bien la evidencia es demasiado limitada como para sacar alguna conclusión. No hay evidencia para otros APS. (141-148)
VIH/SIDA				
ALTO RIESGO DE VIH	1	1	1	**Evidencia**: El análisis de la evidencia sugiere que no hay una asociación entre el uso de APS y la adquisición del VIH, aunque en los estudios de AMPD realizados en poblaciones de mayor riesgo se han informado resultados contradictorios.(149-173)

Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola **LNG/ETG** = implantes de levonorgestrel y etonogestrel **D/NE** = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
INFECCIÓN POR VIH	1	1	1	**Evidencia**: La mayoría de los estudios sugiere que el uso de anticonceptivos hormonales no aumenta el riesgo de progresión de la enfermedad por VIH, medida por cambios en los recuentos de las células CD4, la carga viral o la supervivencia. Los estudios en los que se observó que las mujeres VIH-positivas que usan anticonceptivos hormonales tienen mayores riesgos de ITS generalmente son consistentes con los informes entre mujeres no infectadas. Un estudio directo no encontró una asociación entre el uso de anticonceptivos hormonales y un mayor riesgo de transmisión del VIH a parejas no infectadas; varios estudios indirectos informaron resultados heterogéneos respecto de si el uso de anticonceptivos hormonales se asocia con un mayor riesgo de diseminación del ADN o el ARN del VIH-1 desde el tracto genital.(174-191)
SIDA	1	1	1	**Aclaración**: Debido a que puede haber interacciones farmacológicas entre los anticonceptivos hormonales y la terapia antirretroviral (ARV), consulte la sección sobre interacciones farmacológicas.
OTRAS INFECCIONES				
ESQUISTOSOMIASIS				
a) Sin complicaciones	1	1	1	**Evidencia**: En mujeres con esquistosomiasis sin complicaciones, la escasa evidencia demostró que el uso de AMPD no tiene efectos adversos en la función hepática.(192)
b) Fibrosis del hígado (si es grave, consulte cirrosis)	1	1	1	
TUBERCULOSIS				**Aclaración**: Si una mujer está tomando rifampicina, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas. La rifampicina puede disminuir la efectividad de algunos APS.
a) No pélvica	1	1	1	
a) Pélvica	1	1	1	
PALUDISMO	1	1	1	
TRASTORNOS ENDOCRINOS				
DIABETES*				
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	**Evidencia**: Los APS no tuvieron efectos adversos en los niveles de lípidos séricos en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional en dos estudios pequeños.(193;194) La evidencia es limitada e inconsistente respecto del desarrollo de diabetes no insulino-dependiente en usuarias de APS con antecedentes de diabetes gestacional.(195-198)
b) Enfermedad no vascular				**Evidencia**: La evidencia limitada sobre el uso de métodos de progestina sola (AOPS, AMPD, implante de LNG) entre mujeres con diabetes insulino o no insulino-dependiente sugiere que estos métodos tienen poco efecto en el control a corto o a largo plazo de la diabetes (p. ej., niveles de $HbA1_{1c}$), los marcadores hemostáticos o en el perfil lipídico.(199-202)
(i) no insulino-dependiente	2	2	2	
(ii) insulino-dependiente	2	2	2	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	2	3	2	

Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola **LNG/ETG** = implantes de levonorgestrel y etonogestrel **D/NE** = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	2	3	2	
TRASTORNOS TIROIDEOS				
a) Bocio simple	1	1	1	
b) Hipertiroidismo	1	1	1	
c) Hipotiroidismo	1	1	1	
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES				
ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR				
a) Sintomática				
(i) tratada con colecistectomía	2	2	2	
(ii) tratada médicamente	2	2	2	
(iii) actual	2	2	2	
b) Asintomática	2	2	2	
HISTORIA DE COLESTASIS*				
a) Relacionada con el embarazo	1	1	1	
b) Relacionada con uso previo de AOC	2	2	2	
HEPATITIS VIRAL				
a) Aguda o con exacerbación	1	1	1	
b) Portadora	1	1	1	
c) Crónica	1	1	1	
CIRROSIS				
a) Leve (compensada)	1	1	1	
b) Grave (descompensada)	3	3	3	
TUMORES DEL HÍGADO*				
a) Benigno				
(i) Hiperplasia nodular focal	2	2	2	**Evidencia**: Existe evidencia directa y limitada que el uso de anticonceptivos hormonales no influye en la progresión ni en la regresión de las lesiones en el hígado de mujeres con hiperplasia nodular focal. (203-205)
(ii) Adenoma hepatocelular	3	3	3	
b) Maligno (hepatoma)	3	3	3	
ANEMIAS				
TALASEMIA	1	1	1	
ANEMIA DREPANOCÍTICA	1	1	1	**Evidencia**: Entre las mujeres con anemia drepanocítica, el uso de APS no tuvo efectos adversos en los parámetros hematológicos y, en algunos estudios, fue beneficioso en cuanto a los síntomas clínicos.(206-213)
ANEMIA FERROPÉNICA*	1	1	1	

Los APS no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOPS	D/EN	LNG/ETG	
AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola **LNG/ETG** = implantes de levonorgestrel y etonogestrel **D/NE** = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NET)				
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS				
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL				**Aclaración**: Los fármacos antirretrovirales tienen el potencial tanto para disminuir o aumentar la biodisponibilidad de las hormonas esteroideas en los anticonceptivos hormonales. Los datos disponibles limitados (expuestos en el Apéndice 1) sugieren que las probables interacciones farmacológicas entre varios fármacos antirretrovirales (particularmente algunos INNTI e inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir) y los anticonceptivos hormonales pueden alterar la seguridad y efectividad de los anticonceptivos hormonales y los fármacos antirretrovirales. De este modo, si una mujer con terapia ARV decide iniciar o continuar el uso de anticonceptivos hormonales, debe aconsejarse paralelamente el uso de condones para prevenir la transmisión del VIH y compensar cualquier reducción posible en la efectividad del anticonceptivo hormonal.
a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	1	AMPD=1 EN-ET=1	1	
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	2	AMPD=1 EN-ET=2	2	
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3	AMPD=1 EN-ET=2	2	
TERAPIA ANTICONVULSIVA				
a) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3	AMPD = 1 EN-NET = 2	2	**Aclaración**: Aunque la interacción de ciertos anticonvulsivos con los AOPS e implantes de EN-NET y de LNG/ETG no es perjudicial para las mujeres, puede reducir la efectividad anticonceptiva de los AOPS, y de los implantes de EN-NET y LNG/ETG. Aún resta por esclarecer si es beneficioso aumentar la dosis de hormonas de los AOPS. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en mujeres sometidas a terapias prolongadas con cualquiera de estos medicamentos. El uso de AMPD corresponde a la categoría 1 porque la terapia con ciertos anticonvulsivos no disminuye su efectividad. **Evidencia**: El uso de ciertos anticonvulsivos puede disminuir la efectividad de los APS.(214-216)
b) Lamotrigina	1	1	1	**Evidencia**: No se han informado interacciones farmacológicas en mujeres epilépticas que toman lamotrigina y utilizan APS.(217)
TERAPIA ANTIMICROBIANA				
a) Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	
b) Antifúngicos	1	1	1	
c) Antiparasitarios	1	1	1	
d) Terapia con rifampicina o rifabutina	3	AMPD = 1 EN-NET = 2	2	**Aclaración**: Aunque la interacción de la rifampicina o la rifabutina con AOPS o con implantes de EN-NET y de LNG/ETG no es perjudicial para las mujeres, es probable que reduzca la efectividad anticonceptiva de los AOPS y los implantes de EN-NET y de LNG/ETG. Se debe estimular el uso de otros anticonceptivos en mujeres sometidas a terapias prolongadas con cualquiera de estos medicamentos. El uso de AMPD es categoría 1 porque la terapia con rifampicina o rifabutina no afecta su efectividad. Aún resta esclarecer si es beneficioso aumentar la dosis de hormonas de los AOPS.

COMENTARIOS ADICIONALES

HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO

Los AOPS tienen una tasa absoluta mayor de embarazo ectópico, comparados con otros APS, pero siempre menor que no utilizar un método. La píldora de 75 µg de desogestrel inhibe la ovulación en la mayoría de los ciclos, lo que sugiere un bajo riesgo de embarazo ectópico.

HIPERTENSIÓN

Enfermedad vascular: Existen inquietudes con relación al efecto hipoestrogénico y la disminución del nivel de lipoproteína de alta densidad (HDL), especialmente entre las usuarias de AMPD y EN-NET. Sin embargo, hay poca preocupación de estos efectos con relación a los AOPS o los implantes de LNG/ETG. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante algún tiempo después de interrumpir su uso.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLISMO PULMONAR:

El uso de AMPD puede ser beneficioso para mujeres que reciben terapia anticoagulante y tienen antecedentes de quistes ováricos hemorrágicos.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)

Existen inquietudes con relación al efecto hipoestrogénico y la disminución de los niveles de HDL, especialmente entre las usuarias de AMPD y EN-NET. Sin embargo, hay poca preocupación de estos efectos con relación a los AOPS o los implantes de LNG/ETG. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante algún tiempo después de interrumpir su uso.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Existen inquietudes con relación al efecto hipoestrogénico y la disminución de los niveles de HDL, especialmente entre las usuarias de AMPD y EN-NET. Sin embargo, hay poca preocupación de estos efectos con relación a los AOPS o los implantes de LNG/ETG. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante algún tiempo después de interrumpir su uso.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

La trombocitopenia severa aumenta el riesgo de hemorragia. Los APS pueden ser útiles en el tratamiento de la menorragia en mujeres con trombocitopenia severa. Sin embargo, dado el sangrado más abundante o irregular que puede observarse al iniciar el uso de AMPD y su irreversibilidad durante 11 a 13 semanas después de la administración, el inicio de este método en mujeres con trombocitopenia grave debe realizarse con cautela.

CEFALEAS

Aura es un síntoma neurológico focal específico. Para obtener más información sobre este y otros criterios de diagnóstico, consulte: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24(Suppl 1):1-150. http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation (consultado el 21 de agosto de 2009).

Existe cierta preocupación acerca de que las cefaleas severas puedan aumentar con el uso de EN-NET, AMPD e implantes. Los efectos de EN-NET y AMPD pueden persistir por algún tiempo después de interrumpir su uso.

PATRONES DE SANGRADO VAGINAL

Los patrones irregulares de sangrado menstrual son comunes en mujeres sanas. El uso de APS frecuentemente induce un patrón irregular de sangrado. El uso de implantes puede inducir patrones irregulares de sangrado, especialmente durante los primeros 3 a 6 meses, pero estos patrones pueden continuar por más tiempo. Las usuarias de implantes de etonogestrel tienen más probabilidades de desarrollar amenorrea que las usuarias de implantes de levonorgestrel.

SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

Los APS pueden causar patrones irregulares de sangrado que pueden enmascarar los síntomas de una patología subyacente. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante algún tiempo después de interrumpir su uso.

CÁNCER CERVICAL (EN ESPERA DEL TRATAMIENTO)

Existe cierta preocupación teórica de que el uso de APS pueda afectar el pronóstico de la enfermedad existente. Mientras se espera el tratamiento, las mujeres pueden usar APS. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta condición.

ENFERMEDADES DE LA MAMA

Cáncer de mama: El cáncer de mama es un tumor hormono-sensible, y el pronóstico de mujeres que padecen o que tuvieron cáncer de mama recientemente puede empeorarse con el uso de APS.

CÁNCER DE ENDOMETRIO

Mientras se espera el tratamiento, las mujeres pueden usar APS. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta condición.

CÁNCER DE OVARIO

Mientras se espera el tratamiento, las mujeres pueden usar APS. En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento de esta condición.

FIBROMAS UTERINOS

Los APS no parecen causar crecimiento de los fibromas uterinos.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)

Se desconoce si los APS, como los AOC, reducen el riesgo de EPI en mujeres con ITS; pero no protegen del VIH o ITS del tracto genital inferior.

DIABETES

Nefropatía/retinopatía/neuropatía: Existe preocupación acerca de los efectos hipoestrogénicos y disminución de los niveles de HDL, especialmente entre las usuarias de AMPD y EN-NET. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante algún tiempo después de interrumpir su uso. Algunos APS pueden aumentar el riesgo de una trombosis, aunque este aumento es sustancialmente menor que con los AOC.

Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración: Existe preocupación acerca de los efectos hipoestrogénicos y disminución de los niveles de HDL, especialmente entre las usuarias de AMPD y EN-NET. Los efectos de AMPD y EN-NET pueden persistir durante algún tiempo después de interrumpir su uso. Algunos APS pueden aumentar el riesgo de una trombosis, aunque este aumento es sustancialmente menor que con los AOC.

HISTORIA DE COLESTASIS

Teóricamente, la historia de colestasis relacionada con AOC puede predecir colestasis posterior con el uso de APS. Sin embargo, esto no ha sido documentado.

TUMORES DEL HÍGADO

No hay evidencia sobre el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con adenoma hepatocelular. Dado que el uso de AOC en mujeres sanas está asociado con el desarrollo y el crecimiento de adenoma hepatocelular, se desconoce si otros anticonceptivos hormonales tienen efectos similares.

ANEMIA FERROPÉNICA

Los cambios en el patrón de la menstruación asociados con el uso de APS tienen poco efecto sobre los niveles de hemoglobina.

REFERENCIAS SOBRE ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA

(1) Albertazzi P, Bottazzi M, Steel SA. Bone mineral density and depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 2006, 73:577-583.

(2) Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1214-1221.

(3) Beksinska ME, Smit JA, Kleinschmidt I, Farley TMM, Mbatha F. Bone mineral density in women aged 40-49 years using depot-medroxyprogesterone acetate, norethisterone enanthate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception,* 71, 170-175. 2005.

(4) Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA et al. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2007, 75:438-443.

(5) Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ et al. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103:899-906.

(6) Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:257-259.

(7) Clark MK, Sowers M, Levy B et al. Bone mineral density loss and recovery during 48 months in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2006, 86:1466-1474.

(8) Cromer BA, Blair JM, Mahan JD et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-676.

(9) Cromer BA, Stager M, Bonny A et al. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:434-441.

(10) Cromer BA, Lazebnik R, Rome E et al. Double-blinded randomized controlled trial of estrogen supplementation in adolescent girls who receive depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 192:42-47.

(11) Cromer BA, Bonny AE, Stager M et al. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertility & Sterility*, 2008, 90:2060-2067.

(12) Cundy T, Cornish J, Evans MC et al. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *British Medical Journal*, 1994, 308:247-248.

(13) Cundy T, Cornish J, Roberts H et al. Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92:569-573.

(14) Cundy T, Cornish J, Roberts H et al. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:978-983.

(15) Cundy T, Ames R, Horne A et al. A randomized controlled trial of estrogen replacement therapy in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2003, 88:78-81.

(16) Gbolade B, Ellis S, Murby B et al. Bone density in long term users of depot medroxyprogesterone acetate. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1998, 105:790-794.

(17) Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM et al. Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception*, 2006, 74:90-99.

(18) Kaunitz AM, Arias R, McClung M. Bone density recovery after depot medroxyprogesterone acetate injectable contraception use. *Contraception*, 2008, 77:67-76.

(19) Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female Army recruits. *Osteoporosis International*, 2001, 12:35-42.

(20) Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S et al. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatrics & Adolescent Gynecology*, 2004, 17:17-21.

(21) Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF et al. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006,CD006033.

(22) McGough P, Bigrigg A. Effect of depot medroxyprogesterone acetate on bone density in a Scottish industrial city. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2007, 12:253-259.

(23) Merki-Feld GS, Neff M, Keller PJ. A 2-year prospective study on the effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone mass-response to estrogen and calcium therapy in individual users. *Contraception*, 2003, 67:79-86.

(24) Orr-Walker BJ, Evans MC, Ames RW et al. The effect of past use of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in normal post-menopausal women. *Clinical Endocrinology*, 1998, 49:615-618.

(25) Ott SM, Scholes D, LaCroix AZ et al. Effects of contraceptive use on bone biochemical markers in young women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2001, 86:179-185.

(26) Paiva LC, Pinto-Neto AM, Faundes A. Bone density among long-term users of medroxyprogesterone acetate as a contraceptive. *Contraception*, 1998, 58:351-355.

(27) Perrotti M, Bahamondes L, Petta C et al. Forearm bone density in long-term users of oral combined contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:469-473.

(28) Petitti DB, Piaggio G, Mehta S et al. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. The WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:736-744.

(29) Rosenberg L, Zhang Y, Constant D et al. Bone status after cessation of use of injectable progestin contraceptives. *Contraception*, 2007, 76:425-431.

(30) Scholes D, LaCroix AZ, Ott SM et al. Bone mineral density in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93:233-238.

(31) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiology*, 2002, 13:581-587.

(32) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. The association between depot medroxyprogesterone acetate contraception and bone mineral density in adolescent women. *Contraception*, 2004, 69:99-104.

(33) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2005, 159:139-144.

(34) Shaarawy M, El-Mallah SY, Seoudi S et al. Effects of the long-term use of depot medroxyprogesterone acetate as hormonal contraceptive on bone mineral density and biochemical markers of bone remodeling. *Contraception*, 2006, 74:297-302.

(35) Tang OS, Tang G, Yip P et al. Long-term depot-medroxyprogesterone acetate and bone mineral density. *Contraception*, 1999, 59:25-29.

(36) Tang OS, Tang G, Yip PS et al. Further evaluation on long-term depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*, 2000, 62:161-164.

(37) Tharnprisarn W, Taneepanichskul S. Bone mineral density in adolescent and young Thai girls receiving oral contraceptives compared with depot medroxyprogesterone acetate: a cross-sectional study in young Thai women. *Contraception*, 2002, 66:101-103.

(38) Virutamasen P, Wangsuphachart S, Reinprayoon D et al. Trabecular bone in long-term depot-medroxyprogesterone acetate users. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1994, 20:269-274.

(39) Walsh JS, Eastell R, Peel NF. Effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone density and bone metabolism before and after peak bone mass: A case-control study. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2008, 93:1317-1323.

(40) Wanichsetakul P, Kamudhamas A, Watanaruangkovit P et al. Bone mineral density at various anatomic bone sites in women receiving combined oral contraceptives and depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception*, 2002, 65:407-410.

(41) Wetmore CM, Ichikawa L, LaCroix AZ et al. Association between caffeine intake and bone mass among young women: potential effect modification by depot medroxyprogesterone acetate use. *Osteoporosis International*, 2008, 19:519-527.

(42) Bahamondes L, Perrotti M, Castro S et al. Forearm bone density in users of Depo-Provera as a contraceptive method. *Fertility & Sterility*, 1999, 71:849-852.

(43) Bahamondes L, Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X et al. A prospective study of the forearm bone density of users of etonorgestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Human Reproduction*, 2006, 21:466-470.

(44) Bahamondes L, Espejo-Arce X, Hidalgo MM et al. A cross-sectional study of the forearm bone density of long-term users of levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Human Reproduction*, 2006, 21:1316-1319.

(45) Beerthuizen R, van Beek A, Massai R et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction*, 2000, 15:118-122.

(46) Caird LE, Reid-Thomas V, Hannan WJ et al. Oral progestogen-only contraception may protect against loss of bone mass in breast-feeding women. *Clinical Endocrinology (Oxford)*, 1994, 41:739-745.

(47) Di X, Li Y, Zhang C et al. Effects of levonorgestrel-releasing subdermal contraceptive implants on bone density and bone metabolism. *Contraception*, 1999, 60:161-166.

(48) Diaz S, Reyes MV, Zepeda A et al. Norplant((R)) implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Human Reproduction*, 1999, 14:2499-2505.

