

Boletín Médico de IPPF

Contenido

Aviso : ediciones futuras del <i>Boletín Médico de IPPF</i>	1
Declaración del IMAP sobre las necesidades de salud de las mujeres perimenopáusicas	1
<i>Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos</i> formulados por la Organización Mundial de la Salud: ejemplo de adaptación nacional. Kathryn M. Curtis	4

Aviso: ediciones futuras del *Boletín Médico de IPPF*

Al finalizar el año, el *Boletín Médico de IPPF* sera publicado solamente por la vía electrónica.

- Se puede descargar el *Boletín* de la página web de IPPF : <http://www.ippf.org/en/Resources/Medical/>
- Si usted quiere recibir la versión electrónica, mande, por favor, su dirección de correo electrónico actual a medtech@ippf.org o info@ippf.org
- Si usted experimenta dificultades con el acceso a Internet, y quiere seguir recibiendo el *Boletín Médico de IPPF*, informenos, por favor, por correo postal o correo electrónico, su dirección actual del correo, y su lengua preferida. Le mandaremos por correo, una fotocopia en blanco y negro del *Boletín Médico de IPPF*

Declaración del IMAP sobre las necesidades de salud de las mujeres perimenopáusicas

Introducción

La menopausia es el momento en la vida de una mujer cuando la menstruación cesa permanentemente debido a una secreción hormonal ovárica reducida, lo cual ocurre de forma natural o inducida mediante cirugía, quimioterapia o radiación; y con lo que la capacidad reproductiva natural llega a su fin. El diagnóstico definitivo de la menopausia natural se realiza cuando han transcurrido 12 meses de amenorrea, que no esté asociada con una causa patológica. La mayoría de las mujeres experimentan la menopausia entre los 45 y 58 años de edad, con un promedio de 51 años a nivel mundial.¹

La transición a la menopausia tiene lugar gradualmente, puede extenderse durante varios años y, con frecuencia, inicia con variaciones en la duración del ciclo menstrual en respuesta a los crecientes niveles de hormona estimulante del foliculo (EHF). Las etapas de la transición menopáusica se describen en los siguientes términos:

- **Premenopausia**, el período previo al comienzo de la perimenopausia; aunque este término también se utiliza para definir el período hasta el momento de la última menstruación
- **Perimenopausia** o climaterio, es el período de transición durante el cual ocurren tanto el ciclo menstrual como cambios hormonales, pero todavía no han transcurrido 12 meses de amenorrea. El cuerpo experimenta diversos cambios fisiológicos, atribuibles a la reducción de la secreción de hormonas ováricas, principalmente estrógenos y al proceso de envejecimiento. La perimenopausia es una etapa en la secuencia de eventos de la vida de una mujer; su salud

en este período estará determinada en gran medida por su estado de salud previo, sus patrones reproductivos, su estilo de vida y por factores ambientales

- **Posmenopausia**. Esta etapa comienza en el momento de la última menstruación, aunque no se le reconoce como tal hasta después de transcurridos 12 meses de amenorrea.

La salud y el bienestar de las mujeres perimenopáusicas están fuertemente influenciados por sus circunstancias sociales, culturales y económicas. Muchas mujeres experimentan síntomas molestos, que generalmente se auto limitan y no amenazan la vida; pero que, sin embargo, no dejan de ser desagradables.

Además, la transición de los períodos menstruales regulares a la amenorrea puede generar ansiedad. Algunas mujeres temen haber quedado embarazadas a una edad tardía, mientras que otras, que no han tenido éxito en sus intentos de alcanzar la maternidad, pueden tener temor a la menopausia, ya que señala el final de su vida reproductiva. La mayoría de las mujeres manejan la menopausia por sí solas: solamente una minoría busca ayuda de profesionales de la salud.

