

8. ¿Cuál es el período de gracia para las inyecciones sólo de progestágenos subsiguientes? (continuación)

Recomendaciones	Razón fundamental
<p>a) En el caso del DMPA (150 mgs cada tres meses) es el tiempo aceptable para administrar la inyección:</p> <ul style="list-style-type: none">• Con un retraso de hasta dos semanas y posiblemente de hasta 4 semanas, dependiendo de la población.• El DMPA puede administrarse hasta 4 semanas por adelantado, pero no es lo ideal.	<p>a) Los niveles en sangre del DMPA permanecen lo suficientemente elevados, en forma constante, como para mantener un efecto anticonceptivo durante tres meses después de la inyección sólo de progestágeno y el riesgo de embarazo a los cuatro meses después de la inyección sólo de progestágenos extremadamente bajo (y el DMPA no tiene efectos teratogénicos conocidos, aun cuando un estudio sugirió que la exposición <i>in utero</i> al DMPA podría posiblemente aumentar el riesgo de recién nacidos con peso bajo al nacer).</p> <ol style="list-style-type: none">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 872-894.2) Bracken MB. Oral contraceptives and congenital malformations in offspring: A review and meta-analysis of the prospective studies. <i>Obstetrics and Gynecology</i> 1990;76:552-557.3) Pardthaisong T, Gray RH. In utero exposure to steroid contraceptives and outcome of pregnancy. <i>American Journal of Epidemiology</i> 1991;134(8):795-803.4) 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> 1994;10(4):181-202.
<p>b) En el caso del NET-EN (cada dos meses) es el tiempo aceptable para administrar las inyecciones subsiguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Con un retraso de hasta una semana y posiblemente con un retraso de dos semanas, dependiendo de la población.• Hasta dos semanas por adelantado, aun cuando no es lo ideal.	<p>b) Para el NET-EN, los niveles en sangre permanecen lo suficientemente elevados como para mantener el efecto anticonceptivo durante 74 días (2 meses + 2 semanas).</p> <ol style="list-style-type: none">1) Hall PE. Long-acting injectable formulations, en Diczfalusy E, Bygdeman M (editores). <i>Fertility Regulation Today and Tomorrow</i>. Nueva York, Raven Press, 1987, p 119.

(Continúa en la página siguiente)

8. ¿Cuál es el período de gracia para las inyecciones sólo de progestágenos subsiguientes?

Recomendaciones	Razón fundamental
<p>c) Si la usuaria regresa después del período de gracia, se le debe informar que los retrasos en la administración de las inyecciones incrementan el riesgo de embarazo y la exposición <i>in utero</i> al inyectable. Es aceptable en estos casos administrar la inyección si usted puede estar razonablemente seguro de que la usuaria no esté embarazada (refiérase al Apéndice A). 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. Fije la fecha de la visita para la siguiente inyección (a los 3 meses con el DMPA y a los dos meses con el NET-EN).</p>	<p>c) Se ha demostrado que el tiempo que se requiere para que los niveles de progestágeno sean suficientes para la anticoncepción puede variar de una población a otra. Algunos estudios han demostrado que las mujeres tailandesas parecen metabolizar el DMPA con mayor rapidez. Además, se ha demostrado que el peso corporal parece tener una influencia independiente sobre los niveles de progestágeno (en las mujeres de mayor peso, los efectos anticonceptivos duran más).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Garza-Flores J, Hall PE, Pérez-Palacios G. Long-acting hormonal contraceptives for women. <i>Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology</i> 1991;40(4-6):697-704. 2) Fotherby K, Koetsawang S, Mathrubutham M. Pharmacokinetic study of different doses of Depo Provera. <i>Contraception</i> 1980;22(5):528-536. 3) Bassol S, Garza-Flores J, Cravioto MC, Díaz-Sánchez V, Fotherby K, Lichtenberg R, Pérez-Palacios G. Ovarian function following a single administration of Depo-medroxyprogesterone acetate (DMPA) at different doses. <i>Fertility and Sterility</i> 1984;42(2):216-222. 4) Organización Mundial de la Salud. A multicentered phase III comparative clinical trial of depot-medroxyprogesterone acetate given three-monthly at doses of 100 mg or 150 mg: I. Contraceptive efficacy and side effects. <i>Contraception</i> 1986;34(3):223-235.