(49) Intaraprasert S, Taneepanichskul S, Theppisai U et al. Bone density in women receiving Norplant implants for contraception. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1997, 80:738-741.

(50) Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X, Lui-Filho JF et al. A three-year longitudinal evaluation of the forearm bone density of users of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Reproductive Health*, 2007, 4:11.

(51) Naessen T, Olsson SE, Gudmundson J. Differential effects on bone density of progestogen-only methods for contraception in premenopausal women. *Contraception*, 1995, 52:35-39.

(52) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Theppisai U et al. Bone mineral density during long-term treatment with Norplant implants and depot medroxyprogesterone acetate. A cross-sectional study of Thai women. *Contraception*, 1997, 56:153-155.

(53) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Theppisai U et al. Bone mineral density in long-term depot medroxyprogesterone acetate acceptors. *Contraception*, 1997, 56:1-3.

(54) Vanderjagt DJ, Sagay AS, Imade GE et al. Effect of Norplant contraceptive on the bones of Nigerian women as assessed by quantitative ultrasound and serum markers of bone turnover. *Contraception*, 2005, 72:212-216.

(55) Abdulla KA, Elwan SI, Salem HS et al. Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, NORPLANT, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception*, 1985, 32:261-266.

(56) bdel-Aleem H, bol-Oyoun e, Shaaban MM et al. The use of nomegestrol acetate subdermal contraceptive implant, uniplant, during lactation. *Contraception*, 1996, 54:281-286.

(57) Bjarnadottir RI, Gottfredsdottir H, Sigurdardottir K et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1174-1180.

(58) Croxatto HB, Diaz S, Peralta O et al. Fertility regulation in nursing women. II. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 144:201-208.

(59) Diaz S, Peralta O, Juez G et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception*, 1984, 30:311-325.

(60) Diaz S, Herreros C, Juez G et al. Fertility regulation in nursing women: VII. Influence of NORPLANT levonorgestrel implants upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:53-74.

(61) Diaz S, Zepeda A, Maturana X et al. Fertility regulation in nursing women: IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant(R) implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception*, 1997, 56:223-232.

(62) Giner VJ, Cortes G, V, Sotelo LA et al. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and on the composition of milk]. *Ginecología Obstétrica de México*, 1976, 40:31-39.

(63) Guiloff E, Ibarrapo A, Zanartu J et al. Effect of contraception on lactation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1974, 118:42-45.

(64) Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:1250-1256.

(65) Hannon PR, Duggan AK, Serwint JR et al. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997, 151:490-496.

(66) Heikkila M, Luukkainen T. Duration of breast-feeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. *Contraception*, 1982, 25:279-292.

(67) Jimenez J, Ochoa M, Soler MP et al. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 1984, 30:523-533.

(68) Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. V. Clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1970, 108:655-658.

(69) Karim M, Ammar R, El-mahgoub S et al. Injected progestogen and lactation. *British Medical Journal*, 1971, 1:200-203.

(70) Massai MR, Diaz S, Quinteros E et al. Contraceptive efficacy and clinical performance of Nestorone implants in postpartum women. *Contraception*, 2001, 64:369-376.

(71) Massai R, Miranda P, Valdes P et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*, 1999, 60:9-14.

(72) Massai R, Quinteros E, Reyes MV et al. Extended use of a progesterone-releasing vaginal ring in nursing women: a phase II clinical trial. *Contraception*, 2005, 72:352-357.

(73) McCann MF, Moggia AV, Higgins JE et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*, 1989, 40:635-648.

(74) McEwan JA, Joyce DN, Tothill AU et al. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception*, 1977, 16:339-350.

(75) Melis GB, Strigini F, Fruzzetti F et al. Norethisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. *Contraception*, 1981, 23:77-88.

(76) Narducci U, Piatti N. [Use of Depo Provera as a contraceptive in the puerperium]. *Minerva Ginecologica*, 1973, 25:107-111.

(77) Reinprayoon D, Taneepanichskul S, Bunyavejchevin S et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon(R)) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000, 62:239-246.

(78) Schiappacasse V, Diaz S, Zepeda A et al. Health and growth of infants breastfed by Norplant contraceptive implants users: a six-year follow-up study. *Contraception*, 2002, 66:57-65.

(79) Seth U, Yadava HS, Agarwal N et al. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*, 1977, 16:383-398.

(80) Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, NORPLANT, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:623-635.

(81) Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 1991, 40:705-710.

(82) Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM et al. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena(R) versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception*, 2005, 72:346-351.

(83) Shikary ZK, Betrabet SS, Toddywala WS et al. Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breast-fed male infants. *Contraception*, 1986, 34:403-412.

(84) Sivin I, Diaz S, Croxatto HB et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception*, 1997, 55:225-232.

(85) Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P et al. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. *Contraception*, 2006, 73:368-371.

(86) West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983, 27:563-569.

(87) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of Hormonal Contraceptives on Milk Volume and Infant Growth. *Contraception*, 1984, 30:505-522.

(88) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. *Contraception*, 1994, 50:55-68.

(89) Zacharias S, Aguilera E, Assenzo JR et al. Effects of hormonal and nonhormonal contraceptives on lactation and incidence of pregnancy. *Contraception*, 1986, 33:203-213.

(90) Zanartu J, Aguilera E, Munoz-Pinto G. Maintenance of lactation by means of continuous low-dose progestogen given post-partum as a contraceptive. *Contraception*, 1976, 13:313-318.

(91) Hull EM, Franz JR, Snyder AM et al. Perinatal progesterone and learning, social and reproductive behavior in rats. *Physiology & Behavior*, 1980, 24:251-256.

(92) Hull EM. Effects of neonatal exposure to progesterone in sexual behavior of male and female rats. *Physiology & Behavior*, 1981, 26:401-405.

(93) Lon stein JS, Quadroons PS, Wagner CK. Effects of neonatal RU486 on adult sexual, parental, and fearful behaviors in rats. *Behavioral Neuroscience*, 2001, 115:58-70.

(94) Snyder AM, Hull EM. Perinatal progesterone affects learning in rats. *Psychoneuroendocrinology*, 1980, 5:113-119.

(95) van der SP, Baumgarten R. Effects of treatment of male and female rats in infancy with mifepristone on reproductive function in adulthood. *Journal of Reproduction & Fertility*, 1990, 90:255-266.

(96) Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*, 1983, 27:473-482.

(97) Kurunmaki H, et al. Immediate postabortal contraception with Norplant: levonorgestrel, gonadotropin, estradiol, and progesterone levels over two postaboral months and return of fertility after removal of Norplant capsules. *Contraception*, 1984, 30:431-442.

(98) Lahteenmake P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*, 1983, 27:553-562.

(99) Ortayli N, et al. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*, 2001, 63:309-314.

(100) Bonny AE, Ziegler J, Harvey R et al. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxyprogesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2006, 160:40-45.

(101) Clark MK, Dillon JS, Sowers M et al. Weight, fat mass, and central distribution of fat increase when women use depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. *International Journal of Obesity*, 2005, 29:1252-1258.

(102) Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR et al. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception*, 2004, 70:269-275.

(103) Kozlowski KJ, Rickert VI, Hendon A et al. Adolescents and Norplant: preliminary findings of side effects. *Journal of Adolescent Health*, 1995, 16:373-378.

(104) Leiman G. Depo-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1972, 114:97-102.

(105) Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2002, 15:79-82.

(106) Risser WL, Gefter LR, Barratt MS et al. Weight change in adolescents who used hormonal contraception. *Journal of Adolescent Health*, 1999, 24:433-436.

(107) Westhoff C, Jain JK, Milsom I et al. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception*, 2007, 75:261-267.

(108) Curtis KM, Ravi A, Gaffield ME. Progestogen-only contraceptive use in obese women. *Contraception,* 2009; 80:346-354.

(109) World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-324.

(110) Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T et al. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999, 4:67-73.

(111) Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*, 1999, 354:1610-1611.

(112) Sonmezer M, Atabekoglu C, Cengiz B et al. Depot-medroxyprogesterone acetate in anticoagulated patients with previous hemorrhagic corpus luteum. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2005, 10:9-14.

(113) Culwell KR, Curtis KM. Use of contraceptive methods by women with current venous thrombosis on anticoagulant therapy: a systematic review. *Contraception,* 2009; 80:337-345.

(114) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.

(115) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.

(116) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.

(117) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.

(118) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427-433.

(119) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.

(120) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.

(121) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.

(122) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephristis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.

(123) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.

(124) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.

(125) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.

(126) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.

(127) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'eclinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.

(128) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.

(129) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609-612.

(130) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.

(131) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.

(132) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.

(133) Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchyakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud fs phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.

(134) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus -- a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.

(135) Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systematic lupus erythematosus: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology,* 2009, 114(2 Pt 1):341-53.

(136) Cromer BA, Smith RD, Blair JM et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94:687-694.

(137) Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 14:71-76.

(138) Westoff C, Truman C. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-240.

(139) Westoff C, Truman C, Kalmuss D et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-245.

(140) Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-1167.

(141) Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-385.

(142) Giuliano AR, Papenfuss M, Abrahamsen M et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2001, 10 :1129-1136.

(143) Jacobson DL, Peralta L, Farmer M et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-319.

(144) Lavreys L, Chohan B, Ashley R et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-363.

(145) Morrison CS, Bright P, Wong EL et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:561-567.

(146) Moscicki AB, Hills N, Shiboski S et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:2995-3002.

(147) Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1989, 28:365-367.

(148) Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-297.

(149) Aklilu M, Messele T, Tsegaye A et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.

(150) Allen S, Serufilira A, Gruber V et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-710.

(151) Baeten JM, Benki S, Chohan V et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:1771-1777.

(152) Bulterys M, Chao A, Habimana P et al. Incident HIV-1 infection in a cohort of young women in Butare, Rwanda. *AIDS*, 1994, 8:1585-1591.

(153) Carael M, Van de Perre PH, Lepage PH et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-205.

(154) Cohen CR, Duerr A, Pruithithada N et al. Bacterial vaginosis and HIV seroprevalence among female commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. *AIDS*, 1995, 9:1093-1097.

(155) Criniti A, Mwachari CW, Meier AS et al. Association of hormonal contraception and HIV-seroprevalence in Nairobi, Kenya. *AIDS*, 2003, 17:2667-2669.

(156) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.

(157) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.

(158) Kiddugavu M, Makumbi F, Wawer MJ et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-240.

(159) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Mastro TD et al. HIV-1 seroconversion in a prospective study of female sex workers in northern Thailand: continued high incidence among brothel-based women. *AIDS*, 1998, 12:1889-1898.

(160) Kleinschmidt I, Rees H, Delany S et al. Injectable progestin contraceptive use and risk of HIV infection in a South African family planning cohort. *Contraception*, 2007, 75:461-467.

(161) Lavreys L, Baeten JM, Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. *AIDS*, 2004, 18:695-697.

(162) Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Saisorn S et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-35.

(163) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-1059.

(164) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.

(165) Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*, 2007, 21:85-95.

(166) Myer L, Denny L, Wright TC et al. Prospective study of hormonal contraception and women fs risk of HIV infection in South Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:166-174.

(167) Nagachinta T, Duerr A, Suriyanon V et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-1772.

(168) Nzila N, Laga M, Thiam MA et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-721.

(169) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.

(170) Rehle T, Brinkmann UK, Siraprapasiri T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-331.

(171) Siraprapasiri T, Thanprasertsuk S, Rodklay A et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-582.

(172) Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-88.

(173) Ungchusak K, Rehle T, Thammapornpilap P et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-507.

(174) Allen S, Stephenson R, Weiss H et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *Journal of Women's Health (Larchmont)*, 2007, 16:1017-1027.

(175) Cejtin HE, Jacobson L, Springer G et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-1704.

(176) Clark RA, Kissinger P, Williams T. Contraceptive and sexually transmitted diseases protection among adult and adolescent women infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:439-442.

(177) Clark RA, Theall KP, Amedee AM et al. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34:870-872.

(178) Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 269:2860-2864.

(179) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *British Medical Journal*, 1992, 304:809-813.

(180) Kaul R, Kimani J, Nagelkerke NJ et al. Risk factors for genital ulcerations in Kenyan sex workers. The role of human immunodeficiency virus type 1 infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:387-392.

(181) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:1598-1606.

(182) Kovacs A, Wasserman SS, Burns D et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.

(183) Kreiss J, Willerford DM, Hensel M et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-1601.

(184) Lavreys L, Chohan V, Overbaugh J et al. Hormonal contraception and risk of cervical infections among HIV-1-seropositive Kenyan women. *AIDS*, 2004, 18:2179-2184.

(185) Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.

(186) Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D et al. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:749-753.

(187) Seck K, Samb N, Tempesta S et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77:190-193.

(188) Stringer EM, Kaseba C, Levy J et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.

(189) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Phuapradit W et al. Use of Norplant implants in asymptomatic HIV-1 infected women. *Contraception*, 1997, 55:205-207.

(190) Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1-positive mothers. *Contraception*, 2001, 64:39-41.

(191) Wang CC, McClelland RS, Overbaugh J et al. The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1. *AIDS*, 2004, 18:205-209.

(192) Tagy AH, et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-176.

(193) Pyorala T, Vahapassi J, Huhtala M. The effect of lynestrenol and norethindrone on the carbohydrate and lipid metabolism in subjects with gestational diabetes. *Annales Chirurgiae Gynaecologiae*, 1979, 68:69-74.

(194) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinologica*, 1982, 101:134-139.

(195) Kjos SL, Peters RK, Xiang A et al. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:533-538.

(196) Nelson AL, Le MH, Musherraf Z et al. Intermediate-term glucose tolerance in women with a history of gestational diabetes: natural history and potential associations with breastfeeding and contraception. *Amercian Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2008, 198:699.e1-699.e8.

(197) Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL et al. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2006, 29:613-617.

(198) Xiang AH, Kawakubo M, Buchanan TA et al. A longitudinal study of lipids and blood pressure in relation to method of contraception in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2007, 30:1952-1958.

(199) Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *Journal of Obstetrics and Gynecological Research*, 2000, 26:17-26.

(200) Lunt H, Brown LJ. Self-reported changes in capillary glucose and insulin requirements during the menstrual cycle. *Diabetic Medicine*, 1995, 13:525-530.

(201) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on serum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Hormone Metabolism Research*, 1982, 14:61-65.

(202) Skouby SO, Molsted-Petersen L, Kuhl C et al. Oral contraceptives in diabetic women: metabolic effects of four compounds with different estrogen/progestogen profiles. *Fertility & Sterility*, 1986, 46:858-864.

(203) D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroenterology Clinical Biology*, 2001, 25:1008-1010.

(204) Mathieu D, Kobeiter H, Maison P et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*, 2000, 118:560-564.

(205) Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80: 387-390.

(206) Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on suckling. *American Journal of Medical Sciences*, 1973, 265:367-370.

(207) Barbosa IC, et al. Carbohydrate metabolism in sickle cell patients using subdermal implant containing nomegesterol acetate (Uniplant). *Contraception*, 2001, 63:263-265.

(208) de Abood M, et al. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the painful crises of sickle cell anemia patients. *Contraception*, 1997, 56:313-316.

(209) De Ceulaer K, et al. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*, 1982, 2:229-231.

(210) Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, counseling, and pregnancy in women with sickle cell disease. *British Medical Journal*, 1993, 306:1735-1737.

(211) Ladipo OA, et al. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1993, 41:85-87.

(212) Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Nomogestrol acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1998, 64:433-438.

(213) Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *British Journal of Haematology*, 1999, 104:868-870.

(214) Odlind V, Olsson S-E. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*, 1986, 33:257-261.

(215) Schindlbeck C, Janni W, Friese K. Failure of Implanon contraception in a patient taking carbamazepine for epilepsia. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 2006, 273:255-256.

(216) Shane-McWhorter L, Cerven JD, MacFarlane LL et al. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*, 1998, 18:1360-1364.

(217) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.

PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE)
(incluidas las píldoras anticonceptivas de levonorgestrel y las píldoras anticonceptivas orales combinadas)

Las PAE no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA	ACLARACIONES/EVIDENCIA
EMBARAZO	NA	NA = No aplica **Aclaración**: Aunque este método no está indicado ante la sospecha de embarazo o en mujeres con embarazo comprobado, no se conoce ningún daño para la mujer, el curso de su embarazo o el feto si las PAE son usadas accidentalmente durante el embarazo.
LACTANCIA MATERNA	1	
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO	1	
HISTORIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES GRAVES* (cardiopatía isquémica, ataque cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos)	2	
ANGINA DE PECHO*	2	
MIGRAÑA*	2	
ENFERMEDAD HEPÁTICA GRAVE* (incluso ictericia)	2	
USO REPETIDO DE LAS PAE	1	**Aclaración**: El uso recurrente de las PAE es una indicación de que la mujer requiere más orientación sobre otras opciones de anticonceptivos. La repetición frecuente de las PAE puede ser dañina para mujeres con condiciones clasificadas como 2, 3 o 4 para el uso de AHC o APS.
VIOLACIÓN*	1	

COMENTARIOS ADICIONALES

HISTORIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES GRAVES
La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

ANGINA DE PECHO
La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

MIGRAÑA
La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

ENFERMEDAD HEPÁTICA GRAVE (INCLUSO ICTERICIA)
La duración del uso de las PAE es menor que la del uso regular de AOC o AOPS, y por lo tanto es de esperar que tengan menor impacto clínico.