Síntomas perimenopáusicos

Hay una serie de síntomas fisiológicos y psicológicos de la perimenopausia.²

Las mujeres tienen, a nivel individual, diferentes experiencias respecto a la perimenopausia. El cambio que es común a todas las mujeres es el cese de la menstruación. Por otra parte, los síntomas fisiológicos y psicológicos atribuibles a la reducción de la secreción de hormonas debida a la perimenopausia, se pueden dividir en las siguientes categorías generales:

- **Cambios menstruales** - pueden ocurrir en la periodicidad y en la cantidad de flujo menstrual. En la mayoría de los casos, el cese de la menstruación puede ocurrir gradualmente después de unos cuantos ciclos de flujo menstrual disminuido. En otros, la ovulación esporádica puede causar fuertes hemorragias.
- **Efectos vasomotores** - tales como los bochornos y los sudores nocturnos. Los bochornos se refieren a la sensación de calidez espontánea, con frecuencia asociados con sudoración, como resultado de una respuesta vasomotora a la disminución de los niveles de estrógeno. Los sudores nocturnos son los bochornos que ocurren por la noche, a menudo durante el sueño, dando lugar a patrones de sueño interrumpido.
- **Síntomas urogenitales** - como la sequedad vaginal, vaginitis, dispareunia, uretritis, incontinencia y el aumento de la frecuencia urinaria, son más comunes después de la menopausia. Hasta la mitad de todas las mujeres los experimentan.
- **Angustia, ansiedad, depresión, síndrome premenstrual (SPM), irritabilidad y pérdida de la memoria**. El estradiol no puede considerarse como un tratamiento efectivo en mujeres posmenopáusicas con síntomas de depresión leve a moderada.³
- **La migraña, los dolores de cabeza, el aumento rápido de peso, la fatiga, la irritabilidad, la sensibilidad al tacto o abultamientos en las mamas, los fibromas, o tener manos y pies fríos**, son todos síntomas de la perimenopausia

Aceleración de la pérdida mineral ósea. La **osteoporosis** es la reducción en la cantidad de hueso o atrofia del tejido esquelético, un trastorno relacionado con la edad caracterizado por una masa ósea disminuida y pérdida de la micro-arquitectura esquelética normal, lo que da lugar a una mayor susceptibilidad a las fracturas. La **osteopenia** es un trastorno en el cual la reabsorción ósea ha superado la formación de hueso. En las mujeres posmenopáusicas la causa principal de esta condición es la baja producción de estrógeno, lo que conduce a un ligero adelgazamiento de la masa ósea, pero no tan grave como la osteoporosis. La osteopenia se produce cuando la formación de hueso (síntesis osteoide) es insuficiente para compensar la pérdida de hueso normal (lisis ósea). La osteopenia es generalmente considerada como el primer paso en el camino hacia la **osteoporosis**, una condición grave en la que la densidad del hueso es extremadamente baja y los huesos son porosos y propensos a romperse. La pérdida de tejido óseo se acelera en los años inmediatamente posteriores a la menopausia.

La mayoría de las fracturas en personas mayores de 50 años son resultado de la osteoporosis. La incidencia de fracturas de húmero proximal, pelvis y de tibia proximal, también se eleva abruptamente con la edad y es mayor en las mujeres que en los hombres.⁴ La prevalencia de la osteoporosis en las mujeres aumenta de forma significativa con la edad después de la menopausia, elevándose del 2% a los 50 años de edad a más del 25% a los 80 años.⁵ Existe un mayor riesgo después de los 70 años, que resulta en osteoporosis y el riesgo de fracturas aumenta progresivamente. La Fundación Internacional de Osteoporosis considera que, "1 de cada 3 mujeres mayores de 50 años sufrirá fracturas osteoporóticas, al igual que 1 de cada 5 hombres"^{6,7,8} Otros factores de riesgo incluyen el tabaquismo, la inmovilidad prolongada, la hiperfunción suprarrenal, el hipertiroidismo y la deficiencia de vitamina D o calcio.

