

#### 4. ¿Tienen los inyectables sólo de progestágenos alguna restricción relacionada con la edad/paridad?

Recomendaciones	Razón fundamental
<p>a) No. Sin embargo, es necesario que en especial las mujeres jóvenes y nulíparas, comprendan que, en promedio, a la mujer le toma cuatro meses más; para quedar embarazada después de discontinuar el DMPA que después de discontinuar los AOC, los DIU o los métodos de barrera.</p>	<p>a) Al discontinuar el DMPA cerca del 50% de las mujeres conciben una vez transcurridos 7 meses (es decir, 10 meses después de la última inyección). Este retraso hasta el momento de la concepción es aproximadamente 4 meses mayor que el tiempo requerido en el caso de las mujeres que discontinúen AOC, DIU o los métodos de barrera con el fin de concebir. Después de una inyección hay cantidades residuales del DMPA que permanecen en el torrente circulatorio durante unos 7 a 9 meses, después de lo cual, no se logra detectar nivel sérico alguno del DMPA. Una vez transcurridos de 2 a 3 años de suspender el DMPA, la proporción de mujeres que ha concebido es virtualmente la misma que la proporción de aquellas que han discontinuado el uso de los DIU, de los diafragmas y de los AOC. Se supone que el retraso en el retorno a la fecundidad con el NET-EN no sea superior al del DMPA.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 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.</li><li>2) <i>Injectable Contraceptives: Their Role in the Family Planning Care</i>. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990.</li><li>3) Schwallie PC, Assenzo JR. The effect of Depo-medroxyprogesterone acetate on pituitary and ovarian function, and the return of fertility following its discontinuation: A review. <i>Contraception</i> 1974;10(4):181-202.</li><li>4) Pardthaisong T. Return of fertility after use of the injectable contraceptive Depo Provera: Up-dated data analysis. <i>Journal of Biosocial Science</i> 1984;16:23.</li><li>5) Anónimo. Grupo de Trabajo del ICMR sobre la Anticoncepción Hormonal. Return to fertility following discontinuation of an injectable contraceptive — NET-EN. <i>Contraception</i> 1986;34(6):573-582.</li><li>6) <i>Depo-Provera C-150 NDA 20-246</i>. Advisory Committee Brochure, 1992, p 37.</li></ol>

(Continúa en la página siguiente)

#### 4. ¿Tienen los inyectables sólo de progestágenos alguna restricción relacionada con la edad/paridad? (continuación)

Recomendaciones	Razón fundamental
<p><b>Mujeres de mayor edad:</b></p> <p>b) Las progestágenos inyectables pueden ser utilizadas por las mujeres hasta la menopausia, inclusive. Los riesgos del uso de los progestágenos inyectables para las mujeres de más edad parecen ser mínimos.</p>	<p>b) El DMPA confiere muchos beneficios no anticonceptivos, incluida una menor pérdida de sangre menstrual, y además protección contra la endometriosis, la EPI aguda y el embarazo ectópico; asimismo protege contra el cáncer del endometrio, lo cual reviste importancia especial para las mujeres de mayor edad. El DMPA puede además inhibir la formación de drepanocitos en las mujeres bajo riesgo de una anemia falciforme o drepanocitosis, lo cual representa otro beneficio para las mujeres que sufran de dicha enfermedad. Otros efectos atribuibles al DMPA incluyen un leve aumento de peso y alteraciones leves (no significativas desde el punto de vista clínico) en el perfil de los lípidos plasmáticos. Actualmente se está estudiando el riesgo teórico de osteoporosis.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) and cancer: Memorandum from a WHO meeting. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> 1986;64(3):375-382.</li> <li>2) Liang AP, Levenson AG, Layde PM, Shelton JD, Hatcher RA, Potts M, Michelson MJ. Risk of breast, uterine corpus, and ovarian cancer in women receiving medroxyprogesterone injections. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1983;249:2909-2912.</li> <li>3) Kaunitz AM. Injectable contraception. <i>Clinical Obstetrics and Gynecology</i> 1989;32(2):356-368.</li> <li>4) Shoupe D. Injectable Contraceptives and contraceptive vaginal rings, in Shoupe D, Haseltine FP (editores). <i>Contraception</i>. New York, Springer-Verlag, 1993, pp 144-157.</li> <li>5) Deslypere JP, Thiery M, Vermeulen A. Effect of long-term hormonal contraception on plasma lipids. <i>Contraception</i> 1985;31(3):633-642.</li> <li>6) Oyelola OO. Fasting plasma lipids, lipoproteins and apolipoproteins in Nigerian women using combined oral and progestin-only injectable contraceptives. <i>Contraception</i> 1993;47:445-454.</li> <li>7) Solheim F. An assessment of quality of life in women treated with Depo-Provera in Sweden, in Zambrano D (editor). <i>Depo-Provera® (medroxyprogesterone acetate) for contraception: A Current Perspective of Scientific, Clinical &amp; Social Issues</i>. Kalamazoo, Michigan, The Upjohn Company, 1992, pp 61-72.</li> <li>8) De Ceulaer K, Gruber C, Hayes R, Serjeant GR. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle cell disease. <i>Lancet</i> 1982;II:229-231.</li> </ol>