VIOLACIÓN
No hay restricciones para el uso de las PAE en casos de violación.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación		ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu	DIU-LNG	
DIU-Cu = DIU con cobre	**DIU-LNG** = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)		
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA			
EMBARAZO	4	4	**Aclaración**: El DIU no se indica durante el embarazo y no debe ser usado debido al riesgo de infección pélvica grave y aborto séptico espontáneo.
EDAD*			
a) Menarquia a < 20 años	2	2	
b) ≥ 20 años	1	1	
PARIDAD			**Evidencia**: Existen datos contradictorios en cuanto a si el uso del DIU está asociado con infertilidad en las mujeres nulíparas, aunque estudios recientes y bien realizados sugieren que no hay aumento en el riesgo.(1-9)
a) Nulípara	2	2	
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	
POSPARTO* (amamantando o no, incluso después de la cesárea)			
a) < 48 horas incluida la inserción inmediatamente después del alumbramiento de la placenta			**Evidencia**: La inserción posparto inmediata del DIU con cobre, en especial cuando la inserción tiene lugar inmediatamente después del alumbramiento de la placenta, se asocia con tasas más bajas de expulsión del DIU que la inserción posparto diferida. Además, las tasas de expulsión con la inserción en el momento de la cesárea después del alumbramiento de la placenta son más bajas en comparación con las inserciones vaginales después del alumbramiento de la placenta. Las complicaciones de perforación e infección asociadas con la inserción no aumentan con la inserción del DIU en ningún momento durante el período posparto.(10-24)
(i) mujeres que están amamantando	1	3	
(ii) mujeres que no están amamantando	1	1	
b) ≥ 48 horas a < 4 semanas	3	3	
c) ≥ 4 semanas	1	1	
d) Sepsis puerperal	4	4	
POSTABORTO*			
a) Primer trimestre	1	1	**Aclaración**: Los DIU pueden ser insertados inmediatamente después de un aborto de primer trimestre, sea espontáneo o inducido. **Evidencia**: No hubo diferencia en el riesgo de complicaciones para la inserción inmediata de un DIU en comparación con la inserción diferida después de un aborto. La expulsión fue mayor cuando el DIU se insertó después de un aborto de segundo trimestre que después de un aborto de primer trimestre. No hubo diferencias en la seguridad o las expulsiones para la inserción postaborto de un DIU-LNG en comparación con un DIU con cobre.(25-37)
b) Segundo trimestre	2	2	
c) Inmediatamente después de aborto séptico	4	4	
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO*	1	1	
HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA (consulte posparto, incluso después de la cesárea)	1	1	
TABAQUISMO			
a) Edad < 35 años	1	1	
b) Edad ≥ 35 años			
(i) < 15 cigarrillos/día	1	1	
ii) ≥ 15 cigarrillos/día	1	1	

Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.			
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación		**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	DIU-Cu	**DIU-LNG**	
DIU-Cu = DIU con cobre		**DIU-LNG** = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)	
OBESIDAD			
a) IMC ≥ 30 kg/m^2	1	1	
b) Menarquia a <18 años e IMC ≥ 30 kg/m^2	1	1	
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE	NA	NA	**Aclaración**: Si bien la medición de la presión arterial puede ser apropiada para un buen cuidado preventivo de la salud, no está directamente relacionada con el uso seguro y eficaz del DIU. No se debe negar el uso de DIU a las mujeres simplemente porque nos se les puede medir la presión arterial.
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	1	2	
HIPERTENSIÓN* Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.			
a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	1	2	
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	1	1	
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)			
(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mm Hg	1	1	
(ii) sistólica ≥160 o diastólica ≥100 mm Hg	1	2	
d) Enfermedad vascular	1	2	
HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	1	1	

Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación		ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu	DIU-LNG	
DIU-Cu = DIU con cobre		**DIU-LNG** = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)	
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)*			
a) Historia de TVP/EP	1	2	
b) TVP/EP agudo	1	3	**Evidencia**: Si bien la evidencia sobre el riesgo de trombosis venosa con el uso de APS es contradictoria, cualquier pequeño aumento del riesgo es considerablemente menor que con el uso de AOC.(38-40)
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	1	2	**Evidencia**: Si bien la evidencia sobre el riesgo de trombosis venosa con el uso de APS es contradictoria, cualquier pequeño aumento del riesgo es considerablemente menor que con el uso de AOC.(38-40) La limitada evidencia disponible indica que la inserción del DIU-LNG no representa riesgos importantes de sangrado en mujeres que reciben terapia anticoagulante crónica.(41-43)
d) Historia familiar (familiares de primer grado)	1	1	
e) Cirugía mayor			
(i) con inmovilización prolongada	1	2	
(ii) sin inmovilización prolongada	1	1	
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (p. ej., factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	1	2	**Aclaración**: No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes.
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL			
a) Venas varicosas	1	1	
b) Tromboflebitis superficial	1	1	
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)*	1	I: 2 C: 3	
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR* (historia de accidente cerebrovascular)	1	2	
HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS	1	2	**Aclaración**: No son apropiados los estudios de lípidos de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes.
VALVULOPATÍA CARDÍACA			
a) Sin complicaciones	1	1	
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)	2	2	**Aclaración**: Se aconseja el uso preventivo de antibióticos durante la inserción para prevenir una endocartidis.

Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación		ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu	DIU-LNG	
DIU-Cu = DIU con cobre	**DIU-LNG** = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)		
ENFERMEDADES REUMÁTICAS			
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Las personas con LES tienen un mayor riesgo de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso. Las categorías asignadas a estas condiciones en los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos deberían ser iguales para las mujeres con LES que presentan estas condiciones. Para todas las categorías de LES, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; estas clasificaciones deben modificarse ante la presencia de dichos factores de riesgo. La evidencia disponible indica que muchas mujeres con LES pueden ser consideradas buenas candidatas para la mayoría de los métodos de anticoncepción, incluidos los anticonceptivos hormonales.(44-62)			
	I / C		
a) Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o valor desconocido)	1 / 1	3	**Evidencia**: Los anticuerpos antifosfolípidos se asocian con un mayor riesgo de trombosis tanto arterial como venosa. (63;64)
b) Trombocitopenia severa	3 / 2	2	**Aclaración**: La trombocitopenia severa aumenta el riesgo de hemorragia. La categoría debería evaluarse según la severidad de la trombocitopenia y sus manifestaciones clínicas. En mujeres con trombocitopenia muy severa que tienen riesgo de sufrir un sangrado espontáneo, es probable que se justifique consultar a un especialista y administrar determinadas terapias previas. **Evidencia**: Los DIU-LNG pueden ser útiles para el tratamiento de la menorragia en mujeres con trombocitopenia. (43)
c) Terapia inmunosupresora	2 / 1	2	
d) Ninguna de las opciones anteriores	1 / 1	2	
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS			
CEFALEAS*		I / C	**Aclaración**: Debe evaluarse cualquier cefalea nueva o cambio notable en los dolores de cabeza.
a) No migrañosas (leves o intensas)	1	1 / 1	
b) Migraña			
(i) Sin aura			
Edad < 35 años	1	2 / 2	
Edad ≥ 35 años	1	2 / 2	
(ii) con aura, a cualquier edad	1	2 / 3	
EPILEPSIA	1	1	
TRASTORNOS DEPRESIVOS			
TRASTORNOS DEPRESIVOS	1	1	**Aclaración**: La clasificación se basa en los datos de mujeres con trastornos depresivos seleccionados. No existen datos acerca del trastorno bipolar o la depresión posparto. Existe una probabilidad de interacciones farmacológicas entre ciertos medicamentos antidepresivos y los anticonceptivos hormonales.
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO			
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL		I / C	
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1	1 / 1	

Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu		DIU-LNG		
DIU-Cu = DIU con cobre			**DIU-LNG** = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)		
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	2		1	2	**Aclaración**: Un sangrado inusualmente abundante debe despertar la sospecha de una condición grave subyacente. **Evidencia**: La evidencia de estudios en los que se examinaron los efectos terapéuticos de los DIU-LNG en mujeres con sangrado abundante o prolongado no mostró un aumento en los efectos adversos y encontró que los DIU-LNG resultaron beneficiosos para el tratamiento de la menorragia. (65-72)
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (sospecha de una condición grave)	I	C	I	C	
Antes de la evaluación	4	2	4	2	**Aclaración**: Ante la sospecha de embarazo o de una condición patológica subyacente, tal como una neoplasia pélvica, debe realizarse una evaluación y reajustar la categoría después de esta. No hay necesidad de retirar el DIU antes de la evaluación.
ENDOMETRIOSIS	2		1		**Evidencia**: El uso del DIU-LNG en mujeres con endometriosis disminuyó la dismenorrea, el dolor pélvico y la dispareunia. (73-77)
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS (incluyendo quistes)	1		1		
DISMENORREA SEVERA*	2		1		
ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL					**Evidencia**: La limitada evidencia disponible sugiere que las mujeres que usan un DIU después de la evacuación uterina por un embarazo molar no corren un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad trofoblástica posmolar en comparación con aquellas que utilizan otros métodos anticonceptivos.(78-81)
a) Niveles reducidos o indetectables de βhCG	3		3		
b) Niveles persistentemente elevados de βhCG o enfermedad maligna	4		4		
ECTROPIÓN CERVICAL	1		1		
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)*	1		2		
CÁNCER CERVICAL* (en espera de tratamiento)	I	C	I	C	
	4	2	4	2	
ENFERMEDADES DE LA MAMA*					
a) Nódulo sin diagnóstico	1		2		
b) Enfermedad benigna	1		1		
c) Historia familiar de cáncer	1		1		
d) Cáncer de mama					
(i) actual	1		4		
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	1		3		
CÁNCER DE ENDOMETRIO*	I	C	I	C	
	4	2	4	2	
CÁNCER DE OVARIO*	3	2	3	2	

Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu		DIU-LNG		
DIU-Cu = DIU con cobre			**DIU-LNG** = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)		
FIBROMAS UTERINOS*					**Evidencia**: Entre las mujeres con fibromas, no se registraron episodios de salud adversos con el uso del DIU-LNG, y hubo una disminución en los síntomas y tamaños de los fibromas en algunas mujeres.(82-88)
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1		1		
b) Con distorsión de la cavidad uterina	4		4		
ANOMALÍAS ANATÓMICAS*					
a) Cavidad uterina distorsionada (cualquier anomalía, congénita o adquirida, que distorsione la cavidad uterina de manera tal que sea incompatible con la inserción de un DIU)	4		4		
b) Otras anomalías (incluidas estenosis cervical o laceraciones cervicales) que no distorsionen la cavidad uterina o interfieran con la inserción del DIU	2		2		
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)*	I	C	I	C	**Aclaración para la continuación**: Se debe tratar la EPI con antibióticos adecuados. Generalmente no hay necesidad de retirar el DIU si la usuaria desea continuar su uso (consulte Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. OMS: Ginebra, 2005). La continuación del uso del DIU dependerá de la elección informada y los factores de riesgo actuales de ITS y EPI de la usuaria. **Evidencia**: Entre las usuarias de DIU tratadas por EPI, no hubo diferencia en la evolución clínica si se retiró o se dejó el DIU.(89-91)
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)					
(i) con embarazo posterior	1	1	1	1	
(ii) sin embarazo posterior	2	2	2	2	
b) EPI - actual	4	2	4	2	
ITS	I	C	I	C	
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	4	2	4	2	**Aclaración para la continuación**: Se debe tratar la ITS con antibióticos adecuados. Generalmente no hay necesidad de retirar el DIU si la usuaria desea continuar su uso. La continuación del uso del DIU dependerá de la elección informada y los factores de riesgo actuales de ITS y EPI de la usuaria. **Evidencia**: No existe evidencia con respecto a si la inserción del DIU en las mujeres con ITS aumenta el riesgo de EPI en comparación con la ausencia de inserción del DIU. Entre las mujeres a quienes se les insertó un DIU, el riesgo absoluto de EPI posterior fue bajo en las mujeres con ITS en el momento de la inserción, pero mayor que entre las mujeres sin ITS en el momento de la inserción.(92-98)
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	2	2	2	2	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	2	2	2	2	
d) Mayor riesgo de ITS	2/3	2	2/3	2	**Aclaración**: Si una mujer tiene una probabilidad individual muy alta de exposición a gonorrea o infección por clamidia, la condición es una categoría 3. **Evidencia**: A través de la utilización de un algoritmo para clasificar el estado de riesgo de ITS entre las usuarias de DIU, un estudio informó que el 11% de las mujeres de alto riesgo de ITS presentaron complicaciones relacionadas con el DIU en comparación con el 5% de aquellas no clasificadas como de alto riesgo.(99)

Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu		DIU-LNG		
DIU-Cu = DIU con cobre			**DIU-LNG** = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)		
VIH/SIDA					
ALTO RIESGO DE VIH	I	C	I	C	**Evidencia**: Entre las mujeres con riesgo de VIH, el uso de DIU con cobre no aumentó el riesgo de infección por VIH. (100-110)
	2	2	2	2	
INFECCIÓN POR VIH	I	C	I	C	**Evidencia**: Entre las usuarias de DIU, se cuenta con evidencia limitada que demuestra que no hay aumento en el riesgo de complicaciones generales o complicaciones relacionadas con la infección cuando se comparan las mujeres VIH-positivas con las mujeres no infectadas. El uso del DIU no afectó de manera adversa la progresión de la infección por VIH en comparación con el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres VIH-positivas. Además, el uso del DIU entre las mujeres VIH-positivas no se asoció con un mayor riesgo de transmisión a las parejas sexuales.(111-119)
	2	2	2	2	
SIDA	3	2	3	2	**Aclaración para la continuación**: Se debe controlar atentamente la aparición de infección pélvica en las usuarias de DIU con SIDA.
Clínicamente bien con terapia ARV	2	2	2	2	
OTRAS INFECCIONES					
ESQUISTOSOMIASIS					
a) Sin complicaciones	1		1		
b) Fibrosis del hígado (si es grave, consulte cirrosis)	1		1		
TUBERCULOSIS*	I	C	I	C	
a) No pélvica	1	1	1	1	
a) Pélvica	4	3	4	3	
PALUDISMO	1		1		
TRASTORNOS ENDOCRINOS					
DIABETES					
a) Historia de enfermedad gestacional	1		1		
b) Enfermedad no vascular					
(i) no insulino-dependiente	1		2		**Evidencia**: La evidencia limitada sobre el uso del DIU-LNG entre mujeres con diabetes insulino- o no insulino-dependiente sugiere que estos métodos tienen poco efecto en el control a corto o largo plazo de la diabetes (p. ej., niveles de HbA1c), los marcadores hemostáticos o el perfil lipídico. (120;121)
(ii) insulino-dependiente	1		2		
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	1		2		
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	1		2		
TRASTORNOS TIROIDEOS					
a) Bocio simple	1		1		
b) Hipertiroidismo	1		1		
c) Hipotiroidismo	1		1		

Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu		DIU-LNG		
DIU-Cu = DIU con cobre	**DIU-LNG** = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)				
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES					
ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR					
a) Sintomática					
(i) tratada con colecistectomía	1		2		
(ii) tratada médicamente	1		2		
(iii) actual	1		2		
b) Asintomática	1		2		
HISTORIA DE COLESTASIS*					
a) Relacionada con el embarazo	1		1		
b) Relacionada con uso previo de AOC	1		2		
HEPATITIS VIRAL					
a) Aguda o con exacerbación	1		1		
b) Portadora	1		1		
c) Crónica	1		1		
CIRROSIS					
a) Leve (compensada)	1		1		
b) Grave (descompensada)	1		3		
TUMORES DEL HÍGADO*					
a) Benigno					
(i) Hiperplasia nodular focal	1		2		
(ii) Adenoma hepatocelular	1		3		
b) Maligno (hepatoma)	1		3		
ANEMIAS					
TALASEMIA*	2		1		
ANEMIA DREPANOCÍTICA*	2		1		
ANEMIA FERROPÉNICA*	2		1		
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS					
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ARV)	I	C	I	C	**Aclaración**: No existe interacción conocida entre la terapia antirretroviral y el uso del DIU. Sin embargo, el SIDA como condición está clasificado en Categoría 3 para la inserción y Categoría 2 para la continuación a menos que la mujer esté clínicamente bien en terapia antirretroviral. En ese caso, tanto la inserción como la continuación están clasificadas como Categoría 2. (Consulte la condición VIH/ SIDA).
a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	2/3	2	2/3	2	
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	2/3	2	2/3	2	
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	2/3	2	2/3	2	

Los DIU no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación		ACLARACIONES/EVIDENCIA
	DIU-Cu	DIU-LNG	
DIU-Cu = DIU con cobre		**DIU-LNG** = DIU liberador de levonorgestrel (20 µg/24 horas)	
TERAPIA ANTICONVULSIVA			
a) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	1	1	**Evidencia**: La limitada evidencia disponible sugiere que el uso de ciertos anticonvulsivos no interfiere con la eficacia anticonceptiva de los DIU-LNG.(122)
b) Lamotrigina	1	1	**Evidencia**: No se han informado interacciones farmacológicas en mujeres con epilepsia que toman lamotrigina y utilizan el DIU-LNG.(123)
TERAPIA ANTIMICROBIANA			
a) Antibióticos de amplio espectro	1	1	
b) Antifúngicos	1	1	
c) Antiparasitarios	1	1	
d) Terapia con rifampicina o rifabutina	1	1	**Evidencia**: Terapia con rifampicina o rifabutina: Una encuesta transversal encontró que la rifabutina no tiene impacto en la eficacia del DIU-LNG.(122)

COMENTARIOS ADICIONALES

EDAD
Menarquia a <20 años: Existe preocupación tanto del riesgo de expulsión debido a nuliparidad como de ITS causadas por la conducta sexual en los grupos más jóvenes.

POSPARTO
< 48 horas, > 48 horas a < 4 semanas: Existe cierta preocupación que los/as recién nacidos/as puedan encontrarse en riesgo debido a la exposición a hormonas esteroideas con el uso del DIU-LNG durante las primeras 4 semanas.

SEPSIS PUERPERAL
La inserción de un DIU puede empeorar considerablemente la condición.

POSTABORTO
Inmediatamente después de aborto séptico: La inserción de un DIU puede empeorar considerablemente la condición.

HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO
El riesgo absoluto de embarazo ectópico es extremadamente bajo debido a la gran eficacia de los DIU. Sin embargo, cuando una mujer se embaraza mientras está utilizando el DIU, la probabilidad relativa de un embarazo ectópico aumenta considerablemente.

HIPERTENSIÓN
Hay cierta preocupación teórica acerca de los efectos del LNG sobre los lípidos. No hay restricción para el uso del DIU con cobre.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLISMO PULMONAR
El DIU-LNG puede ser un tratamiento útil para la menorragia en mujeres con terapia anticoagulante crónica.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)
Hay cierta preocupación teórica acerca de los efectos del LNG sobre los lípidos. No hay restricción para el uso del DIU con cobre.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
Hay cierta preocupación teórica acerca de los efectos del LNG sobre los lípidos. No hay restricción para el uso del DIU con cobre.

CEFALEAS
Aura es un síntoma neurológico focal específico. Para obtener más información sobre este y otros criterios de diagnóstico, consulte: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24(Suppl 1):1-150. http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation (consultado el 21 de agosto de 2009).

DISMENORREA SEVERA
La dismenorrea se puede intensificar con el uso del DIU con cobre. El uso del DIU-LNG ha sido asociado con una disminución de la dismenorrea.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)
Existe cierta preocupación teórica de que los DIU-LNG pueden intensificar la progresión de NIC.

CÁNCER CERVICAL (EN ESPERA DE TRATAMIENTO)
Existe cierta preocupación acerca del mayor riesgo de infección y sangrado al insertarlo, lo que puede empeorar la condición. Lo más probable es que el DIU tenga que ser retirado a la hora del tratamiento pero, hasta entonces, la mujer necesita continuar usándolo ya que corre riesgo de quedar embarazada si no usa anticoncepción.

ENFERMEDADES DE LA MAMA
Cáncer de mama: El cáncer de mama es un tumor hormono sensible. Las preocupaciones acerca de la progresión de la enfermedad pueden ser menores con los DIU-LNG que con los AOC o APS de dosis más elevadas.

CÁNCER DE ENDOMETRIO
Existe cierta preocupación de un riesgo mayor de infección, perforación y sangrado al insertarlo. Lo más probable es que el DIU tenga que ser retirado a la hora del tratamiento pero, hasta entonces, la mujer necesita continuar usándolo ya que corre riesgo de quedar embarazada si no usa anticoncepción.

CÁNCER DE OVARIO
Lo más probable es que el DIU tenga que ser retirado a la hora del tratamiento pero, hasta entonces, la mujer necesita continuar usándolo ya que corre riesgo de quedar embarazada si no usa anticoncepción.

FIBROMAS UTERINOS
Sin distorsión de la cavidad uterina: A las mujeres con sangrado abundante o prolongado se les debe asignar la categoría de esa condición.

Con distorsión de la cavidad uterina: los fibromas uterinos preexistentes que distorsionan la cavidad uterina pueden ser incompatibles con la inserción y la colocación correcta del DIU.

ANOMALÍAS ANATÓMICAS
Cavidad uterina distorsionada: Ante una anomalía anatómica que distorsione la cavidad uterina, quizás no sea posible colocar un DIU correctamente.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)
Los DIU no protegen contra ITS/VIH/EPI. En mujeres con bajo riesgo de ITS, la inserción del DIU representa un riesgo menor de EPI. El riesgo actual de ITS y el deseo de embarazos futuros son consideraciones de importancia.

TUBERCULOSIS
Pélvica: La inserción de un DIU puede empeorar considerablemente la condición.

HISTORIA DE COLESTASIS
Existe cierta preocupación de que antecedentes de colestasis relacionados con AHC puedan predecir una colestasis posterior con el uso de LNG. Todavía no está claro si existe algún riesgo con el uso del DIU-LNG.