Dado que la densidad ósea disminuye con la edad, especialmente en la posmenopausia, debe proporcionarse asesoramiento sobre los beneficios de consumir suficiente calcio y vitamina D.⁹ El riesgo de fracturas se puede reducir mediante la detección y el tratamiento. Se recomienda los bifosfonatos como tratamiento de primera línea, cuyo beneficio ha sido demostrado, aunque sólo para las mujeres con osteoporosis. La detección de la osteoporosis se recomienda, donde los recursos lo permitan. Los tratamientos trabajan ya sea por inhibición de la resorción ósea (bifosfonatos, moduladores selectivos de los receptores estrogénicos), estimulando la formación de hueso (hormona paratiroidea) o por una combinación de mecanismos que aún no han sido totalmente dilucidados (anelato de estroncio). En el Reino Unido ocurren cada año más de 60,000 fracturas de cadera, 50,000 de muñeca y 120,000 vertebrales.¹⁰ También hay evidencia de que los ejercicios de levantamiento de peso tienen un efecto benéfico.^{11,12,13} En el caso de ancianos con debilidad física, la actividad para mejorar el equilibrio y la confianza pueden ser útiles en la prevención de caídas.

Neoplasias malignas

En general, la incidencia de neoplasias malignas aumenta con la edad. Las del sistema reproductivo femenino, como el cáncer endometrial y el cáncer cervicouterino, de ovarios y de mama, a menudo surgen en los años de la perimenopausia y los primeros años de la posmenopausia. La detección temprana puede mejorar el resultado.

¿Qué pueden hacer las Asociaciones Miembros?

Aspectos relacionados con los servicios

La salud en la perimenopausia se determina en gran medida por el estado de salud en la infancia y durante los primeros años del período reproductivo. Las y los prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva, en particular quienes proporcionan anticonceptivos, atienden principalmente la salud de las mujeres

que están en su edad reproductiva temprana. Por lo tanto, están en una buena posición para desempeñar un rol importante en la prevención de problemas asociados con la menopausia y el envejecimiento. Una mujer que, a lo largo de los años, ha recibido servicios de anticoncepción de una clínica de planificación familiar, bien puede regresar a ella cuando se acerca a la menopausia. Esto pone de relieve la necesidad de capacitación al personal sobre cuestiones relacionadas con la menopausia.

Las Asociaciones Miembros (AM) deben examinar la posibilidad de proporcionar consejería y atención a la salud durante la perimenopausia como parte de sus servicios de salud sexual y reproductiva. Si la AM no tiene los recursos necesarios para aconsejar a las mujeres perimenopáusicas sobre sus necesidades de salud y de métodos anticonceptivos, deben referir a estas clientas a servicios de atención especializada.

Información, educación y consejería

El entorno de planificación familiar ofrece oportunidades para proporcionar consejería a las mujeres sobre muchos de los factores que pueden afectar su salud. En los años de la perimenopausia, el factor más importante es un estilo de vida saludable.

Durante los años reproductivos, debe proporcionarse información acerca de la influencia de la nutrición y el comportamiento sobre la calidad de vida después de la menopausia. La longitud del intervalo entre nacimientos también es importante. Incluso con una ingesta adecuada de calcio, la densidad ósea perdida durante el embarazo y la lactancia toma varios meses de recuperación después de iniciado el destete. Si el intervalo es más corto, el contenido de calcio del esqueleto disminuye, y la mujer dispondrá de una reserva más pequeña para hacer frente a la pérdida ósea después de la menopausia. Una mujer desnutrida, puede necesitar intervalos aún más largos.

