

1. ¿Cuándo puede administrarse la primera inyección sólo de progestágenos (en que a intervalo)? ¿En cuánto tiempo comienza a hacer efecto? ¿Se necesita un método de respaldo?

Recomendaciones	Razón fundamental
<p>a) La inyecciones sólo de progestágeno pueden administrarse en cualquier momento en que usted esté razonable-mente seguro/a que la mujer no esté embarazada (refiérase al Apéndice A), por ejemplo, durante los 7 días que comienzan con el inicio de la menstruación (días 1 al 7, inclusive, del ciclo menstrual).</p>	<p>a) Aun cuando la ovulación puede ocurrir en forma temprana (hasta en el día 10 del ciclo menstrual), es raro que suceda⁴. La ovulación es muy poco común antes del día 12¹. El coito en los 5 días antes de la ovulación puede tener hasta un 5% de probabilidad de resultar en un embarazo²; no obstante, visto que los/as expertos/as consideran que hay muy pocas ovulaciones antes del día 13, existe sólo una probabilidad muy pequeña de que el coito en el séptimo día del ciclo pueda resultar en un embarazo¹.</p> <p>En general, el uso del DMPA, dentro de los primeros siete días después de la menstruación normal de la mujer, garantizaría que la probabilidad que la mujer ya esté embarazada, o que quede embarazada, sea extremadamente baja³.</p> <ol style="list-style-type: none">1) El Grupo de Trabajo de Orientación Técnica sobre Directrices ha llegado a esta conclusión después de una exhaustiva revisión de la bibliografía disponible y de consultas con los siguientes peritos: William Collins, PhD, DSc, Departamento de Obstetricia y Ginecología del Kings College, Reino Unido. Jeffrey Spieler, MSc, División de Investigación, Oficina de Población, USAID.2) Dixon GW, Schlesselman JJ, Ory HW, Blye RP. Ethinyl estradiol and conjugated estrogens as postcoital contraceptives. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1980;244:1336-1339.3) Gray RH, Pardthaisong T, McDaniel EB, Doyle P. The timing of the first injection of Depo Provera. <i>IPPF Medical Bulletin</i> 1975;9(3):3-4.4) Schiphorst LE, Collins WP, Roystar JP. An estrogen test to determine the times of potential fertility in women. <i>Fertility and Sterility</i> 1985;44:328-334. <p>Si bien no se conoce efecto teratogénico alguno por parte de los inyectables de progestágeno, es preferible evitar el riesgo de la exposición fetal debido a principios generales. Además, un estudio sugirió que la exposición <i>in utero</i> podría incrementar el riesgo de recién nacido con peso bajo al nacer.</p>

(Continúa en la página siguiente)

1. ¿Cuándo puede administrarse la primera inyección sólo de progestágenos (en que intervalo)? ¿En cuánto tiempo comienza a hacer efecto? ¿Se necesita un método de respaldo? (continuación)

Recomendaciones	Razón fundamental
<p>b) En el caso de una mujer que tenga ciclos menstruales, no se requiere método de respaldo si se encuentra en los primeros 7 días de su ciclo menstrual y está aún menstruando. Si se encuentra en los 7 primeros días de su ciclo pero no está menstruando, es posible que algunos programas recomienden el uso de un método de respaldo durante 1 semana. Los inyectables pueden iniciarse en cualquier momento en que se esté razonablemente seguro/a que la mujer no esté embarazada (refiérase al Apéndice A). Sin embargo, si las inyecciones se inician después del día 7 de un ciclo regular, podría ser necesario un método de respaldo (o practicar la abstinencia). (Refiérase al punto c que sigue).</p>	<p>1) Simpson JL, Phillips OP. Spermicides, hormonal contraception and congenital malformations. <i>Advances in Contraception</i> 1990;6:141-147.</p> <p>2) Bracken MB. Oral contraceptives and congenital malformation in offspring: A review and meta-analysis of the prospective studies. <i>Obstetrics and Gynecology</i> 1990;76:552-557.</p> <p>3) Parthaisong T, Gray RH. In utero exposure to steroid contraceptives and outcome of pregnancy. <i>American Journal of Epidemiology</i> 1991;134(8):795-803.</p> <p>b) Es probable que las inyecciones sólo de progestágeno espesen en forma eficaz el moco cervical dentro de las 24 horas siguientes a su administración. En congruencia con esta teoría, las píldoras sólo de progestágeno han demostrado producir un moco más espeso, con una baja penetración de los espermatozoides, dentro de las 3 a 4 horas siguientes a la ingestión de la píldora. Las progesteronas naturales también hacen que el moco cervical se vuelva escaso, espeso y pegajoso, disminuyendo o inhibiendo la penetración espermática, por lo general dentro de las 24 horas, pero a veces dentro de las 48 horas. El criterio clínico también concuerda con esta teoría.</p> <p>1) El Grupo de Trabajo de Orientación Técnica sobre Directrices llegó a esta conclusión después de una exhaustiva revisión de la bibliografía disponible y de consultas con los siguientes peritos: Gary Grubb, MD, MPH, Instituto de Investigación RW Johnson, Raritan, Nueva Jersey, EE.UU. Michael Orme, Profesor de Farmacología Clínica, Universidad de Liverpool, Reino Unido.</p> <p>2) Wright SW, Fotherby K, Fairweather F. Effect of daily small doses of Norgestrel on ovarian function. <i>Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth</i>. 1970;77:65-68.</p> <p>3) Tsibris JCM. Cervical mucus, en Gould JJ, Josimovich JB (editores). <i>Gynecologic Endocrinology</i>. Nueva York, Plenum Medical Book Company, 1987, pp 175-183.</p>

(Continúa en la página siguiente)

1. ¿Cuándo puede administrarse la primera inyección sólo de progestágenos (en que intervalo)? ¿En cuánto tiempo comienza a hacer efecto? ¿Se necesita un método de respaldo? (continuación)

Recomendaciones	Razón fundamental
<p>c) Si bien hay buenas razones para creer que el efecto sobre el moco cervical brindará con rapidez protección anticonceptiva dentro de las 24 horas subsiguientes a la inyección, podría ser prudente considerar el uso de un método de respaldo por 7 días.</p> <p>(Refiérase a la pregunta 2 para el inicio en el posparto y a la pregunta 3 para el inicio postaborto).</p>	<p>4) Insler V, Melmed H, Eichenbrenner I, Serr D, Lunenfeld B. The cervical score: A simple semiquantitative method for monitoring of the menstrual cycle. <i>International Journal of Gynaecology and Obstetrics</i> 1972;10(6):223-228.</p> <p>5) Flynn AM, Lynch SS. Cervical mucus and identification of the fertile phase of the menstrual cycle. <i>British Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> 1976(83):656-659.</p> <p>6) Moghissi KS, Syner FN, Evans TN. A composite picture of the menstrual cycle. <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> 1972;114(3):405-418.</p> <p>El DMPA y el NET-EN inhiben la ovulación en forma consecuente.</p> <p>1) <i>Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care</i>, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990.</p> <p>2) Mishell DR. Long-acting contraceptive steroids: postcoital contraceptives and antiprogestins, en Mishell DR, Davajan V, Lobo RA (editores). <i>Infertility, Contraception, and Reproductive Endocrinology</i>, 3ª edición. Boston, Blackwell Scientific Publications, 1991, pp 872-894.</p> <p>c) Es posible que algunos programas recomienden un método de respaldo en el caso de mujeres que no estén menstruando en el momento de iniciar los inyectables sólo de progestágeno debido a que existe un riesgo muy leve de concepción por un coito sin protección en el día 7 del ciclo.</p>