TUMORES DEL HÍGADO
No hay evidencia sobre el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con adenoma hepatocelular. Dado que el uso de AOC en mujeres sanas está asociado con el desarrollo y el crecimiento de adenoma hepatocelular, se desconoce si otros anticonceptivos hormonales tienen efectos similares.

TALASEMIA
Existe preocupación acerca de un aumento del riesgo de pérdida de sangre con los DIU con cobre.

ANEMIA DREPANOCÍTICA
Existe preocupación acerca de un aumento del riesgo de pérdida de sangre con los DIU con cobre.

ANEMIA FERROPÉNICA
Existe preocupación acerca de un aumento del riesgo de pérdida de sangre con los DIU con cobre.

REFERENCIAS SOBRE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

(1) Cramer DW, et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941-947.

(2) Daling JR, et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:937-941.

(3) Daling JR, et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203-204.

(4) Delbarge W, et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002, 7:24-30.

(5) Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:304-314.

(6) Hubacher D, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:561-567.

(7) Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987, 3:139-145.

(8) Urbach DR, et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566-571.

(9) Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:391-396.

(10) Bonilla Rosales F., Aguilar Zamudio ME., Cazares Montero Mde L. et al. Factors for expulsion of intrauterine device Tcu380A applied immediately postpartum and after a delayed period. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, 2005, 43:5-10.

(11) Brenner PF. A Clinical-trial of the Delta-T intrauterine-device - immediate postpartum insertion. *Contraception*, 1983, 28:135-147.

(12) Celen S, Moroy P, Sucak A et al. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception*, 2004, 69:279-282.

(13) Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices – an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985, 32:119-134.

(14) El-Shafei MM, Mashali A, Hassan EO et al. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: three years experience of a Mansoura University Hospital. *Egyptian Society of Obstetrics & Gynecology*, 2000, 26:253-262.

(15) Eroglu K, Akkuzu G, Vural G et al. Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/ early postpartum period with interval period: 1 year follow-up. *Contraception*, 2006, 74:376-381.

(16) Lara R, Sanchez RA, Aznar R. [Application of intreauterine device through the incision of the cesarean section]. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 1989, 57:23-27.

(17) Mishell DR, Jr., Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 143:29-35.

(18) Morrison C, Waszak C, Katz K et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996, 53:17-21.

(19) Muller ALL, Ramos JGL, Martins-Costa SH et al. Transvaginal ultrasonographic assessment of the expulsion rate of intrauterine devices inserted in the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*, 2005, 72:192-195.

(20) Thiery M, Vanderpas H, Delbeke L et al. Comparative Performance of 2 Copper-Wired luds (MI-Cu-250 and T-Cu-200) - Immediate Postpartum and Interval Insertion. *Contraceptive Delivery Systems*, 1980, 1:27-35.

(21) Thiery M, Van Kets H, Van der PH et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982, 89:51-53.

(22) Welkovic S, Costa LO, Faundes A et al. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception*, 2001, 63:155-158.

(23) Zhou SW, Chi IC. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital--a two year follow-up. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1991, 35:157-164.

(24) Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception*, 2009, 80:327-336.

(25) El Tagy A, et al. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003, 67:229-234.

(26) Gillett PG, et al. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertility & Sterility*, 1980, 34:121-124.

(27) Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. [update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID:10796820]. [Review] [28 refs]. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2002, CD001777.

(28) Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper 'T' device. *Indian Journal of Medical Research*, 1975, 63:736-739.

(29) Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*, 2001, 63:315-317.

(30) Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception*, 2003, 68:31-34.

(31) Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:1168-1173.

(32) Suvisaari J, Lahteenmaki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmensstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*, 1996, 54:201-208.

(33) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:109-114.

(34) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. IUD insertion following termination of pregnancy: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:99-108.

(35) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCu220C and multiload 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113-128.

(36) Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*, 1974, 9:153-160.

(37) Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception*, 1980, 22:561-571.

(38) Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T et al. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999, 4:67-73.

(39) Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*, 1999, 354:1610-1611.

(40) World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-324.

(41) Kingman CE, Kadir RA, Lee CA et al. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system for treatment of menorrhagia in women with inherited bleeding disorders. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2004, 111:1425-1428.

(42) Pisoni CN, Cuadrado MJ, Khamashta MA et al. Treatment of menorrhagia associated with oral anticoagulation: efficacy and safety of the levonorgestrel releasing intrauterine device (Mirena coil). *Lupus*, 2006, 15:877-880.

(43) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.

(44) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.

(45) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.

(46) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.

(47) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.

(48) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427-433.

(49) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.

(50) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.

(51) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.

(52) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.

(53) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.

(54) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.

(55) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.

(56) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.

(57) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.

(58) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.

(59) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609-612.

(60) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with haemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.

(61) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.

(62) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.

(63) Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchyakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.

(64) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus – a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.

(65) Barrington JW, Arunkalaivanan AS, bdel-Fattah M. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 2003, 108:72-74.

(66) Gupta B, Mittal S, Misra R et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2006, 95:261-266.

(67) Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomized trial.[see comment]. *Lancet*, 2001, 357:273-277.

(68) Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:304-309.

(69) Koh SC, Singh K. The effect of levonorgestrel-releasing intrauterine system use on menstrual blood loss and the haemostatic, fibrinolytic/inhibitor systems in women with menorrhagia. *Journal of Thrombosis & Haemostasis*, 2007, 5:133-138.

(70) Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2000, -CD002126.

(71) Magalhaes J, Aldrighi JM, de Lima GR. Uterine volume and menstrual patterns in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system with idiopathic menorrhagia or menorrhagia due to leiomyomas. *Contraception*, 2007, 75:193-198.

(72) Stewart A, Cummins C, Gold L et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: A systematic review. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:74-86.

(73) Fedele L, Bianchi S, Zanconato G et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:485-488.

(74) Lockhat FBE. The effect of a levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) on symptomatic endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2002, 77 Suppl 1:S24.

(75) Petta CA, Ferriani RA, Abrao MS et al. Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Human Reproduction*, 2005, 20:1993-1998.

(76) Vercellini P, Aimi G, Panazza S et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999, 72:505-508.

(77) Vercellini P, Frontino G, De GO et al. Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:305-309.

(78) Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO et al. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 20:68-69.

(79) Deicas RE, et al. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-226.

(80) Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-217.

(81) Gaffield ME, Kapp K, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception* 2009; 80:363-371.

(82) Fedele L, et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertility & Sterility*, 1997, 68:426-429.

(83) Grigorieva V, et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility & Sterility*, 2003, 79:1194-1198.

(84) Mercoria F, et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*, 2003, 67:277-280.

(85) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Treatment of primary and secondary dysmenorrhea with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2001, 6:192-198.

(86) Wildemeersch D, Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2002, 102:74-79.

(87) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Contraception and treatment in the perimenopause with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: an extended pilot study. *Contraception*, 2002, 66:93-99.

(88) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Performance and acceptability of intrauterine release of levonorgestrel with a miniature delivery system for hormonal substitution therapy, contraception and treatment in peri and postmenopausal women. *Maturitas*, 2003, 44:237-245.

(89) Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15:143-149.

(90) Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1981, 24:137-143.

(91) Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-65.

(92) Faundes A, et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical Chlamydia trachomatis. *Contraception*, 1998, 58:105-109.

(93) Ferraz do Lago R, et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*, 2003, 68:105-109.

(94) Morrison CS, Sekadde-Kigondu C, Miller WC et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.

(95) Pap-Akeson M, et al. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992, 99:676-679.

(96) Sinei SK, et al. Preventing IUDC-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1990, 97:412-419.

(97) Skjeldestad FE, et al. IUD users in Norway are at low risk of for genital C. trachomatis infection. *Contraception*, 1996, 54:209-212.

(98) Walsh TL, et al. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *Contraception*, 1994, 50:319-327.

(99) Morrison CS, Sekadde-Kigondu C, Miller WC et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.

(100) Carael M, Van de Perre PH, Lepage PH et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-205.

(101) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *British Medical Journal*, 1992, 304:809-813.

(102) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.

(103) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.

(104) Mann JM, et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1998, 2:249-254.

(105) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-1059.

(106) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.

(107) Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M et al. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission.[comment]. *Epidemiology*, 1994, 5:570-575.

(108) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.

(109) Sinei SK, Fortney JA, Kigondu CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.

(110) Spence MR, Robbins SM, Polansky M et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-145.

(111) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *British Medical Journal*, 1992, 304:809-813.

(112) Heikinheimo O, et al. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women--effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Human Reproduction*, 2006, 21:2857-2861.

(113) Kovacs A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.

(114) Lehtovirta P, Paavonen J, Heikinheimo O. Experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system among HIV-infected women. *Contraception*, 2007, 75:37-39.

(115) Morrison CS, et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:784-790.

(116) Mostad SB, et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.

(117) Richardson BA, et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999, 13:2091-2097.

(118) Sinei SK, et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women. *Lancet*, 1998, 351:1238-1241.

(119) Stringer EM, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs. hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.

(120) Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN et al. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 2006, 22:198-206.

(121) Rogovskaya S, Rivera R, Grimes DA et al. Effect of a levonorgestrel intrauterine system on women with type 1 diabetes: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:811-815.

(122) Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002, 28:78-80.

(123) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.

DIU CON COBRE PARA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (DIU-E)

Este método es altamente eficaz para prevenir el embarazo. Un DIU liberador con cobre (DIU-Cu) puede ser usado dentro de los 5 días después del coito sin protección, como un anticonceptivo de emergencia. Sin embargo, cuando se puede estimar el tiempo de la ovulación, el DIU-Cu puede ser insertado más allá de los 5 días después del coito, si es necesario, siempre que la inserción no se realice después de más de 5 días desde la ovulación.

Los criterios de elegibilidad para el intervalo de inserción del DIU-Cu también se aplican para la inserción del DIU-Cu como anticoncepción de emergencia.

Los DIU para anticoncepción de emergencia no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA	ACLARACIONES/EVIDENCIA
EMBARAZO	4	**Aclaración**: El DIU no está indicado durante el embarazo y no debe ser usado debido al riesgo de infección pélvica grave y aborto séptico espontáneo.
VIOLACIÓN*		
a) Alto riesgo de ITS	3	
b) Bajo riesgo de ITS	1	

COMENTARIOS ADICIONALES

Violación: Los DIU no protegen contra ITS/VIH/EPI. Entre las mujeres con infección por clamidia o gonorrea, debe evitarse el riesgo potencial aumentado de EPI con la inserción del DIU. La preocupación es menor para otras ITS.

MÉTODOS DE BARRERA (BARR)

Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto), se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I = inicio, C = continuación			ACLARACIONES/EVIDENCIA
	C	E	D	
C = condones masculinos de látex, condones masculinos de poliuretano, condones femeninos **E** = espermicida **D** = diafragma (con espermicida), capuchón cervical			
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisible deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera consistente y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA				
EMBARAZO	NA	NA	NA	NA = No aplica **Aclaración**: Ninguno de estos métodos es pertinente para la anticoncepción durante un embarazo comprobado. Sin embargo, para las mujeres que continúan en riesgo de una ITS/VIH durante el embarazo, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.
EDAD				
a) Menarquia a < 40 años	1	1	1	
b) ≥ 40 años	1	1	1	
PARIDAD				
a) Nulípara	1	1	1	
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	2	**Aclaración**: El riesgo de falla del capuchón cervical es mayor en las mujeres que han tenido 1 o más partos que en las nulíparas.
POSPARTO				
a) < 6 semanas posparto	1	1	NA	**Aclaración**: El diafragma y el capuchón cervical no son apropiados antes de que la involución uterina sea completa.
b) ≥ 6 semanas posparto	1	1	1	
POSTABORTO				
a) Primer trimestre	1	1	1	
b) Segundo trimestre	1	1	1	**Aclaración**: El diafragma y el capuchón cervical no son apropiados hasta después de 6 semanas de un aborto de segundo trimestre.
c) Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO	1	1	1	
HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA	1	1	1	
TABAQUISMO				
a) Edad < 35 años	1	1	1	
b) Edad ≥ 35 años				
(i) < 15 cigarrillos/día	1	1	1	
ii) ≥ 15 cigarrillos/día	1	1	1	
OBESIDAD*				
a) IMC ≥ 30 kg/m^2	1	1	1	
b) Menarquia a <18 años e IMC ≥ 30 kg/m^2	1	1	1	

BARR

Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto), se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.				
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación			**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	C	**E**	**D**	
C = condones masculinos de látex, condones masculinos de poliuretano, condones femeninos **E** = espermicida **D** = diafragma (con espermicida), capuchón cervical				
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisible deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera consistente y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE	NA	NA	NA	**Aclaración**: Si bien la medición de la presión arterial puede ser apropiada para un buen cuidado preventivo de la salud, no está directamente relacionada con el uso seguro y eficaz de los métodos de barrera. No se debe negar el uso de métodos de barrera a las mujeres simplemente porque no se les puede medir la presión arterial.
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES				
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tales como mayor edad, fumar, tener diabetes e hipertensión)	1	1	1	
HIPERTENSIÓN				
a) Historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)	1	1	1	
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	1	1	1	
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)				
(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mm Hg	1	1	1	
(ii) sistólica≥160 o diastólica ≥100 mm Hg	1	1	1	
d) Enfermedad vascular	1	1	1	
HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	1	1	1	
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)				
a) Historia de TVP/EP	1	1	1	
b) TVP/EP actual	1	1	1	
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	1	1	1	
d) Historia familiar (familiares de primer grado)	1	1	1	
e) Cirugía mayor				
(i) con inmovilización prolongada	1	1	1	
(ii) sin inmovilización prolongada	1	1	1	
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	

Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto), se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.				
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación			**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	C	**E**	**D**	
C = condones masculinos de látex, condones masculinos de poliuretano, condones femeninos **E** = espermicida **D** = diafragma (con espermicida), capuchón cervical				
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisible deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera consistente y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (p. ej., factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	1	1	1	**Aclaración**: No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes.
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL				
a) Venas varicosas	1	1	1	
b) Tromboflebitis superficial	1	1	1	
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)	1	1	1	
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (historia de accidente cerebrovascular)	1	1	1	
HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS	1	1	1	**Aclaración**: No son apropiados los estudios de lípidos de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes.
VALVULOPATÍA CARDÍACA*				
a) Sin complicaciones	1	1	1	
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)	1	1	2	
ENFERMEDADES REUMÁTICAS				
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)				
a) Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o valor desconocido)	1	1	1	
b) Trombocitopenia severa	1	1	1	
c) Terapia inmunosupresora	1	1	1	
d) Ninguna de las opciones anteriores	1	1	1	
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS				
CEFALEAS				
a) No migrañosas (leves o intensas)	1	1	1	
b) Migraña				
(i) Sin aura				
Edad < 35 años	1	1	1	
Edad ≥ 35 años	1	1	1	
(ii) con aura, a cualquier edad	1	1	1	
EPILEPSIA	1	1	1	
TRASTORNOS DEPRESIVOS				
TRASTORNOS DEPRESIVOS	1	1	1	

Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto), se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.				
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación			**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	C	**E**	**D**	
C = condones masculinos de látex, condones masculinos de poliuretano, condones femeninos **E** = espermicida **D** = diafragma (con espermicida), capuchón cervical				
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisible deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera consistente y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO				
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (sospecha de una condición grave) Antes de la evaluación	1	1	1	**Aclaración**: Ante la sospecha de embarazo o de una condición patológica subyacente (tal como una neoplasia pélvica), debe realizarse una evaluación y ajustar la categoría después de esta.
ENDOMETRIOSIS	1	1	1	
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS (incluyendo quistes)	1	1	1	
DISMENORREA SEVERA	1	1	1	
ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL				
a) Niveles reducidos o indetectables de βhCG	1	1	1	
b) Niveles persistentemente elevados de βhCG o enfermedad maligna	1	1	1	
ECTROPIÓN CERVICAL	1	1	1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	1	1	1	**Aclaración**: El capuchón no debe usarse. No hay restricción para el uso del diafragma.
CÁNCER CERVICAL* (en espera de tratamiento)	1	2	1	**Aclaración**: El capuchón no debe usarse. No hay restricción para el uso del diafragma.
ENFERMEDADES DE LA MAMA				
a) Nódulo sin diagnóstico	1	1	1	
b) Enfermedad benigna	1	1	1	
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	
d) Cáncer de mama				
(i) actual	1	1	1	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	1	1	1	
CÁNCER DE ENDOMETRIO	1	1	1	
CÁNCER DE OVARIO	1	1	1	
FIBROMAS UTERINOS				
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	

Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto), se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.				
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación			**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	C	**E**	**D**	
C = condones masculinos de látex, condones masculinos de poliuretano, condones femeninos **E** = espermicida **D** = diafragma (con espermicida), capuchón cervical				
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisible deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera consistente y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
ANOMALÍAS ANATÓMICAS	1	1	NA	**Aclaración**: El diafragma no debe usarse en ciertos casos de prolapso. El uso del capuchón no es apropiado para una mujer con una anatomía cervical notablemente distorsionada.
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)				
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)				
(i) con embarazo posterior	1	1	1	
(ii) sin embarazo posterior	1	1	1	
b) EPI - actual	1	1	1	
ITS				
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	
VIH/SIDA				
ALTO RIESGO DE VIH*	1	4	4	**Evidencia**: El uso repetido y en altas dosis del espermicida nonoxinol-9 estuvo asociado con un incremento de riesgo de lesiones genitales, las cuales pueden aumentar el riesgo de adquirir infección por VIH.(1)
INFECCIÓN POR VIH*	1	3	3	
SIDA*	1	3	3	
OTRAS INFECCIONES				
ESQUISTOSOMIASIS				
a) Sin complicaciones	1	1	1	
b) Fibrosis del hígado	1	1	1	
TUBERCULOSIS				
a) No pélvica	1	1	1	
a) Pélvica	1	1	1	
PALUDISMO	1	1	1	
HISTORIA DE SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO*	1	1	3	
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO*	1	1	2	

Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto), se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.				
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación			**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	C	**E**	**D**	
C = condones masculinos de látex, condones masculinos de poliuretano, condones femeninos **E** = espermicida **D** = diafragma (con espermicida), capuchón cervical				
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisible deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera consistente y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
TRASTORNOS ENDOCRINOS				
DIABETES				
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	1	
b) Enfermedad no vascular				
(i) no insulino-dependiente	1	1	1	
(ii) insulino-dependiente	1	1	1	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	1	1	1	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	1	1	1	
TRASTORNOS TIROIDEOS				
a) Bocio simple	1	1	1	
b) Hipertiroidismo	1	1	1	
c) Hipotiroidismo	1	1	1	
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES				
ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR				
a) Sintomática				
(i) tratada con colecistectomía	1	1	1	
(ii) tratada médicamente	1	1	1	
(iii) actual	1	1	1	
b) Asintomática	1	1	1	
HISTORIA DE COLESTASIS				
a) Relacionada con el embarazo	1	1	1	
b) Relacionada con uso previo de AOC	1	1	1	
HEPATITIS VIRAL				
a) Aguda o con exacerbación	1	1	1	
b) Portadora	1	1	1	
c) Crónica	1	1	1	
CIRROSIS				
a) Leve (compensada)	1	1	1	
b) Grave (descompensada)	1	1	1	
TUMORES DEL HÍGADO				
a) Benigno				
(i) Hiperplasia nodular focal	1	1	1	
(ii) Adenoma hepatocelular	1	1	1	
b) Maligno (hepatoma)	1	1	1	

Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o el posparto), se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.				
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** I = inicio, C = continuación			**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
	C	**E**	**D**	
C = condones masculinos de látex, condones masculinos de poliuretano, condones femeninos **E** = espermicida **D** = diafragma (con espermicida), capuchón cervical				
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisible deben ser informadas que los métodos de barrera para la prevención del embarazo podrían no ser apropiados para aquellas que no pueden usarlos de manera consistente y correcta, debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.				
ANEMIAS				
TALASEMIA	1	1	1	
ANEMIA DREPANOCÍTICA	1	1	1	
ANEMIA FERROPÉNICA	1	1	1	
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS				
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ARV)				
a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	1	3	3	**Aclaración**: No se conoce ninguna interacción farmacológica entre la terapia ARV y el uso de un método de barrera. Sin embargo, la infección por VIH y el SIDA son condiciones de categoría 3 para los espermicidas y diafragmas (Consulte la condición VIH/ SIDA).
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	1	3	3	
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	1	3	3	
TERAPIA ANTICONVULSIVA				
a) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	1	1	1	
b) Lamotrigina	1	1	1	
TERAPIA ANTIMICROBIANA				
a) Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	
b) Antifúngicos	1	1	1	
c) Antiparasitarios	1	1	1	
d) Terapia con rifampicina o rifabutina	1	1	1	
ALERGIA AL LÁTEX	3	1	3	**Aclaración**: Esto no se aplica a condones o diafragmas de plástico.