Un estilo de vida saludable es beneficioso para las mujeres de todas las edades. Puede reducir el riesgo de varios trastornos frecuentes en la perimenopausia. Las mujeres deben recibir consejería acerca de las maneras en que pueden mejorar tanto su salud general como su calidad de vida. Los siguientes factores deberían tenerse en cuenta:

- **Tabaquismo.** El cáncer de pulmón, las enfermedades cardíacas y la osteoporosis, que pueden afectar a mujeres posmenopáusicas, se han relacionado con el tabaquismo. Las mujeres deben ser aconsejadas sobre los riesgos del hábito de fumar para la salud; y también alentadas y apoyadas para que abandonen el hábito.
- **Ejercicio.** Caminar a paso acelerado y practicar ejercicios aeróbicos promueve la salud cardiovascular; y la actividad física de levantamiento de peso* reduce la pérdida ósea y estimula la regeneración del tejido óseo. Por lo tanto, debe recomendarse realizar ejercicio moderado tres o cuatro veces por semana.

Dieta y la exposición a la luz solar

Una buena nutrición es esencial para una vida saludable. La dieta influye en el riesgo de varias enfermedades crónicas importantes, especialmente las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y, probablemente, algunas neoplasias malignas. Para ayudar a alcanzar una buena salud, se recomienda una dieta variada y balanceada, que limite la ingesta de azúcar, sal, alcohol y grasas saturadas de origen animal. Las mujeres mayores de 50 años necesitan al menos 1,200 mg de calcio diariamente, pero no deberán exceder los 2,000 a 2,500 mg de este mineral. La ingesta de calcio debe estar dividida en dosis de 500 mg.¹⁴ Sin embargo, la absorción de calcio varía enormemente de persona a persona y está influenciada por muchos factores dietéticos. Una apropiada exposición a la luz del sol también es importante en el calcio y el metabolismo óseo, todo lo cual se debe explicar a las clientas.

* ejercitarse mediante el uso del peso corporal o peso externo

Aspectos psicológicos

Las ideas erróneas y los temores acerca de lo que va a suceder en los años de la perimenopausia, o después de la menopausia, son factores que pueden influir en la respuesta de una mujer a los cambios fisiológicos o medidas terapéuticas. La mejor preparación es lograr que las mujeres consideren la perimenopausia como una etapa normal de la vida y deben ser informadas y aconsejadas sobre qué esperar antes de llegar a la perimenopausia.

Importancia del apoyo familiar

Las AM deben educar a los hombres y otros miembros de la familia acerca de esta fase de la vida de las mujeres, para que puedan apoyarlas en la superación de sus necesidades.

Atención preventiva de la salud

Cuando existen programas de detección de cánceres reproductivos a nivel nacional o local, las mujeres que buscan consejería sobre la menopausia deben ser alentadas a aceptar o solicitar una prueba de detección. Además, las y los prestadores de servicios de salud deben aprovechar esta oportunidad para ofrecer a todas las mujeres los servicios apropiados y disponibles de detección de cáncer de mama y de cuello uterino, aún cuando no tengan síntomas. Las mujeres con sangrado uterino anormal deben ser evaluadas y tratadas; o bien, referidas a otros centros, sobre todo después de la menopausia, para descartar el cáncer del endometrio.

Las AM también deberían considerar la posibilidad de referir a sus clientas a pruebas de detección de osteoporosis, si están disponibles.

Anticoncepción

La función ovárica varía durante los años de la perimenopausia, por lo tanto la anticoncepción es necesaria hasta que la mujer haya presentado amenorrea durante un año. (Para mayor información sobre los métodos anticonceptivos, consulte la "Declaración del IMAP sobre anticoncepción para mujeres mayores de 35 años").

Se debe recomendar a aquellas mujeres que, después de una consejería apropiada opten por utilizar un método hormonal hasta la menopausia, que consideren la interrupción de ese método después de la edad de 50 años. Ellas deben utilizar otros métodos anticonceptivos (principalmente de barrera, como los condones), hasta que tengan certeza de que han llegado a la menopausia.

La presencia de síntomas vasomotores, como los bochornos, indica que una mujer es menopáusica. Cuando están disponibles los servicios de laboratorio necesarios, un aumento de la hormona estimulante del folículo (FSH), en dos muestras de sangre con una diferencia de seis semanas, confirman que una mujer ha llegado a la menopausia. En ese momento ella puede optar por interrumpir la anticoncepción hormonal y, si está disponible y puede pagarlo, para empezar un tratamiento hormonal (TH).