(Continúa en la página siguiente)

#### 4. ¿Tienen los inyectables sólo de progestágenos alguna restricción relacionada con la edad/paridad? (continuación)

Recomendaciones	Razón fundamental
<p>c) El uso de los inyectables sólo de progestágeno conduce, por lo general, a la amenorrea (en el 50% de las mujeres para el final del primer año y en el 66% para el final del segundo año con el DMPA). Algunas evidencias sugieren la posibilidad de que un estado hipoestrogénico (puesto de manifiesto por la amenorrea), dentro de los primeros dos años de la menarquia, aumente el riesgo de una osteoporosis más adelante en la vida, en particular en el caso de mujeres con otros factores de riesgo para dicha enfermedad (por ejemplo, mujeres con una estructura ósea pequeña, con peso inferior al normal, fumadoras, desnutridas, blancas o asiáticas). No obstante, en el caso de las adolescentes de 15 años de edad o menos para quienes los inyectables sólo de progestágeno sean el método más apropiado, por lo general los beneficios del método superan los riesgos.</p>	<p>7) Solheim F. An assessment of quality of life in women treated with Depo-Provera in Sweden: En: Zambrano D (editor) <i>Depo-Provera® (Medroxyprogesterone acetate) For Contraception: A Current Perspective of Scientific, Clinical &amp; Social Issues</i>. Kalamazoo, Michigan, The Upjohn Company, 1992, pp 61-72.</p> <p>8) De Ceulaer K, Gruber C, Hayes R, Serjeant GR. Medroxyprogesterone acetate and hoomzygous sickel cell disease. <i>Lancet</i> 1982;II:229-231.</p> <p>Debido a que las mujeres de más de 35 años de edad tienen un riesgo mayor de cáncer del endometrio (y ovárico), lo que sigue reviste particular importancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar cuidadosamente el sangrado irregular antes de administrar el inyectable.</li> <li>• Considerar con mayor atención la presencia de cáncer como una causa posible si la mujer regresa con un sangrado irregular después de una amenorrea prolongada.</li> </ul> <p>1) Herbst AL, Mishell DR, Stenchever MA, Droegmueller W. <i>Comprehensive Gynecology</i>, 2a edición. St. Louis, Mosby Year Book, 1992, pp 1082-1083.</p> <p>2) Parazzini F, La Vecchia C, Bocciolone L, Franceshi A. The epidemiology of endometrial cancer. <i>Gynecologic Oncology</i>, 1991;41:1-16.</p> <p>c) La amenorrea mientras se están recibiendo los anticonceptivos sólo de progestágeno es evidencia de niveles bajos de estrógeno, y el estrógeno es necesario para el desarrollo y mantenimiento de huesos fuertes (con el fin de prevenir la osteoporosis). Las mujeres alcanzan la resistencia (densidad) máxima de la columna vertebral cerca de los 16 años de edad; el mayor incremento en la densidad ósea se produce en los primeros dos años después de la menarquía.</p> <p>1) Bonjour JP, Theintz G, Buchs B, Slosman D, Rizzoli R. Critical years and stages of puberty for spinal and femoral bone mass accumulation during adolescence. <i>Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism</i> 1991;73:555-563.</p> <p>2) Theintz G, Buchs B, Rizzoli R, Slosman D, Clavien H, Sizonenko PS, Bonjour JP. Longitudinal monitoring of bone mass accumulation in healthy adolescents: Evidence for a marked reduction after 16 years of age at the levels of lumbar spine and femoral neck in female subjects. <i>Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism</i> 1992;75:1060-1065.</p> <p>3) Dhuper S, Warren M, Brooks-Gunn J, Fox R. Effects of hormonal status on bone density in adolescent girls. <i>Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism</i> 1990;71:1083-1088.</p>