COMENTARIOS ADICIONALES

OBESIDAD
La obesidad grave puede dificultar la colocación del diafragma y el capuchón.

VALVULOPATÍA CARDÍACA
El riesgo de infección del tracto urinario con el diafragma puede aumentar el riesgo en una paciente con endocarditis bacteriana subaguda.

CÁNCER CERVICAL (EN ESPERA DE TRATAMIENTO)
El uso repetido y de dosis elevadas de nonoxinol–9 puede causar irritación o abrasiones vaginales y cervicales.

ALTO RIESGO DE VIH
Se asigna categoría 4 al uso del diafragma debido a preocupaciones sobre el espermicida, no el diafragma.

INFECCIÓN POR VIH
El uso de espermicidas o diafragmas (con espermicida) puede alterar la mucosa cervical, lo que puede ocasionar un aumento en la descamación (o desprendimiento) viral y la transmisión del VIH a parejas sexuales no infectadas.

SIDA
El uso de espermicidas o diafragmas (con espermicida) puede alterar la mucosa cervical, lo que puede ocasionar un aumento en la descamación (o desprendimiento) viral y la transmisión del VIH a parejas sexuales no infectadas.

HISTORIA DE SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO
El síndrome de choque tóxico se informó en relación con el uso de la esponja anticonceptiva y el diafragma.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO
Hay un aumento potencial de infección del tracto urinario con el uso de diafragmas y espermicidas.

REFERENCIAS SOBRE LOS MÉTODOS DE BARRERA

(1) Wilkinson D, et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; 4(CD003936).

MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD (MBCF)

Los métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF) implican la identificación de los días fértiles en el ciclo menstrual, ya sea mediante la observación de los signos de fertilidad, tales como secreciones cervicales y la temperatura basal del cuerpo, o el monitoreo de los días del ciclo. Los MBCF pueden utilizarse en combinación con la abstinencia o con los métodos de barrera durante el período fértil. Si se usan los métodos de barrera, consulte la sección sobre métodos de barrera (BARR).

No existen condiciones médicas que empeoren debido al uso de los MBCF. En general, estos métodos pueden ofrecerse sin preocupaciones sobre los efectos en la salud de las personas que los escogen. Sin embargo, hay un número de condiciones que complican en cierta medida el uso de estos métodos. La existencia de estas condiciones sugiere que (1) el uso de estos métodos debe retrasarse hasta que la condición sea corregida o resuelta; o (2) requerirán una orientación especial y un/una proveedor/a de servicio mucho más capacitado/a para asegurar su uso correcto.

DEFINICIONES

SINT	Métodos basados en síntomas	Los MBCF basados en la observación de signos de fertilidad (ej., secreciones cervicales, temperatura basal del cuerpo) tales como el Método del Moco Cervical, el Método Sintotérmico y el Método de los Dos Días.
CAL	Métodos basados en el calendario	Los MBCF basados en cálculos del calendario tales como el Método del Ritmo y el Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.
A	Aceptar	No hay una razón médica para negar el MBCF específico a una mujer en esta circunstancia.
C	Cuidado	El método normalmente se proporciona en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales. Para los MBCF, esto generalmente implica que quizá se necesite orientación especial para asegurar el uso correcto del método por parte de la mujer en esta circunstancia.
R	Retrasar	El uso de este método debe ser retrasado hasta que la condición sea evaluada o corregida. Deben ofrecerse otros métodos anticonceptivos temporales.
NA	No aplica	

MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Los MBCF no protegen contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA		ACLARACIONES/EVIDENCIA
	SINT	CAL	
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA			
Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisible deben ser informadas de que los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad podrían no ser apropiados para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.			
EMBARAZO	NA	NA	**Aclaración**: Los MBCF no son aplicables durante el embarazo.
ETAPA DE LA VIDA			**Aclaración**: Las irregularidades en la menstruación son comunes en la posmenarquia y en la perimenopausia, y pueden complicar el uso de los MBCF.
a) Posmenarquia	C	C	
b) Perimenopausia	C	C	
LACTANCIA MATERNA*			
a) < 6 semanas posparto	R	R	
b) ≥ 6 semanas	C	R	
c) Después de que empieza la menstruación	C	C	
POSPARTO* (no amamantando)			
a) < 4 semanas	R	R	
b) ≥ 4 semanas	A	R	
POSTABORTO*	C	R	
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO			
SANGRADO VAGINAL IRREGULAR*	R	R	
FLUJO VAGINAL*	R	A	
OTROS			
USO DE MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LA REGULARIDAD DEL CICLO, LAS HORMONAS Y/O LOS SIGNOS DE FERTILIDAD*	C/R	C/R	
ENFERMEDADES QUE ELEVAN LA TEMPERATURA CORPORAL*			
a) Enfermedades crónicas	C	A	
b) Enfermedades agudas	R	A	

COMENTARIOS ADICIONALES

LACTANCIA MATERNA: Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad durante la lactancia materna pueden ser menos eficaces que cuando no se amamanta.

LACTANCIA MATERNA

< 6 semanas posparto: Las mujeres que están amamantando y en amenorrea es poco probable que tengan suficiente función ovárica para producir signos de fertilidad y cambios hormonales detectables durante las primeras 6 semanas después del parto. Sin embargo, es posible que la fertilidad se reanude con el paso del tiempo después del parto y con la sustitución de la leche materna con otros alimentos.

Después de que empieza la menstruación: Cuando la mujer nota signos de fertilidad (especialmente secreciones cervicales), puede usar un método basado en los síntomas. En las mujeres que amamantan, la duración de los primeros ciclos menstruales después del parto varía significativamente. Transcurren varios ciclos antes del restablecimiento de la regularidad. Cuando la mujer haya tenido por lo menos tres períodos menstruales después del parto, y sus ciclos se regularicen, puede usar un método basado en el calendario. Cuando haya tenido por lo menos cuatro menstruaciones después del parto y su ciclo más reciente haya sido de 26 a 32 días, puede usar los Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Antes de eso, se le debe ofrecer un método de barrera si la mujer piensa utilizar el métodos basados en el conocimiento de la fertilidad más adelante.

POSPARTO

< 4 semanas: No es muy probable que las mujeres que no están amamantando tengan suficiente función ovárica para requerir un métodos basados en el conocimiento de la fertilidad o para tener signos detectables de fertilidad o cambios hormonales antes de las 4 semanas después del parto. Aunque el riesgo de embarazo es bajo, deberá ofrecerse
un método apropiado para después del parto.

≥ 4 semanas: Es probable que las mujeres que no están amamantando tengan suficiente función ovárica para producir signos de fertilidad detectables y/o cambios hormonales en esta etapa, la probabilidad aumenta rápidamente conforme avanza el tiempo después del parto. Las mujeres pueden usar métodos basados en el calendario tan pronto hayan completado por lo menos tres períodos menstruales después del parto y sus ciclos vuelvan a regularizarse. Pueden usar el métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. una vez que hayan tenido por lo menos cuatro períodos menstruales después del parto y su ciclo más reciente haya sido de 26 a 32 días. Antes de ese tiempo deberían ofrecerse métodos apropiados para después del parto.

POSTABORTO

Después de un aborto las mujeres tienen probabilidades de tener suficiente función ovárica para producir signos detectables de fertilidad y/o cambios hormonales en este período; la probabilidad aumenta conforme avanza el tiempo después del aborto. Las mujeres pueden empezar a usar métodos basados en el calendario tan pronto hayan tenido por lo menos una menstruación después del aborto (p. ej., las mujeres que antes del embarazo tenían la mayoría de sus ciclos entre 26 y 32 días pueden usar el métodos basados en el conocimiento de la fertilidad). Antes de ese tiempo debería ofrecerse métodos apropiados para después del aborto.

SANGRADO VAGINAL IRREGULAR

La presencia de esta condición hace que los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad no sean confiables. Por lo tanto, se deben recomendar los métodos de barrera hasta que el patrón de sangrado sea compatible con el uso del método apropiado. La condición debe ser evaluada y tratada según sea necesario.

FLUJO VAGINAL

Debido a que el flujo vaginal dificulta el reconocimiento de las secreciones cervicales, la condición debe ser evaluada y tratada, si fuera necesario, antes de proveer métodos basados en secreciones cervicales.

USO DE MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LA REGULARIDAD DEL CICLO, LAS HORMONAS Y/O LOS SIGNOS DE FERTILIDAD

El uso de ciertos fármacos que alteran el estado de ánimo tales como el litio, antidepresivos tricíclicos y las terapias contra la ansiedad, lo mismo que ciertos antibióticos y drogas antiinflamatorias, puede alterar la regularidad del ciclo o afectar los signos de fertilidad. La condición debe ser cuidadosamente evaluada y se debe ofrecer un método de barrera hasta determinar el grado del efecto o hasta que finalice la terapia con ese fármaco. Los métodos basados en el calendario solo son apropiados si los ciclos menstruales son regulares y previsibles.

ENFERMEDADES QUE ELEVAN LA TEMPERATURA CORPORAL

Los niveles elevados de temperatura pueden dificultar la interpretación de la temperatura basal del cuerpo, pero no tienen efecto sobre las secreciones cervicales. Por lo tanto, el uso de un método basado en la temperatura debe ser retrasado hasta que la enfermedad aguda desaparezca. Los métodos basados en la temperatura no son apropiados para mujeres con temperaturas elevadas crónicas. Además, algunas enfermedades crónicas interfieren con la regularidad del ciclo, lo que dificulta la interpretación de los métodos basados en el calendario.

El método de amenorrea de lactancia no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisible deben ser informadas de que el método de amenorrea de lactancia podría no ser apropiado para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.

El Consenso de Bellagio ofreció las bases científicas para definir las condiciones en las cuales la lactancia materna puede ser usada de manera segura y eficaz para espaciar los nacimientos, y se desarrollaron recomendaciones programáticas para el uso de la amenorrea de lactancia en la planificación familiar. Estas recomendaciones incluyen los siguientes tres criterios, los que –en su totalidad– deben cumplirse para asegurar la protección adecuada de un embarazo no planificado: (1) amenorrea; (2) amamantando total o casi totalmente; y (3) menos de seis meses posparto.

Las indicaciones principales para la lactancia materna siguen siendo la necesidad de ofrecer un alimento ideal para el niño y la protección contra enfermedades. No hay condiciones médicas en las cuales el uso de la amenorrea de lactancia esté restringido y no existe evidencia documentada de su impacto negativo en la salud de la mujer. Sin embargo, ciertas condiciones u obstáculos que afectan la lactancia materna también pueden afectar la duración de la amenorrea, haciendo de esta una elección menos útil para el propósito de planificación familiar. Estas incluyen:

INFECCIÓN POR VIH

La lactancia materna debe ser promovida, protegida y apoyada en todas las poblaciones, para todas las mujeres VIH-negativas o con estado VIH desconocido. Sin embargo, la mujer infectada con VIH puede transmitir el virus a su hijo/a a través de la lactancia materna. No obstante, la lactancia materna, especialmente la lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida, es uno de los factores más decisivos para mejorar la supervivencia infantil. La lactancia materna también confiere muchos beneficios adicionales además de reducir el riesgo de muerte.

En la actualidad, hay evidencia robusta de que la administración de fármacos antirretrovirales (ARV) a la madre infectada con VIH o a el/la recién nacido/a expuesto/a al VIH, o a ambos, puede reducir significativamente el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna (http://www.who.int/hiv/topcs/mtct). Esto transforma el panorama en el cual deben tomar la decisión las autoridades sanitarias nacionales y las madres a nivel personal. Al recibir los fármacos ARV, ya sea a través de la terapia antirretroviral de por vida para la madre o de otras intervenciones ARV para la madre o el/la recién nacido/a, este/a último/a puede beneficiarse de la lactancia con bajo riesgo de infectarse con el VIH. En algunos países con muchos recursos y tasas bajas de mortalidad infantil y en menores de cinco años, igualmente será apropiado evitar la lactancia materna.

Las madres infectadas con VIH deben recibir las intervenciones antirretrovirales apropiadas y alimentar a sus hijos/as únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida, de allí en adelante se introducirán alimentos complementarios adecuados mientras continúa la lactancia durante los primeros 12 meses de vida. La lactancia materna solamente debe interrumpirse cuando se pueda proporcionar una alimentación nutricionalmente adecuada y segura sin leche materna. Cuando las madres decidan dejar de amamantar, la sustitución debe ser gradual en el plazo de un mes, con alimentos seguros y adecuados, para permitir que los/as bebés crezcan y se desarrollen normalmente.

Las madres que se sabe que están infectadas con VIH deben dar a sus hijos/as, cuyo estado serológico es negativo o desconocido, únicamente leche de fórmula como alimento sustituto, siempre que se cumplan determinadas condiciones, a saber:

a. seguridad del abastecimiento de agua potable y saneamiento garantizados en la vivienda y la comunidad **y,**

b. la madre u otra persona a cargo del cuidado del/de la bebé puede alimentarlo/a de manera confiable con suficiente leche de fórmula para mantener su crecimiento y desarrollo normales **y,**

c. la madre u otra persona a cargo del cuidado del/de la bebé puede preparar el biberón de manera higiénica y con la frecuencia suficiente para que sea seguro y conlleve un bajo riesgo de diarrea o desnutrición **y,**

d. la madre o la persona a cargo del cuidado del/de la bebé puede alimentarlo/a exclusivamente con leche de fórmula durante los primeros seis meses de vida **y,**

e. la familia apoya esta práctica **y,**

f. la madre o la persona a cargo del cuidado del/de la bebé puede acceder a la atención de salud que ofrece servicios integrales de salud infantil.

Si se sabe que los/as bebés y niños/as pequeños/as están infectados con VIH, se recomienda fervientemente la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses y continuar la lactancia materna conforme a las recomendaciones para la población general, que es de hasta dos años o más.

Las mujeres VIH-positivas deben recibir orientación calificada para ayudarlas. También deben tener acceso al apoyo y la atención de seguimiento, incluidos la planificación familiar y el apoyo nutricional.

USO DE MEDICAMENTOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

Para proteger la salud del niño, no se recomienda la lactancia materna en mujeres que usan medicamentos tales como: antimetabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, corticosteroides (altas dosis), ciclosporina, ergotamina, litio, fármacos que alteran el estado de ánimo, fármacos radiactivos y reserpina.

TRASTORNOS QUE AFECTAN AL/A LA RECIÉN NACIDO/A

Deformidades congénitas de la boca, la mandíbula o el paladar; recién nacidos/as que son pequeños/as para la edad gestacional o prematuros/as y que necesitan cuidado neonatal intensivo; y ciertos trastornos metabólicos del niño y de la niña, los cuales – en su totalidad – pueden complicar la lactancia.

COITO INTERRUMPIDO (CI)

El coito interrumpido no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisible deben ser informadas de que el coito interrumpido podría no ser apropiado para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.

El coito interrumpido (CI), también conocido como retiro, es un método de planificación familiar tradicional en el cual el hombre retira totalmente su pene de la vagina, y lo aleja de los genitales externos de su pareja, antes de eyacular. El CI previene que el esperma se introduzca en la vagina de la mujer, y de esta manera se evita el contacto entre el espermatozoide y el óvulo.

Este método es apropiado para parejas:

- altamente motivadas y que son capaces de usar este método de manera eficaz;
- con razones religiosas o filosóficas que no les permiten usar otros métodos anticonceptivos;
- que necesitan la anticoncepción de manera inmediata y han iniciado un acto sexual sin tener a su disposición métodos alternos;
- que necesitan un método temporal mientras están a la espera de iniciar otro método;
- que tienen relaciones sexuales con poca frecuencia.

Algunos beneficios del CI son que el método, cuando se usa correctamente, no afecta la lactancia materna y está siempre disponible para uso primario o como un método de respaldo. Además, el CI no implica un gasto económico ni el uso de sustancias químicas. No existen riesgos de salud asociados directamente al CI. Los hombres y mujeres que tienen un alto riesgo de contagio de ITS/VIH deben utilizar un condón en cada coito.

El CI no perdona el uso incorrecto y su efectividad depende de la disposición y habilidad de la pareja para utilizar el retiro en cada coito.

PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA (EST)

Dada la irreversibilidad o permanencia de los procedimientos de esterilización, debe ponerse especial cuidado en asegurar una elección voluntaria informada del método por parte del usuario o de la usuaria. Se debe prestar especial atención en el caso de personas jóvenes, mujeres nulíparas, y hombres que todavía no son padres, y del usuario o la usuaria con problemas de salud mental, incluidos trastornos depresivos. Todos las usuarias y los usuarios deben ser informadas/os acerca de la permanencia de la esterilización y la disponibilidad de métodos alternos, de largo plazo y gran efectividad. Este es un aspecto de gran importancia en el caso de la gente joven. En el proceso de la decisión deben considerarse las leyes nacionales y las normas vigentes para la realización de los procedimientos de esterilización.

En estas recomendaciones no se analizan los métodos de esterilización femenina transcervicales.

No hay ninguna otra condición médica que restrinja de manera absoluta la elegibilidad de una persona para la esterilización, aunque algunas condiciones y circunstancias indican que se deben tomar ciertas precauciones, incluidas aquellas donde la recomendación es C (cuidado), R (retrasar) o E (especial). Para algunas de estas condiciones y circunstancias, los riesgos teóricos o probados pueden ser mayores que las ventajas de los procedimientos de esterilización, en especial la esterilización femenina. Cuando los riesgos de la esterilización superan los beneficios, los métodos anticonceptivos de largo plazo y gran efectividad son una alternativa preferible. Las decisiones en este aspecto deben tomarse según cada caso en particular, teniendo en cuenta los riesgos y los beneficios de la esterilización en comparación con los riesgos del embarazo, y la disponibilidad y la aceptabilidad de métodos alternativos de gran efectividad.

La siguiente clasificación de las condiciones en cuatro categorías diferentes está basada en una revisión profunda de la evidencia epidemiológica y clínica pertinente a la elegibilidad médica. Únicamente las proveedoras y los proveedores bien capacitadas/os deben realizar los procedimientos de esterilización, en ámbitos clínicos adecuados con el equipo y los insumos apropiados. Deben seguirse las recomendaciones apropiadas para la prestación de servicios, incluidos los protocolos de prevención de infecciones, a fin de maximizar la seguridad del usuario.