A las mujeres que tienen colocado un DIU de cobre se les debe remover sólo si les causa complicaciones. El SIU-LNG (Sistema Intrauterino liberador de Levonorgestrel) se puede utilizar durante la perimenopausia, ya que ayuda a equilibrar los niveles cambiantes de hormonas en esta fase, proporcionando una protección adicional para el endometrio.

Tratamiento hormonal (TH)

La **evaluación de riesgos** para la enfermedad cardiovascular de ser posible debe incluir: la medición del índice de masa corporal, la presión arterial y los niveles de lípidos. Las mujeres con antecedentes de cáncer de mama, enfermedades coronarias, apoplejía, demencia, o trombosis venosa no deben usar TH, ya que aumenta el riesgo de empeorar la enfermedad. Sin embargo, el TH disminuye el riesgo de cáncer colorrectal.

El TH tiene por objeto restituir el estrógeno a los niveles medios del período pre-menopáusico. El **TH a base de estrógeno solo** está disponible en comprimidos orales, parches o geles transdérmicos, aerosoles nasales e implantes, aunque la disponibilidad varía

según las regiones. La terapia oral se puede iniciar con una dosis baja, ya que se ha demostrado que alivia los bochornos. La dosis puede aumentarse si, después de algunas semanas, no hay un alivio adecuado de los síntomas. Las mujeres que han tenido una histerectomía (habiendo conservado o no los ovarios) pueden usar estrógeno solo, la adición de progestina se requiere para las mujeres con útero, para reducir la hiperplasia endometrial, que se incrementa aún con dosis bajas de estrógeno. El TH combinado contiene estrógenos con progestágenos cíclicos, que inducen la transformación normal del endometrio y el sangrado por retiro de hormonas, lo que impide el desarrollo de patología endometrial. Sin embargo, los nuevos regímenes continuos ofrecen las ventajas de una preparación combinada sin hemorragia por privación. Los progestágenos están disponibles como píldoras orales, parches transdérmicos, SIU. El SIU proporciona una buena protección del endometrio y, a diferencia de otras terapias de reemplazo hormonal combinada, ofrece al mismo tiempo anticoncepción y menos sangrado para las mujeres perimenopáusicas.

Los regímenes continuos combinados (ingesta diaria de estrógeno y progesterona) pueden utilizarse cuando la mujer ha sido posmenopáusica durante más de un año; antes de esto, los regímenes secuenciales (estrógeno diario con progestágeno 10-14 días al mes) son los adecuados. Estos regímenes en la menopausia temprana pueden causar sangrado irregular, debido a la fluctuación en la producción de estrógenos por los ovarios.

Para las mujeres que aún están menstruando, la ingesta de estrógeno debe comenzar el primer día del sangrado menstrual y de progestágeno 14 días después. La hemorragia por privación debe entonces comenzar aproximadamente en el momento del período en que usualmente ocurría. Los efectos secundarios comunes incluyen sangrado irregular, que se resuelve después de unos meses, náuseas y sensibilidad en las mamas. Estos síntomas por lo general disminuyen con el tiempo, pero pueden reducirse aún más disminuyendo la dosis de hormonas.

Cualquier TH, incluyendo el de progestágeno solo, se considera contraindicada para las mujeres que previamente han tenido cáncer de mama.

Alivio de los síntomas de la perimenopausia

Los indicadores para la TH son los bochornos, los sudores nocturnos y la sequedad vaginal. La percepción de una mujer acerca de la gravedad de sus síntomas debe ser el factor decisivo para ofrecerle el tratamiento, no así los niveles hormonales, ya que éstos fluctúan a lo largo de la perimenopausia. Los síntomas pueden mejorar dentro de las cuatro semanas posteriores a haber iniciado el tratamiento. La TH ha sido utilizado con éxito durante muchos años para el alivio de los síntomas de la menopausia (sobre todo trastornos vasomotores y la atrofia vaginal). Las cremas y geles hormonales ayudan a aliviar la sequedad vaginal, que puede causar molestias durante la relación sexual.