DEFINICIONES

A	Aceptar	No hay razones médicas para negar la esterilización a una persona en esta condición.
C	Cuidado	El procedimiento normalmente se realiza en facilidad de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
R	Retrasar	El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.
E	Especial	El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanos/as y personal experimentados, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren además la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Se deben ofrecer métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir al paciente o si hay cualquier otro retraso.

ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA

La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA **A** = aceptar **C** = cuidado **R** = retrasar **E** = especial	ACLARACIONES/EVIDENCIA
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA		
EMBARAZO	R	
EDAD JOVEN	C	**Aclaración**: Las mujeres jóvenes, al igual que todas las mujeres, deben ser informadas acerca de la permanencia de la esterilización y la disponibilidad de métodos alternos, de largo plazo y gran efectividad. **Evidencia**: Los estudios demuestran que hasta un 20% de las mujeres esterilizadas a una edad joven posteriormente se arrepintieron de esta decisión y que la edad temprana es el predictor de arrepentimiento más significativo (que incluye el pedido de información de referencia y la obtención de la reversión) que puede identificarse antes de la esterilización.(1-19)
PARIDAD		
a) Nulípara	A	
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	A	
LACTANCIA MATERNA	A	
POSPARTO*		
a) < 7 días	A	
7 a < 42 días	R	
≥ 42 días	A	
b) Preeclampsia/eclampsia		
(i) preeclampsia leve	A	
(ii) preeclampsia severa/ eclampsia	R	
c) Ruptura prolongada de las membranas, 24 horas o más	R	
d) Sepsis puerperal, fiebre intra-parto o puerperal	R	
e) Hemorragia abundante antes o después del parto	R	
f) Traumatismo grave del tracto genital (desgarro cervical o vaginal durante el parto)	R	
g) Ruptura o perforación del útero	E	**Aclaración**: Si se efectúa cirugía exploratoria o laparoscopía y la mujer está estable, puede repararse el problema y proseguir con la esterilización tubárica al mismo tiempo si no hay riesgo adicional involucrado.
POSTABORTO*		
a) Sin complicaciones	A	
b) Sepsis o fiebre postaborto	R	
c) Hemorragia abundante postaborto	R	
d) Traumatismo grave del tracto genital (desgarro cervical o vaginal durante el aborto)	R	
e) Perforación del útero	E	**Aclaración**: Si se efectúa cirugía exploratoria o laparoscopía, puede repararse el problema y proseguir con la esterilización tubárica al mismo tiempo si no hay riesgo adicional involucrado.
f) Hematometra agudo	R	

La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA **A** = aceptar **C** = cuidado **R** = retrasar **E** = especial	ACLARACIONES/EVIDENCIA
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO	A	
TABAQUISMO		
a) Edad < 35 años	A	
b) Edad ≥ 35 años		
(i) < 15 cigarrillos/día	A	
ii) ≥ 15 cigarrillos/día	A	
OBESIDAD		**Aclaración**: El procedimiento puede resultar más difícil. Existe un mayor riesgo de infección y rotura de la herida. Las mujeres obesas pueden tener limitación de la función respiratoria y requerir anestesia general. **Evidencia**: Las mujeres obesas eran más propensas a las complicaciones cuando se les practicaba la esterilización quirúrgica. (20-23)
a) IMC ≥ 30 kg/m^2	C	
b) Menarquia a <18 años e IMC ≥ 30 kg/m^2	C	
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES		
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL* (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	E	
HIPERTENSIÓN Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.		
a) Hipertensión: controlada correctamente	C	
b) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)		**Aclaración**: La presión arterial elevada debe ser controlada antes de la cirugía. Existen mayores riesgos relacionados con la anestesia y un riesgo mayor de arritmia cardíaca cuando la presión no está controlada. La vigilancia cuidadosa de la presión arterial durante la cirugía es particularmente necesaria en esta situación.
(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mm Hg	C	
(ii) sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 mm Hg	E	
c) Enfermedad vascular	E	
HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	A	
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)		**Aclaración**: Para reducir el riesgo de TVP/EP, se recomienda iniciar pronto la deambulación.
a) Historia de TVP/EP	A	
b) TVP/EP actual	R	
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	E	
d) Historia familiar (familiares de primer grado)	A	

EST

La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA **A** = aceptar **C** = cuidado **R** = retrasar **E** = especial	ACLARACIONES/EVIDENCIA
e) Cirugía mayor		
(i) con inmovilización prolongada	R	
(ii) sin inmovilización prolongada	A	
f) Cirugía menor sin inmovilización	A	
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (p. ej., factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	A	**Aclaración**: No son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes.
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL		
a) Venas varicosas	A	
b) Tromboflebitis superficial	A	
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)*		
a) Cardiopatía isquémica actual	R	
b) Historia de cardiopatía isquémica	C	
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (historia de accidente cerebrovascular)	C	
HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS	A	**Aclaración**: No son apropiados los estudios de lípidos de rutina dada la poca frecuencia de las condiciones y el alto costo de los exámenes.
VALVULOPATÍA CARDÍACA		
a) Sin complicaciones	C	**Aclaración**: La mujer requiere antibióticos profilácticos.
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)	E	**Aclaración**: La mujer se encuentra en alto riesgo de complicaciones asociadas con la anestesia y la cirugía. Deberá retrasarse el procedimiento ante un caso de fibrilación auricular inestable o endocarditis bacteriana subaguda actual.
ENFERMEDADES REUMÁTICAS		
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Las personas con LES tienen un mayor riesgo de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso. Las categorías asignadas a estas condiciones en los CME deberían ser iguales para las mujeres con LES que tienen estas condiciones. Para todas las categorías de LES, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; estas clasificaciones deben modificarse ante la presencia de dichos factores de riesgo. La evidencia disponible indica que muchas mujeres con LES pueden ser consideradas buenas candidatas para la mayoría de los métodos de anticoncepción, incluidos los anticonceptivos hormonales.(112-130)		
a) Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o valor desconocido)	E	
b) Trombocitopenia severa	E	
c) Terapia inmunosupresora	E	
d) Ninguna de las opciones anteriores	C	
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS		
CEFALEAS		
a) No migrañosas (leves o intensas)	A	
b) Migraña		
(i) Sin aura		
Edad < 35 años	A	
Edad ≥ 35 años	A	
(ii) con aura, a cualquier edad	A	

La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA **A** = aceptar **C** = cuidado **R** = retrasar **E** = especial	ACLARACIONES/EVIDENCIA
EPILEPSIA	C	
TRASTORNOS DEPRESIVOS		
TRASTORNOS DEPRESIVOS	C	
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO		
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL		
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	A	
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	A	
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (sospecha de una condición grave)		**Aclaración**: Antes de realizar el procedimiento debe evaluarse la condición.
Antes de la evaluación	R	
ENDOMETRIOSIS	E	
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS (incluyendo quistes)	A	
DISMENORREA SEVERA	A	
ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL		
a) Niveles reducidos o indetectables de βhCG	A	
b) Niveles persistentemente elevados de βhCG o enfermedad maligna	R	
ECTROPIÓN CERVICAL	A	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	A	
CÁNCER CERVICAL* (en espera de tratamiento)	R	
ENFERMEDADES DE LA MAMA		
a) Nódulo sin diagnóstico	A	
b) Enfermedad benigna	A	
c) Historia familiar de cáncer	A	
d) Cáncer de mama		
(i) actual	C	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	A	
CÁNCER DE ENDOMETRIO*	R	
CÁNCER DE OVARIO*	R	
FIBROMAS UTERINOS*		
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	C	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	C	

EST

La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA **A** = aceptar **C** = cuidado **R** = retrasar **E** = especial	ACLARACIONES/EVIDENCIA
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)*		
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)		**Aclaración**: Debe realizarse un cuidadoso examen pélvico para descartar infección recurrente o persistente y para determinar la movilidad del útero.
(i) con embarazo posterior	A	
(ii) sin embarazo posterior	C	
b) EPI - actual	R	
ITS*		
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	R	**Aclaración**: Si no persisten los síntomas después de la terapia, se puede llevar a cabo la esterilización.
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	A	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	A	
d) Mayor riesgo de ITS	A	
VIH/SIDA		
ALTO RIESGO DE VIH	A	**Aclaración**: No es necesario el examen de rutina. Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico. Se recomienda el uso de condones después de la esterilización.
INFECCIÓN POR VIH	A	**Aclaración**: No es necesario el examen de rutina. Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico. Se recomienda el uso de condones después de la esterilización.
SIDA	E	**Aclaración**: El procedimiento debe ser retrasado ante la presencia de una enfermedad relacionada con el SIDA.
OTRAS INFECCIONES		
ESQUISTOSOMIASIS		
a) Sin complicaciones	A	
b) Fibrosis del hígado (si es grave, consulte cirrosis)	C	**Aclaración**: Puede ser necesario evaluar la función hepática.
TUBERCULOSIS		
a) No pélvica	A	
b) Pélvica	E	
PALUDISMO	A	

La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA **A** = aceptar **C** = cuidado **R** = retrasar **E** = especial	ACLARACIONES/EVIDENCIA
TRASTORNOS ENDOCRINOS		
DIABETES*		**Aclaración**: Si la glicemia no está bien controlada, se recomienda la referencia a un centro de mayor nivel.
a) Historia de enfermedad gestacional	A	
b) Enfermedad no vascular		**Aclaración**: Existe una posible disminución en la curación y un mayor riesgo de infección de la herida. Se recomienda usar antibióticos preventivos. **Evidencia**: Las mujeres diabéticas fueron más propensas a tener complicaciones cuando se sometieron a esterilización.(22)
(i) no insulino-dependiente	C	
(ii) insulino-dependiente	C	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	E	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	E	
TRASTORNOS TIROIDEOS*		
a) Bocio simple	A	
b) Hipertiroidismo	E	
c) Hipotiroidismo	C	
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES		
ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR		
a) Sintomática		
(i) tratada con colecistectomía	A	
(ii) tratada médicamente	A	
(iii) actual	R	
b) Asintomática	A	
HISTORIA DE COLESTASIS		
a) Relacionada con el embarazo	A	
b) Relacionada con uso previo de AOC	A	
HEPATITIS VIRAL*		**Aclaración**: Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico.
a) Aguda o con exacerbación	R	
b) Portadora	A	
c) Crónica	A	
CIRROSIS		**Aclaración**: La función hepática y la coagulación podrían resultar afectadas. Debe evaluarse la función hepática.
a) Leve (compensada)	A	
b) Grave (descompensada)	E	
TUMORES DEL HÍGADO		**Aclaración**: La función hepática y la coagulación podrían resultar afectadas. Debe evaluarse la función hepática.
a) Benigno		
(i) Hiperplasia nodular focal	A	
(ii) Adenoma hepatocelular	C	
b) Maligno (hepatoma)	C	

EST

La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.		
CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	**CATEGORÍA** **A** = aceptar **C** = cuidado **R** = retrasar **E** = especial	**ACLARACIONES/EVIDENCIA**
ANEMIAS		
TALASEMIA	C	
ANEMIA DREPANOCÍTICA*	C	
ANEMIA FERROPÉNICA a) Hb < 7 g/dl a) Hb ≥ 7 a < 10 g/dl	 R C	**Aclaración**: Debería identificarse la enfermedad subyacente. Tanto el nivel preoperatorio de hemoglobina (Hb) como la pérdida de sangre en la operación son factores importantes en mujeres con anemia. Si la perfusión periférica es inadecuada, esto podría retrasar la cicatrización de la herida.
TRASTORNOS RELEVANTES SOLO PARA LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA		
INFECCIONES LOCALES	R	**Aclaración**: Existe un riesgo mayor de infección postoperatoria.
TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN*	E	
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS a) Agudas (bronquitis, neumonía) b) Crónicas (i) asma (ii) bronquitis (iii) enfisema (iv) infección pulmonar	 R E E E E	**Aclaración**: El procedimiento debería ser retrasado hasta que se corrija la condición. Mayores riesgos relacionados con la anestesia y otros riesgos perioperatorios.
INFECCIÓN SISTÉMICA O GASTROENTERITIS*	R	
ÚTERO FIJO DEBIDO A CIRUGÍA PREVIA O INFECCIÓN*	E	
HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL O UMBILICAL	E	**Aclaración**: De ser posible, la reparación de la hernia y la esterilización tubárica deberían hacerse simultáneamente.
HERNIA DEL DIAFRAGMA*	C	
NEFROPATÍA*	C	
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES SEVERAS*	C	
CIRUGÍA ABDOMINAL O PÉLVICA PREVIA	C	**Evidencia**: Las mujeres con cirugía abdominal o pélvica anterior fueron más propensas a complicaciones al realizarse la esterilización.(21;22;24-26)
ESTERILIZACIÓN CONCURRENTE CON CIRUGÍA ABDOMINAL a) Electiva b) Emergencia (sin orientación previa) c) Cuadro clínico infeccioso	 C R R	
ESTERILIZACIÓN CONCURRENTE CON UNA CESÁREA*	A	

ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA

La esterilización no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

CONDICIÓN * Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA **A** = Aceptar **C** = Cuidado **R** = Retrasar **E** = Especial	ACLARACIONES/EVIDENCIA
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA		
EDAD JOVEN	C	**Aclaración**: Los hombres jóvenes, como todos los hombres, deben ser informados acerca de la permanencia de la esterilización y la disponibilidad de métodos alternos, de largo plazo y gran efectividad. **Evidencia**: Los hombres sometidos a vasectomía a edad temprana fueron más propensos a revertir el procedimiento que aquellos que se sometieron a vasectomía a una edad más avanzada.(18)
TRASTORNOS DEPRESIVOS		
TRASTORNOS DEPRESIVOS	C	
VIH/SIDA		
ALTO RIESGO DE VIH	A	**Aclaración**: No es necesario el examen de rutina. Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico. Se recomienda el uso de condones después de la esterilización.
INFECCIÓN POR VIH	A	**Aclaración**: No es necesario el examen de rutina. Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico. Se recomienda el uso de condones después de la esterilización.
SIDA Con terapia antirretroviral	E	**Aclaración**: El procedimiento debe ser retrasado ante la presencia de una enfermedad relacionada con el SIDA.
TRASTORNOS ENDOCRINOS		
DIABETES*	C	**Aclaración**: Si la glicemia no está bien controlada, se recomienda la referencia a un centro de mayor nivel.
ANEMIAS		
ANEMIA DREPANOCÍTICA	A	
OTRAS CONDICIONES PERTINENTES SOLO EN EL CASO DE ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA		
INFECCIÓN LOCAL*		
a) infección de la piel del escroto	R	
b) ITS activa	R	
c) Balanitis	R	
d) Epididimitis u orquitis	R	
TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN*	E	
LESIÓN ESCROTAL PREVIA	C	
INFECCIÓN SISTÉMICA O GASTROENTERITIS*	R	
VARICOCELE GRANDE*	C	
HIDROCELE GRANDE*	C	
FILARIASIS; ELEFANTIASIS*	R	
TUMOR INTRAESCROTAL*	R	
CRIPTORQUIDIA	C	
HERNIA INGUINAL*	E	

COMENTARIOS ADICIONALES SOBRE LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA

PARIDAD

Nulípara: Las mujeres nulíparas, como todas las mujeres, deben ser informadas acerca de la permanencia de la esterilización y la disponibilidad de métodos alternos, de larga duración y gran efectividad.

POSPARTO

< 7 días posparto: La esterilización puede practicarse en forma segura inmediatamente después del parto.

7 a < 42 días: Hay un mayor riesgo de complicaciones cuando el útero no ha involucionado por completo.

Preeclampsia/eclampsia: Hay un aumento en los riesgos relacionados con la anestesia.

Ruptura prolongada de las membranas, 24 horas o más: Existe un riesgo mayor de infección postoperatoria.

Sepsis puerperal, fiebre intra-parto o puerperal: Existe un riesgo mayor de infección postoperatoria.

Hemorragia abundante antes del parto o después del parto: La mujer puede estar anémica y ser incapaz de tolerar más pérdida de sangre.

Traumatismo grave del tracto genital (desgarro cervical o vaginal durante el parto): Pudo haberse producido una importante pérdida de sangre y anemia.

Ruptura o perforación del útero: Pudo haberse producido una importante pérdida de sangre o daño en el contenido abdominal.

POSTABORTO

Sepsis o fiebre postaborto: Existe un riesgo mayor de infección postaborto.

Hemorragia abundante después del aborto: La mujer puede estar anémica y ser incapaz de tolerar más pérdida de sangre.

Traumatismo grave del tracto genital (desgarro cervical o vaginal durante el aborto): La mujer puede estar anémica y ser incapaz de tolerar más pérdida de sangre. El procedimiento puede resultar más doloroso.

Perforación del útero: Pudo haberse producido una importante pérdida de sangre o daño en el contenido abdominal.

Hematometra agudo: La mujer puede estar anémica y ser incapaz de tolerar más pérdida de sangre.

MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL

Cuando una mujer presenta múltiples factores de riesgo aumenta el riesgo de complicaciones asociadas con la anestesia y la cirugía.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA):

La mujer se encuentra en alto riesgo de complicaciones asociadas con la anestesia y la cirugía.

CÁNCER CERVICAL (EN ESPERA DE TRATAMIENTO)

En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento.

CÁNCER DE ENDOMETRIO

En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento.

CÁNCER DE OVARIO

En general, la mujer queda estéril como consecuencia del tratamiento.

FIBROMAS UTERINOS

Según el tamaño y la localización de los fibromas, podría ser más difícil encontrar las trompas y movilizar el útero.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)

La EPI puede implicar un riesgo mayor de infección y de adherencias después de la esterilización.

ITS

Existe un riesgo mayor de infección postoperatoria.

DIABETES

Existe riesgo de hipoglicemia o cetoacidosis cuando se realiza el procedimiento, en especial si la glicemia no está bien controlada antes del procedimiento.

TRASTORNOS TIROIDEOS

La mujer se encuentra en alto riesgo de complicaciones asociadas con la anestesia y la cirugía.

HEPATITIS VIRAL

La mujer se encuentra en alto riesgo de complicaciones asociadas con la anestesia y la cirugía.

ANEMIA DREPANOCÍTICA

Hay un aumento en el riesgo de complicaciones pulmonares, cardíacas o neurológicas, y un posible aumento del riesgo de infección de la herida.

TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN

Las mujeres con trastornos de la coagulación tienen un riesgo mayor de complicaciones hematológicas de la cirugía.

INFECCIÓN SISTÉMICA O GASTROENTERITIS

Existen mayores riesgos de infección postoperatoria, complicaciones por deshidratación y relacionadas con la anestesia.

ÚTERO FIJO DEBIDO A CIRUGÍA PREVIA O INFECCIÓN

La movilidad disminuida del útero, las trompas de falopio y los intestinos podría dificultar la laparoscopía y minilaparotomía, lo que aumentaría el riesgo de complicaciones.

HERNIA DEL DIAFRAGMA

Para laparoscopía, la mujer puede presentar complicaciones cardiorrespiratorias agudas inducidas por el neumoperitoneo o la posición de Trendelenburg.

NEFROPATÍA
Puede estar afectada la coagulación sanguínea. Podría existir un aumento en el riesgo de infección y de choque hipovolémico. Puede causar anemia, perturbaciones electrolíticas y anormalidades en el metabolismo y excreción de fármacos.

DEFICIENCIAS NUTRICIONALES GRAVES
Podría haber un aumento en el riesgo de infección de la herida y la cicatrización.

ESTERILIZACIÓN CONCURRENTE CON UNA CESÁREA
La esterilización concurrente no aumenta el riesgo de complicaciones en una paciente quirúrgica estable.