Para el alivio de los síntomas, debe ser utilizada la dosis más baja de TH. El uso a corto plazo también es clínicamente apropiado; ya que, en alrededor de dos tercios de las mujeres, los bochornos cesan de manera natural dentro de unos cuantos años de la menopausia.

El TH agudiza la incontinencia, pero las preparaciones a base de estrógeno vaginal benefician la dispareunia y disminuyen la infección recurrente del tracto urinario en mujeres que son susceptibles a ella. La respuesta puede tomar uno o dos meses.

Duración del uso del TH

El uso de la TH no se recomienda por más de cinco años, dado que los resultados negativos superan a los beneficios. Diversos estudios han mostrado un aumento significativo en los casos de apoplejía, de trombosis venosa profunda y trastornos de la vesícula biliar, tanto para los tratamientos combinados, como para los de estrógeno solo, con incrementos adicionales en el cáncer de mama y demencia en mujeres mayores de 65 años bajo terapia combinada.

Prevención de la osteoporosis

El TH, tanto del tipo combinado como de estrógeno solo, ha demostrado que previene la pérdida ósea en mujeres posmenopáusicas. Se prefiere el TH combinado, debido al mayor riesgo de cáncer endometrial que está relacionado con el tratamiento a base de estrógeno solo. Sin embargo, el riesgo de sufrir fracturas es mayor más adelante en la vida; la mayoría de los estudios han demostrado que el uso de el TH a largo plazo es necesario para prevenir la osteoporosis. Además, una vez que el tratamiento de estrógenos se suspende, la pérdida ósea comienza; por lo que incluso el tratamiento con esta duración puede tener poco efecto residual sobre la densidad ósea en mujeres de 75 años de edad y mayores, que son las que tienen el mayor riesgo de fractura.

Para muchas mujeres, el TH alivia los síntomas de la deficiencia de estrógeno. Hay otras que, aunque sin experimentar síntomas molestos, tienen factores de riesgo significativos para ciertas condiciones, como la osteoporosis. Sin embargo, el TH tiene efectos secundarios y riesgos a largo plazo (en particular el cáncer de mama), la decisión de iniciarlo, y de continuar debe depender de la forma en que la cliente percibe el equilibrio entre los beneficios y los riesgos potenciales. El IMAP recomienda el uso a corto plazo de el TH bajo vigilancia médica estrecha, utilizando la dosis más baja que alcance a aliviar los síntomas de la perimenopausia, aunada a modificaciones positivas del estilo de vida y una consejería amplia, especialmente en lo relativo a los riesgos.

Declaración del Panel Asesor Médico Internacional, 1997, revisada en 2009. IPPF se reserva el derecho a modificar esta Declaración a la luz de los nuevos acontecimientos en el campo.