COMENTARIOS ADICIONALES SOBRE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA

DIABETES
Los diabéticos son más propensos a infecciones postoperatoria de las heridas. Si aparecen signos de infección, se debe dar terapia antibiótica.

INFECCIONES LOCALES
Existe un riesgo mayor de infección postoperatoria.

TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN
Los trastornos del sangrado pueden llevar a un aumento del riesgo de formación de hematomas postoperatoria, lo que –a su vez– implica mayor riesgo de infección.

INFECCIÓN SISTÉMICA O GASTROENTERITIS:
Existe un riesgo mayor de infección postoperatoria.

VARICOCELE GRANDE
Podría ser difícil o imposible localizar el conducto deferente; un procedimiento único para reparar el varicocele y realizar una vasectomía disminuye el riesgo de complicaciones.

HIDROCELE GRANDE
Podría ser difícil o imposible localizar el conducto deferente; un procedimiento único para reparar el hidrocele y realizar una vasectomía disminuye el riesgo de complicaciones.

FILARIASIS; ELEFANTIASIS
El escroto puede estar comprometido por una elefantiasis grave, lo que haría imposible palpar la estructura del cordón y el testículo.

TUMOR INTRAESCROTAL
Puede ser indicativo de una enfermedad subyacente.

HERNIA INGUINAL
La vasectomía puede ser efectuada de manera concurrente con la reparación de la hernia.

REFERENCIAS SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN

(1) Abraham S, et al. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Medical Journal of Australia* 1986; 145:4-7.

(2) Allyn DP, et al. Presterilization counseling and women´s regret about having been sterilized. *Journal of Reproductive Medicine* 1986; 31:1027-1032.

(3) Boring CC, Rochat RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertility & Sterility* 1988; 44:973-981.

(4) Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation -- assessment of subsequent regret. *New Zealand Medical Journal* 1985; 98:748-750.

(5) Grubb GS, et al. Regreat after decision to have a tubal sterilization. *Fertility & Sterility* 1985; 44:248-253.

(6) Hardy E, et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception* 1996;54:159-162.

(7) Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Family Planning Perspectives* 1986; 18:238-240.

(8) Hillis SD, et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 1999; 93:889-895.

(9) Jamieson DJ, et al. A comparison of women´s regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 99:1073-1079.

(10) Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002; 42:526-529.

(11) Leader A, et al. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1983; 145:198-202.

(12) Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Studies in Family Planning* 1995; 26:39-48.

(13) Marcil-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives* 1988; 20:222-227.

(14) Platz-Christensen JJ, et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 1992; 38:223-226.

(15) Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scottish Medical Journal* 1991; 36:44-46.

(16) Schmidt JE, et al. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility & Sterility* 2000; 74:892-898.

(17) Thranov I, et al. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1988; 16:41-48.

(18) Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 101:677-684.

(19) Wilcox LS, et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility & Sterility* 1991; 55:927-933.

(20) Chi I, Mumford SD, Laufe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1980; 138:307-312.

(21) Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1984; 148:322-327.

(22) Jamieson DJ, et al. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 96:997-1002.

(23) White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1977; 129:623-625.

(24) Baggish MS, et al. Complications of laparoscopic sterlization. Comparison of 2 methods. *Obstetrics & Gynecology* 1979; 54:54-59.

(25) Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1983;(841):846.

(26) Feldblum PJ, et al. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception* 1986;34:505-512.

TABLAS RESUMEN (RES)

CONDICIÓN	AOC	AIC	P/A	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna, NA = no aplica								
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA								
EMBARAZO	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†	4†	4†
EDAD	Menarquia a < 40 = 1 ≥ 40=2	Menarquia a <40 = 1 ≥ 40=2		Menarquia a < 18 = 1 18-45=1 > 45=1	Menarquia a < 18 = 2 18-45=1 > 45=2	Menarquia a < 18 = 1 18-45=1 > 45=1	Menarquia a < 20 = 2 ≥ 20=1	Menarquia a < 20 = 2 > 20=1
PARIDAD								
a) Nulípara	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	1	1	1	1	1	1
LACTANCIA MATERNA								
a) < 6 semanas posparto	4	4	4	3†	3†	3†		
b) 6 semanas a < 6 meses (principalmente con lactancia materna)	3	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 meses posparto	2	2	2	1	1	1		
POSPARTO (en mujeres que no estén amamantando)								
a) < 21 días				1	1	1		
(i) sin otros factores de riesgo de TEV	3†	3†	3†					
(ii) con otros factores de riesgo de TEV	3/4†	3/4†	3/4†					
b) ≥ 21 días				1	1	1		
(i) sin otros factores de riesgo de TEV	2†	2†	2†					
(ii) con otros factores de riesgo de TEV	2/3†	2/3†	2/3†					
c) > 42 días	1	1	1	1	1	1		
POSPARTO (en mujeres que estén o no estén amamantando, incluso después de una cesárea)								
a) < 48 horas incluida la inserción inmediatamente después del alumbramiento de la placenta							1	1=sin LM 3=LM
b) ≥ 48 horas a <4 semanas							3	3
c) ≥ 4 semanas							1	1
d) Sepsis puerperal							4	4
POSTABORTO								
a) Primer trimestre	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†
b) Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2
c) Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	1	4	4
EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO	1	1	1	2	1	1	1	1

† Consulte las tablas de los textos para obtener una aclaración de estas clasificaciones

CONDICIÓN	AOC	AIC	P/A	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna, NA = no aplica								
HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA (ver sección posparto, incluyendo cesárea)	1	1	1	1	1	1	1	1
TABAQUISMO								
a) Edad < 35 años	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Edad ≥ 35 años								
(i) <15 cigarrillos/día	3	2	3	1	1	1	1	1
(ii) ≥15 cigarrillos/día	4	3	4	1	1	1	1	1
OBESIDAD a) IMC ≥ 30 kg/m^2	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Menarquia a <18 años e IMC ≥ 30 kg/m^2	2	2	2	1	AMPD = 2 EN-NET = 1†	1	1	1
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES								
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	3/4†	3/4†	3/4†	2†	3†	2†	1	2
HIPERTENSIÓN								
a) Historia de hipertensión, incluida la hipertensión durante el embarazo, cuando NO se puede evaluar la presión arterial	3†	3†	3†	2†	2†	2†	1	2
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial PUEDE evaluarse	3†	3†	3†	1†	2†	1†	1	1
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)								
(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mm Hg	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) sistólica ≥160 o diastólica ≥100 mm Hg	4	4	4	2	3	2	1	2
d) Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	1	2
HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	2	2	2	1	1	1	1	1

† Consulte las tablas de los textos para obtener una aclaración de estas clasificaciones

CONDICIÓN	AOC	AIC	P/A	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna, NA = no aplica								
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLISMO PULMONAR (EP)								
a) Historia de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP aguda	4	4	4	3	3	3	1	3
c) TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	4	4	4	2	2	2	1	2
d) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Cirugía mayor								
(i) con inmovilización prolongada	4	4	4	2	2	2	1	2
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	2	1	1	1	1	1
f) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1	1
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (p. ej, factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina)	4†	4†	4†	2†	2†	2†	1†	2†
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL								
a) Venas varicosas	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Tromboflebitis superficial	2	2	2	1	1	1	1	1
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)	4	4	4	I: 2 C: 3	3	I: 2 C: 3	1	I: 2 C: 3
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (historia de accidente cerebrovascular)	4	4	4	I: 2 C: 3	3	I: 2 C: 3	1	2
HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS	2/3†	2/3†	2/3†	2†	2†	2†	1†	2†
VALVULOPATÍA CARDÍACA								
a) Sin complicaciones	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)	4	4	4	1	1	1	2†	2†
ENFERMEDADES REUMÁTICAS								
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO					I / C		I / C	
a) Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o valor desconocido)	4	4	4	3	3 / 3	3	1 / 1	3
b) Trombocitopenia severa	2	2	2	2	3 / 2	2	3† / 2†	2†
c) Terapia inmunosupresora	2	2	2	2	2 / 2	2	2 / 1	2

† Consulte las tablas de los textos para obtener una aclaración de estas clasificaciones

CONDICIÓN	AOC		AIC		P/A		AOPS		AMPD EN-NET		Implantes LNG/ETG		DIU-Cu		DIU-LNG	
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna, NA = no aplica																
d) Ninguna de las condiciones anteriores	2		2		2		2		2	2	2		1	1	2	
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS																
CEFALEAS	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C			I	C
a) No migrañosas (leves o intensas)	1†	2†	1†	2†	1†	2†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†		1†	1†
b) Migraña																
(i) Sin aura																
Edad < 35 años	2†	3 †	2†	3†	2†	3†	1†	2†	2†	2†	2†	2†	1†		2†	2†
Edad ≥ 35 años	3†	4†	3†	4†	3†	4†	1†	2†	2†	2†	2†	2†	1†		2†	2†
(ii) Con aura, a cualquier edad	4†	4†	4†	4†	4†	4†	2†	3†	2†	3†	2†	3†	1†		2†	3†
EPILEPSIA	1†		1†		1†		1†		1†		1†		1		1	
Si está en tratamiento, consulte la sección sobre INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS																
TRASTORNOS DEPRESIVOS																
TRASTORNOS DEPRESIVOS	1†		1†		1†		1†		1†		1†		1†		1†	
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO																
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL															I	C
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1		1		1		2		2		2		1		1	1
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	1†		1†		1†		2†		2†		2†		2†		1†	2†
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (sospecha de una condición grave)													I	C	I	C
Antes de la evaluación	2†		2†		2†		2†		3†		3†		4†	2†	4†	2†
ENDOMETRIOSIS	1		1		1		1		1		1		2		1	
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS (incluyendo quistes)	1		1		1		1		1		1		1		1	
DISMENORREA SEVERA	1		1		1		1		1		1		2		1	
ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL																
a) Niveles reducidos o indetectables de βhCG	1		1		1		1		1		1		3		3	
b) Niveles persistentemente elevados de βhCG o enfermedad maligna	1		1		1		1		1		1		4		4	
ECTROPIÓN CERVICAL	1		1		1		1		1		1		1		1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	2		2		2		1		2		2		1		2	
CÁNCER CERVICAL (en espera de tratamiento)													I	C	I	C
	2		2		2		1		2		2		4	2	4	2

† Consulte las tablas de los textos para obtener una aclaración de estas clasificaciones

CONDICIÓN	AOC	AIC	P/A	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna, NA = no aplica										
ENFERMEADES DE LA MAMA										
a) Nódulo sin diagnóstico	2†	2†	2†	2†	2†	2†	1		2	
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	1	1	1	1		1	
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1	1		1	
d) Cáncer de mama										
(i) actual	4	4	4	4	4	4	1		4	
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	3	3	3	3	3	3	1		3	
CÁNCER DE ENDOMETRIO							I	C	I	C
	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
CÁNCER DE OVARIO							I	C	I	C
	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2
FIBROMAS UTERINOS										
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	1		1	
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	4		4	
ANOMALÍAS ANATÓMICAS										
a) Distorsionan la cavidad uterina							4		4	
b) No distorsionan la cavidad uterina							2		2	
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)										
a) Historia de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)							I	C	I	C
(i) con embarazo posterior	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ii) sin embarazo posterior	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) EPI - actual	1	1	1	1	1	1	4	2†	4	2†
ITS							I	C	I	C
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	1	1	1	4	2†	4	2†
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	1	1	1	1	2/3†	2	2/3†	2
VIH/SIDA										
							I	C	I	C
ALTO RIESGO DE VIH	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
INFECCIÓN POR VIH	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2

† Consulte las tablas de los textos para obtener una aclaración de estas clasificaciones

CONDICIÓN	AOC		AIC		P/A		AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna, NA = no aplica													
SIDA	1†		1†		1†		1†	1†	1†	3	2†	3	2†
Clínicamente bien, en terapia ARV	Si está en tratamiento, consulte la sección sobre INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS									2	2	2	2
OTRAS INFECCIONES													
ESQUISTOSOMIASIS													
a) Sin complicaciones	1		1		1		1	1	1	1		1	
b) Fibrosis del hígado	1		1		1		1	1	1	1		1	
TUBERCULOSIS										I	C	I	C
a) No pélvica	1†		1†		1†		1†	1†	1†	1	1	1	1
b) Pélvica conocida	1†		1†		1†		1	1	1	4	3	4	3
	Si está en tratamiento, consulte la sección sobre INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS												
PALUDISMO	1		1		1		1	1	1	1		1	
TRASTORNOS ENDOCRINOS													
DIABETES													
a) Historia de enfermedad gestacional	1		1		1		1	1	1	1		1	
b) Enfermedad no vascular													
(i) no insulino-dependiente	2		2		2		2	2	2	1		2	
(ii) insulino-dependiente	2		2		2		2	2	2	1		2	
c) Nefropatía/retinopatía/ neuropatía	3/4†		3/4†		3/4†		2	3	2	1		2	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	3/4†		3/4†		3/4†		2	3	2	1		2	
TRASTORNOS TIROIDEOS													
a) Bocio simple	1		1		1		1	1	1	1		1	
b) Hipertiroidismo	1		1		1		1	1	1	1		1	
c) Hipotiroidismo	1		1		1		1	1	1	1		1	
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES													
ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR													
a) Sintomática													
(i) tratada con colecistectomía	2		2		2		2	2	2	1		2	
(ii) tratada médicamente	3		2		3		2	2	2	1		2	
(iii) actual	3		2		3		2	2	2	1		2	
b) Asintomática	2		2		2		2	2	2	1		2	
HISTORIA DE COLESTASIS													
a) Relacionada con el embarazo	2		2		2		1	1	1	1		1	
b) Relacionada con uso previo de AOC	3		2		3		2	2	2	1		2	
HEPATITIS VIRAL	I	C	I	C	I	C							
a) Aguda o con exacerbación	3/4†	2	3	2	3/4†	2	1	1	1	1		1	
b) Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
c) Crónica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	

† Consulte las tablas de los textos para obtener una aclaración de estas clasificaciones

CONDICIÓN	AOC	AIC	P/A	AOPS	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna, NA = no aplica										
CIRROSIS										
a) Leve (compensada)	1	1	1	1	1	1	1		1	
b) Grave (descompensada)	4	3	4	3	3	3	1		3	
TUMORES DEL HÍGADO										
a) Benigno										
(i) Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	2	2	1		2	
(ii) Adenoma hepatocelular	4	3	4	3	3	3	1		3	
b) Maligno (hepatoma)	4	3/4	4	3	3	3	1		3	
ANEMIAS										
TALASEMIA	1	1	1	1	1	1	2		1	
ANEMIA DREPANOCÍTICA	2	2	2	1	1	1	2		1	
ANEMIA FERROPÉNICA	1	1	1	1	1	1	2		1	
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS										
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (CONSULTE EL APÉNDICE 1)							I	C	I	C
a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	1†	1	1	1	AMPD = 1 EN-NET = 1	1	2/3†	2†	2/3†	2†
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	2†	2†	2†	2†	AMPD = 1 EN-NET = 2†	2†	2/3†	2†	2/3†	2†
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3†	3†	3†	3†	AMPD = 1 EN-NET = 2†	2†	2/3†	2†	2/3†	2†
TERAPIA ANTICONVULSIVA										
a) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3†	2	3†	3†	AMPD = 1 EN-NET = 2†	2†	1		1	
b) Lamotrigina	3†	3	3	1	1	1	1		1	
TERAPIA ANTIMICROBIANA										
a) Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	1		1	
b) Antifúngicos	1	1	1	1	1	1	1		1	
c) Antiparasitarios	1	1	1	1	1	1	1		1	
d) Terapia con rifampicina o rifabutina	3†	2†	3†	3†	AMPD = 1 EN-NET = 2†	2†	1		1	

† Consulte las tablas de los textos para obtener una aclaración de estas clasificaciones

APÉNDICE 1. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y TERAPIAS ANTIRRETROVIRALES

Pocos datos de estudios pequeños, en su mayoría no publicados, sugieren que diversas terapias antirretrovirales pueden alterar la farmacocinética de los AOC. Son pocos los estudios que han medido los resultados clínicos. Sin embargo, se observan importantes disminuciones en los niveles de esteroides anticonceptivos en sangre al utilizar inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir. Las disminuciones de esta magnitud podrían afectarla eficacia anticonceptiva. Algunas de las interacciones entre los anticonceptivos y los ARV también han dado lugar a una mayor toxicidad de los ARV. Se desconoce la importancia clínica de los efectos de menor magnitud observados con los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI), en especial porque los estudios no han examinado los niveles de las hormonas anticonceptivas en estado de equilibrio.

A la fecha, no se han informado interacciones clínicamente significativas entre las hormonas anticonceptivas y los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI).

En las tablas a continuación se resume la evidencia disponible a la fecha sobre las interacciones farmacológicas entre las terapias ARV y los anticonceptivos hormonales. Para obtener información actualizada y detallada sobre las interacciones farmacológicas de los antirretrovirales, se recomienda consultar una fuente externa como el sitio Web HIV Drug Interactions: www.hiv-druginteractions.org.

Tabla 1. Interacciones farmacológicas entre AOC y ARV

ARV	EFECTOS EN LOS ANTICONCEPTIVOS	EFECTOS EN LOS ARV
INHIBIDORES NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (INTI)		
Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)	EE↔NGM↔(1)	Tenofovir↔(1)
Zidovudina (ZDV o AZT)		Zidovudina↔(2) Ningún cambio en la carga viral o CD4+(2)
INHIBIDORES NO NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (INNTI)		
Efavirenz (EFV o EFZ)	EE↑(3), EE↔(4), NGM↓(4), LNG↓(4) Tasa de embarazo 2,6/100 años-mujer en un estudio en el que hasta el 80% de las mujeres utilizaron anticonceptivos hormonales (el 35% utilizó AOC)(5)	Efavirenz↔(3;4)
Etravirina	EE↔NET↔(6)	Etravirina ↑(6) Administración conjunta, generalmente segura y bien tolerada(6)
Nevirapina (NVP)	EE↔NET↔(7)	Nevirapina↔(7)
INHIBIDORES DE LA PROTEASA E INHIBIDORES DE LA PROTEASA REFORZADOS CON RITONAVIR		
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	EE↑NET↑(8)	
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	EE↓NET↔(9)	Darunavir↔(9)
Fos-amprenavir/ritonavir (FPV/r)	EE↓(10;11) NET↓(11)	Amprenavir ↔ ritonavir↑ Transaminasas hepáticas elevadas(10)
Indinavir (IDV)†	EE↔NET↔(12)	
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	EE↓NET↔(13)	
Nelfinavir (NFV)	EE↓NET↔(14)	
Saquinavir (SQV)†		Saquinavir ↔(15;16)
Tipranavir/ritonavir (TPV/r)	EE↓(17)	↑ eventos adversos cutáneos y osteomusculares; posible reacción de hipersensibilidad farmacológica(17)

Leyenda:

↔ ningún cambio o cambio de ≤ 30%;

↑ aumento > 30%;

↓ disminución > 30%

Abreviaturas:

AOC = anticonceptivo oral combinado

EE = etinilestradiol

LNG = levonorgestrel

NET = noretindrona

NGM = norgestimato

† El saquinavir y el indinavir generalmente se administran reforzados por ritonavir, aunque no existen datos sobre las interacciones de los anticonceptivos con las terapias reforzadas.

Tabla 2. Interacciones farmacológicas entre AMPD y ARV

ARV	EFECTOS EN LOS ANTICONCEPTIVOS	EFECTOS EN LOS ARV
INHIBIDORES NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (INTI)		
Zidovudina (ZDV o AZT)		Zidovudina↔(2) Ningún cambio en la carga viral
INHIBIDORES NO NUCLEÓSIDOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (INNTI)		
Efavirenz (EFV o EFZ)	AMP↔(18;19) Sin ovulaciones durante tres ciclos(18;19) Tasa de embarazo 2,6/100 años-mujer en un estudio en el que hasta el 80% de las mujeres utilizaron anticonceptivos hormonales (el 65% utilizó IPS)(5)	Efavirenz↔(18) Ningún cambio en la carga viral o CD4+; ningún evento adverso relacionado de grado 3 o 4 †(20)
Nevirapina (NVP)	AMP↔(18) Sin ovulaciones durante tres ciclos(18)	Nevirapina ↑(18) Ningún cambio en la carga viral o CD4+; ningún evento adverso relacionado de grado 3 o 4†(20)
INHIBIDORES DE LA PROTEASA E INHIBIDORES DE LA PROTEASA REFORZADOS CON RITONAVIR		
Nelfinavir (NFV)	AMP↔(18)	Nelfinavir ↔(18) Ningún cambio en la carga viral o CD4+; ningún evento adverso relacionado de grado 3 o 4†(20)

Leyenda:

↔ ningún cambio o cambio de ≤ 30%;

↑ aumento de > 30%;

Abreviaturas:

AMP = acetato de medroxiprogesterona

IPS = inyectables de progestina sola

† En el estudio clínico se aplicó la tabla normalizada para clasificar la gravedad de los eventos adversos en adultos y niños (Table for Grading Severity of Adult and Pediatric Adverse Events), de la División de Sida de los Institutos Nacionales de Salud, diciembre de 2004 (aclaración con fecha de agosto de 2009), http://rsc.tech-res.com/safetyandpharmacovigilance. Los eventos de grado 3 se clasifican como graves y se definen como síntomas que limitan la actividad o pueden requerir algún tipo de asistencia; requieren intervención o terapia médica y pueden requerir hospitalización. Los eventos de grado 4 se clasifican como potencialmente mortales. Incluyen síntomas que ocasionan una limitación extrema de la actividad y requieren asistencia significativa; requieren la intervención o la terapia médica; es probable la hospitalización o los cuidados paliativos.

REFERENCIAS

1. Kearney BP , Isaacson E, Sayre J, Cheng AK. Tenofovir DF and oral contraceptives: Lack of a pharmacokinetic drug interaction. 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-1618. September 14-17, 2003, Chicago, IL.
2. Aweeka FT, Rosenkranz SL, Segal Y et al. The impact of sex and contraceptive therapy on the plasma and intracellular pharmacokinetics of zidovudine. *AIDS* 2006; 20(14):1833-41.
3. Joshi AS, Fiske WD, Benedek IH, White SJ, Joseph JL, Kornhauser DM. Lack of a pharmacokinetic interaction between efavirenz (DMP 266) and ethinyl estradiol in healthy female volunteers. 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Abstract 348. 1-5 February, 1998, Chicago, IL.
4. Sevinsky H, Eley T, He B, et al. Effect of efavirenz on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol and norgestimate in healthy female subjects. 48th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A958. October 25-28, 2008, Washington, DC.
5. Danel C, Moh R, Anzian A et al. Tolerance and acceptability of an efavirenz-based regimen in 740 adults (predominantly women) in West Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*: JAIDS 2006; 42(1):29-35.
6. Schöller-Gyüre M, Debroye C, Aharchi F, Woodfall B, Peeters MVK, Hoetelmans R. No clinically relevant effect of TMC125 on the pharmacokinetics of oral contraceptives. 8th International Congress on Drug Therapy in HIV infection November 12–16, 2006, Glasgow, UK.
7. Mildvan D, Yarrish R, Marshak A et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/ norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*: JAIDS 2002; 29(5):471-7.
8. Zhang J, Chung E, Eley T, et al. Effect of atazanavir/ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol and 17-deactyl-norgestimate in healthy female subjects. 47th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-1415. September 17-20, 2007, Chicago, IL.
9. Sekar V, Lefebvre E, Spinosa-Guzman S et al. Pharmacokinetic interaction between ethinyl estradiol, norethindrone and TMC114, a new protease inhibitor. 46th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-368, September 27–30, 2006, San Francisco, CA.
10. GlaxoSmithKline. Prescription medicines. Lexiva (fosamprenavir calcium) (http://www.gsk.com/products/ prescription_medicines/us/medicines-ko.htm, accessed on 17 April 2009).
11. GlaxoSmithKline. Study APV10020. A phase I, open label, two period, single-sequence, drug-drug interaction study comparing steady-state plasma ethinyl estradiol and norethisterone pharmacokinetics following administration of brevinor for 21 days with and without fosamprenavir 700 mg twice daily (BID) and ritonavir 100 mg BID for 21 days in healthy adult female subjects (http://www.gsk-clinicalstudyregister.com/files/pdf/23138.pdf, accessed on 17 April 2009).
12. Merck & Company. Indinavir patient prescribing information. (http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/c/crixivan/ crixivan_ppi.pdf, accessed on 2 April 2009).
13. Abbot Laboratories. Lopinavir and ritonavir prescribing information, 2009. (http://rxabbott.com/pdf/kaletratabpi.pdf, accessed on 17 April 2009)
14. Agouron Pharmaceuticals. Viracept (Nelfinavir mesylate) prescribing information, 2008. (http://media.pfizer.com/files/ products/uspi_viracept.pdf, accessed on 17 April 2009).
15. Mayer K, Poblete R, Hathaway B et al. Efficacy, effect of oral contraceptives, and adherence in HIV infected women receiving Fortovase (Saquinavir) soft gel capsule (SQV-SGC; FTV) thrice (TID) and twice (BID) daily regimens. Presented at the XIII International AIDS Conference, 2000, Durban, South Africa.
16. Frohlich M, Burhenne J, Martin-Facklam M et al. Oral contraception does not alter single dose saquinavir pharmacokinetics in women. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2004; 57(3):244-52.
17. United States Food and Drug Administration. Highlights of prescribing information. Aptivus (Tipranavir) Capsules, 250 mg. 2008 (http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/ label/2008/021814s005,022292lbl.pdf. (consultado el 4 de junio de 2009).
18. Cohn SE, Park JG, Watts DH et al. Depo-medroxyprogesterone in women on antiretroviral therapy: effective contraception and lack of clinically significant interactions. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2007; 81(2):222-7.
19. Nanda K, Amaral E, Hays M, Viscola MA, Mehta N, Bahamondes L. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. *Fertility & Sterility* 2008;90: 965-971
20. Watts DH, Park J-G, Cohn SE et al. Safety and tolerability of depot medroxyprogesterone acetate among HIV-infected women on antiretroviral therapy: ACTG A5093. *Contraception* 2008;77:84-90.

APÉNDICE 2. LISTA DE PARTICIPANTES

Dr. Hassan Baaqeel
Hospital de la Guardia Nacional del Rey Khalid
Departamento de Obstetricia y Ginecología
P.O. Box 9515
Jeddah 21423
Arabia Saudita

Dr. David Back
Departamento de Farmacología y Terapéutica
Ashton Street Medical School, Ashton Street
Liverpool, Merseyside
Liverpool L69 3GE
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dra. María del Carmen Cravioto
Departamento de Biología de la Reproducción
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición, Salvador
Zubirán, Vasco de Quiroga 15
Delegación Tlalpan
CP 14000 México, DF
México

Dr. Willard Cates
Salud Familiar Internacional
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Estados Unidos

Dr. Tsungai Chipato
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Universidad de Zimbabwe
P.O. Box A 178
Harare
Zimbabwe

Dra. Kathryn Curtis
División de Salud Reproductiva
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Dr. Juan Diaz
R Maria Teresa Diaz da Silva 740
Cidade Universitaria
Caixa postal 6019
13083-970 – Campinas
San Pablo
Brasil

Dra. Soledad Diaz
Consultorio de Planificación Familiar
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Victorino Latarria 29
Depto. 101, Correo 22, Casilla 96
Santiago
Chile

Dr. Mohammad Eslami
Departamento de Salud Familiar y de la Población
Ministerio de Salud y Educación Médica
Yussef abad cross (Jomhuri eslami y Hafez cross)
Teherán
Irán

Dr. El Hadj Oussenouye Faye
Ministerio de Salud
K 55 Hamo Grand Yoff
Dakar
Senegal

Dra. Karima Gholbzouri
Jefa de la División de Planificación Familiar
Dirección de la Población
Ministerio de Salud
Rabat
Marruecos

Dra. Anna Glasier
Planificación Familiar y Servicios para el Bienestar
de la Mujer
18 Dean Terrace
Edinburgo EH4 1NL
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dra. Kerstin Hagenfeldt
Departamento de Salud de la Mujer y el Niño
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario de Karolinska
177 76 Estocolmo
Suecia

Dr. Phil Hannaford
Departamento de Medicina General y Atención Primaria
Universidad de Aberdeen
Centro de Salud Foresterhill
Westburn Road
Aberdeen AB25 2AY
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Profesor Ezzeldin Othman Hassan
Fundación Nacional Egipcia de Cuidados de
la Fecundidad
2(A) Mahrouky Street Mohandessen
P.O. Box 147 Orman
Giza
Egipto

Sr. Maurice Hiza
División de Salud Reproductiva e Infantil
Ministerio de Salud y Bienestar Social
P.O. Box 9083
Dar-es-Salaam
República Unida de Tanzania

Dr. Douglas Huber
1175 Chestnut Street, Unit 6
Newton, MA 02464
Estados Unidos

Dra. Yolande Hyjazi
Université de Conakry
Faculté de Médecine
Pharmacie, Odonto - Stomatologie
BP 1017 Conakry
República de Guinea

Dr. Roy Jacobstein
Engender Health
440 Ninth Ave.
Nueva York, NY 1001
Estados Unidos

Dra. Victoria Jennings
Instituto para la Salud Reproductiva
Centro Médico de la Universidad de Georgetown
Georgetown Center, 6th Floor
2115 Wisconsin Ave., NW
Washington, DC 20007
Estados Unidos

Dra. Pamela Lynam
Directora Técnica Regional, África Oriental y Meridional
JHPIEGO - Universidad Johns Hopkins
P.O. Box 58247
Nairobi
Kenya

Dr. Trent MacKay
Asistente especial para Obstetricia y Ginecología
División de Anticoncepción y Salud Reproductiva
Center for Population Research
Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, Institutos Nacionales de Salud
6100 Executive Blvd, Suite 8B13
Bethesda, MD 20892
Estados Unidos

Dra. Polly Marchbanks
División de Salud Reproductiva
Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades
4770 Buford Highway, NE, MS K-34
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Dr. Olav Meirik
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Ramón Gutierres 295, Depto 3
Santiago
Chile

Dra. Suneeta Mittal
Jefa del Departamento de Obstetricia y Ginecología
Directora a cargo del Centro Colaborador de la OMS para Investigación en Reproducción Humana
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar
Nueva Delhi, 110 029
India

Dra. Kavita Nanda
Salud Familiar Internacional
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Estados Unidos

Dra. Nuriye Ortayli
Asesora Técnica
División de Salud Reproductiva
División Técnica
UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas)
220 East 42nd Street
Nueva York, NY 10017
Estados Unidos

Sra. Melissa Paulen
División de Salud Reproductiva
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Dr. Herbert Peterson
Profesor y Presidente
Departamento de Salud Materno Infantil
Profesor, Departamento de Obstetricia y Ginecología
Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill
CB # 7445 Rosenau Hall
Chapel Hill, NC 27599-7445
Estados Unidos

Dra. Svetlana Posohova
Vicedirectora del Hospital Clínico de la Óblast de Odesa
47A Malinovskogo str. Room N 24
6507 Odessa
Ucrania

Profesora Helen Rees
Directora Ejecutiva
Unidad de Investigación en Salud Reproductiva y VIH
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Universidad de Witwatersrand
Hillbrow Health Precinct
Hugh Solomon Building
Esselen Street (Cnr Klein St), Hillbrow
P.O. Box 18512, Hillbrow 2038
Johannesburgo
Sudáfrica

Sr. Ward Rinehart
Johns Hopkins University
Centro para Programas de Comunicación
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
Estados Unidos

Dra. Cynthia Rhoda Lee-Blackwell
Stockley's Drug Interactions
Real Sociedad Farmacéutica de Gran Bretaña
1 Lambeth High Street
Londres SE1 7JN
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dr. Roberto Rivera
Salud Familiar Internacional
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Estados Unidos

Dra. Annette Sachs Robertson
Asesora en Salud Reproductiva
Evaluación de Programas e Investigación en Operaciones
Equipo de Servicios Técnicos a los Países de la Región del Pacífico
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Bolsa de correo privado
Suva
Fiji

Dra. Wu Shangchun
Instituto Nacional de Investigación para Planificación Familiar
12 Da Hui Si (Hai Dian Qu)
Beijing 100081
República Popular de China

Dr. James Shelton
Asesor Científico
Oficina de Salud Mundial
USAID
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, DC 20523
Estados Unidos

Dra. Connie Smith
Westminster PCT
Westside Contraceptive Services
Raymede Clinic
St Charles Hospital
Exmoor Street
Londres W10 6DZ
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dra. Bulbul Sood
Director Nacional
CEDPA/India
C-1, Hauz Khas,
Nueva Delhi 110 016
India

Dr. Tran Son Thach
Investigación, Capacitación y Colaboración Internacional
Hungvuong Hospital
128 Hungvuong, District 5
Ciudad de Ho Chi Minh
Viet Nam

Dr. Marcel Vekemans
Asesor Médico Superior
Oficina Central de la Federación Internacional de Planificación Familiar
4 Newhams Row
Londres, SE1 3UZ
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dra. Edith Weisberg
Centro de Investigación en Salud Reproductiva de Sydney
328-336 Liverpool Road
Ashfield, NSW 2131
Australia

Dra. Ekaterina Yarotskaya
Jefa del Departamento Internacional del Centro Científico de Obstetricia y Perinatología
117 997 Oparin Street 4
Moscú
Federación de Rusia

SECRETARÍA DE LA OMS

Dra. Catherine d'Arcangues, RHR
Dra. Dalia Brahmi, RHR
Dra. Kelly Culwell, RHR
Dr. Mario Festin, RHR
Dra. Mary Lyn Gaffield, RHR
Sra. Jennie Greaney, RHR
Sra. Catherine Hamill, RHR
Dra. Emily Jackson, RHR
Sra. Sarah Johnson, RHR
Dra. Nathalie Kapp, RHR
Sra. Gloria Lamptey, RHR
Sra. Sybil de Pietro, RHR
Dr. Ian Tilley, RHR (Becario)

PARTICIPANTES DE LA CONSULTA TÉCNICA, 22 DE OCTUBRE DE 2008

Dra. María del Carmen Cravioto
Departamento de Biología de la Reproducción
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga 15
Delegación Tlalpan
CP 14000 México, DF
México

Dra. Kathryn Curtis
División de Salud Reproductiva
Centros para el Control y la Prevención
de las Enfermedades
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Dr. Pierre Gressens
Director UMR 676 Inserm-Paris 7
Hôpital Robert Debré
48 Boulevard Serurier
75019 Paris
Francia

Dra. Anna Glasier
Planificación Familiar y Servicios para el Bienestar
de la Mujer
18 Dean Terrace
Edinburgo EH4 1NL
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dra. Kerstin Hagenfeldt
Vendevag 23
18260 Djursholm
Suecia

Dra. Betty Kalikstad
Departamento de Pediatría
Universidad de Oslo
Boks 1072 Blindern NO-0316 Oslo
Noruega

Dr. Olav Meirik
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Ramón Gutierres 295, Depto 3
Santiago
Chile

Dra. Kavita Nanda
Salud Familiar Internacional
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Estados Unidos

Sra. Melissa Paulen
División de Salud Reproductiva
Centros para el Control y la Prevención
de las Enfermedades
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Dr. Herbert Peterson
Departamento de Salud Materno Infantil
Facultad de Salud Pública
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina
Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill
CB #7445
Chapel Hill, NC 27599-7445
Estados Unidos

Dra. Jaclyn Schwarz
Programa en Neurociencias
Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland
655 W. Baltimore Street
Baltimore, MD 21201
Estados Unidos

Dra. Christine Wagner
Departamento de Psicología
Centro de Investigación en Neurociencias
(Center for Neuroscience Research)
Social Science 369
Universidad de Albany
Albany, NY 12222
Estados Unidos

PARTICIPANTES DE LA TELECONFERENCIA, 26 DE ENERO DE 2010

Dra. Jacqueline Conard
Unité Hémostase-Thrombose
Hôtel-Dieu
1 Place du Parvis Notre-Dame
75181 Paris cedex 04
Francia

Dra. María del Carmen Cravioto
Departamento de Biología de la Reproducción
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga 15
Delegación Tlalpan
CP 14000 México, DF
México

Dra. Kathryn Curtis
División de Salud Reproductiva
Centros para el Control y la Prevención
de las Enfermedades
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Dra. Anna Glasier
Planificación Familiar y Servicios para el Bienestar
de la Mujer
18 Dean Terrace
Edinburgo EH4 1NL
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dr. Ian Greer
Hull York Medical School
Universidad de York
York YO105DD
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dra. Kerstin Hagenfeldt
Vendevag 23
18260 Djursholm
Suecia

Dr. Phillip Hannaford
Departamento de Medicina General y Atención Primaria
Universidad de Aberdeen
Centro de Salud Foresterhill
Westburn Road
Aberdeen AB25 2AY
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Dra. Andra James
Departamentos de Obstetricia y Ginecología y Medicina
Centro Médico de la Universidad de Duke
Box 3967
Durham, NC
Estados Unidos

Dr. Olav Meirik
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Ramón Gutierres 295, Depto 3
Santiago
Chile

Dr. Herbert Peterson
Departamento de Salud Materno Infantil
Facultad de Salud Pública
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina
Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill
CB #7445
Chapel Hill, NC 27599-7445
Estados Unidos

Sra. Maria Steenland
División de Salud Reproductiva
Centros para el Control y la Prevención
de las Enfermedades
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Dra. Naomi Tepper
División de Salud Reproductiva
Centros para el Control y la Prevención
de las Enfermedades
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Imprimerie Centrale s.a. · 15, rue du Commerce · L-1351 Luxembourg

En el documento *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* se revisan los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos y se ofrece orientación sobre la seguridad de la utilización de diferentes métodos para mujeres y hombres con condiciones médicas conocidas o características específicas. Las recomendaciones están basadas en revisiones sistemáticas de investigaciones clínicas y epidemiológicas disponibles. Es una guía complementaria de las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Juntos, estos documentos están destinados a responsables de la formulación de políticas, directores de programas y la comunidad científica, con el fin de apoyar a los programas nacionales en la preparación de guías para la prestación de servicios

La cuarta edición de este útil recurso reemplaza las ediciones anteriores y se ha actualizado y ampliado por completo. Incluye más de 86 recomendaciones nuevas y 165 actualizaciones de las recomendaciones emitidas en la edición anterior. En la presente edición se brinda orientación para poblaciones con necesidades especiales, y en un nuevo anexo, se detalla la evidencia sobre las interacciones farmacológicas como consecuencia del uso concomitante de terapias antirretrovirales y anticonceptivos hormonales. A modo de ayuda para los usuarios familiarizados con la tercera edición, las recomendaciones nuevas y las actualizadas aparecen resaltadas. Se recomienda a todos aquellos que participen en la prestación de servicios de planificación familiar y anticoncepción tener a mano la cuarta edición *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*.

Consulte en el sitio web de la OMS la disponibilidad de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* en otros idiomas.

Para más información se pueden poner en contacto con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: +41 22 791 4171
E-mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 356388 6