Referencias

1. <http://www.earlymenopause.org/?q=node/39>
2. <http://www.project-aware.org/Experience/symptoms.shtml>
3. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322303008801>
4. <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/9/Woolf0903.pdf>
5. <http://www.nos.org.uk/NetCommunity/admin/Document.Doc?id=47>
6. Melton LJ, tercero, EJ Atkinson, MK O'Connor, et al. De densidad ósea y el riesgo de fractura en los hombres. *J Res ósea Miner*. 1998.13:1915.
7. Melton LJ, tercero, EA Chrischilles, Cooper C, et al. Perspectiva. ¿Cuántas mujeres tienen osteoporosis? *J Res ósea Miner* 0,1992. 7:1005.
8. JA Kanis, Johnell O, Oden A, et al. Riesgo a largo plazo de las fracturas osteoporóticas en Malmo. *Osteoporos Int*. 2000. 11:669.
9. B Shea, Wells G, Cranney A, et al. Meta-análisis de los tratamientos para la osteoporosis posmenopáusica. VII. Meta-análisis de los suplementos de calcio para la prevención de la osteoporosis posmenopáusica. *Endocr Rev*. 2002. 23:552.
10. <http://www.nos.org.uk/NetCommunity/admin/Document.Doc?id=47>
11. Preisinger E, Y Alacamlıoglu, K Pils, et al. El ejercicio terapéutico en la prevención de pérdida ósea. Un estudio controlado con las mujeres después de la menopausia. *Am J Phys Med Rehabil*. 1995. 74:120.
12. M Hartard, P Haber, Ilieva D, et al. Sistemático de entrenamiento de fuerza como un modelo de intervención terapéutica. Un estudio controlado en mujeres posmenopáusicas con osteopenia. *Am J Phys Med Rehabil*. 1996 75:21.
13. Kemmler W, D Lauber, Weineck J, et al.) Beneficios de 2 años de ejercicio intenso en la densidad ósea, condición física, y lípidos de la sangre a principios de las mujeres posmenopáusicas osteopénicas: resultados de la Erlangen Fitness Osteoporosis Prevention Study (EFOPS). *Arch Intern Med*, De 2004. 164:1084.
14. <http://www.iofbonehealth.org/patients-public/calcium-calculator.html>

Crterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos formulados por la Organización Mundial de la Salud: ejemplo de adaptación nacional

Kathryn M. Curtis

Crterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos formulados por la Organización de la Salud (CME OMS), mismas que proporcionan una guía para determinar si las mujeres con ciertas condiciones médicas, características y exposición a riesgos pueden usar métodos anticonceptivos específicos, se publicó por vez primera en 1996. La actual cuarta edición de los CEM OMS contiene más de 1,800 recomendaciones individuales, referentes a 18 métodos anticonceptivos y más de 160 condiciones y sub-condiciones médicas¹ La División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) ha apoyado este esfuerzo al coordinar la identificación, evaluación crítica y síntesis de la evidencia científica en la que se basa esta guía.² Estas recomendaciones globales han sido incorporadas extensivamente en las políticas y programas de planificación familiar a nivel nacional en todo el mundo y (en su tercera edición) están disponibles en varios idiomas.

La OMS siempre ha tratado de que las personas encargadas de formular las políticas adapten la guía global a nivel local y considera su guía como un documento de referencia para usarse en la preparación de directrices nacionales o programáticas.¹ En 2005, el Reino Unido (RU) emprendió un proceso formal de adaptación de las directrices de la OMS para crear los *CME OMS* en el RU.³ Si bien varias organizaciones en los Estados Unidos han usado la guía de la OMS, recientemente los CDC llevaron a cabo un proceso formal de adaptación para crear los *CME* en los Estados Unidos (*CME EEUU*). El proceso incluyó la determinación del alcance de la adaptación; la conducción de revisiones sistemáticas de la evidencia para las recomendaciones relevantes; el uso de la evidencia para adaptar un pequeño número de recomendaciones de la OMS existentes y el desarrollo de recomendaciones para algunas condiciones médicas

adicionales; así como la difusión, implementación y evaluación de las *CME EEUU*.⁴

Determinación del alcance de la adaptación

No sería posible adaptar cada una de las recomendaciones para su uso en los Estados Unidos, ni sería necesario, si la evidencia científica en la que se basan las recomendaciones de la OMS fuera la misma. Por lo tanto, los CDC decidieron aceptar la mayoría de las clasificaciones de la OMS para los Estados Unidos. Sin embargo, en algunos casos, ya sea por la identificación de nueva evidencia o por situaciones específicas de contexto en los Estados Unidos (ej., prestación de servicios de planificación familiar; o diagnóstico y tratamiento o manejo de condiciones médicas), algunas de las clasificaciones de la OMS requirieron ser adaptadas para una mejor implementación de la guía en los Estados Unidos. Los CDC consideraron la adaptación de un pequeño subconjunto de clasificaciones de la OMS y tomaron en cuenta la existencia de algunas condiciones médicas adicionales para las que pudiera añadirse algunas recomendaciones.

Los *CME OMS* fueron analizados mediante tres métodos diferentes. Primero, comparamos las recomendaciones de los *CME OMS* con las orientaciones estándar actualmente usadas en los Estados Unidos, con el propósito de identificar inconsistencias entre las diferentes fuentes de referencia. También, conversamos informalmente con líderes en el campo de la planificación familiar en los Estados Unidos, para obtener sus opiniones sobre cuáles elementos en los *CME OMS* deberían considerarse para adaptación y cuáles nuevos elementos podrían ser incorporados. Finalmente, solicitamos a un pequeño grupo de personas expertas que condujera una revisión a fondo de los *CME OMS* e hiciera sugerencias sobre el alcance de la adaptación. En junio de 2008, los CDC convocaron a una reunión de este pequeño grupo, compuesto por ocho personas expertas en planificación familiar que estaban familiarizadas tanto con los *CME OMS*, como con la práctica médica actual en los EE.UU. Utilizando la información disponible de los tres análisis, el CDC determinaron entonces el alcance de la adaptación.

Conducción de revisiones sistemáticas de la evidencia

Llevamos a cabo revisiones sistemáticas de la evidencia científica para cada una de las recomendaciones de los *CME OMS* a ser

adaptadas, así como para cada una de las condiciones médicas consideradas para añadirse a la guía. Seguimos las recomendaciones estándar para conducir revisiones sistemáticas e informar sobre sus resultados,^{5,6} y clasificamos la fortaleza y calidad de la evidencia con el sistema del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU.⁷ Cada revisión sistemática se sujetó a revisión de pares a cargo de dos a tres personas expertas, antes de usarse en el proceso de adaptación.

Uso de evidencia para adaptar los CME OMS para los Estados Unidos

En febrero de 2009, los CDC organizaron una reunión con la participación de 31 personas expertas, quienes fueron invitadas para proporcionar su perspectiva individual sobre la evidencia científica presentada y los análisis subsecuentes acerca de las recomendaciones potenciales. Este grupo incluyó una amplia variedad de prestadores de servicios de salud con especialización en seguridad anticonceptiva y provisión de anticonceptivos. Para cada tema analizado, se presentó la evidencia derivada de la revisión sistemática y una persona experta en la condición médica específica (ej. artritis reumatoide) examinó los aspectos específicos que podrían afectar la seguridad anticonceptiva. Con base en estos análisis, los CDC finalizaron las recomendaciones para los CME EEUU. También, durante los análisis se tomó en cuenta las carencias en materia de investigación sobre seguridad anticonceptiva, para mujeres con condiciones médicas específicas.

Tabla. Criterios médicos de elegibilidad modificados o añadidos a los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en los EE.UU, 2010

Recomendaciones existentes de los CME OMS	Nuevas condiciones médicas
Amamantamiento y anticoncepción hormonal	Antecedentes de cirugía bariátrica
Inserción de DIU en el postparto	Cardiomiopatía periparto
Enfermedad valvular cardíaca y DIU	Artritis reumatoide
TVP/EP y anticoncepción hormonal	Hiperplasia endometrial
Cáncer ovárico y DIU	Enfermedad inflamatoria intestinal
Fibroides y DIUA	Trasplante de órganos sólidos

DIU = dispositivo intrauterino

DVT / PE = trombosis venosa profunda / embolia pulmonar

Para todos los temas analizados (ver Tabla), se realizó algún tipo de adaptación o adición. Las modificaciones a las recomendaciones existentes en los CME OMS incluyeron cambios para mujeres en el postparto (ya sea que estén amamantando o no), o que tienen trombosis venosa profunda o embolia pulmonar (TVP/EP), enfermedad cardíaca valvular, cáncer ovárico o fibroides uterinos. Nuevas recomendaciones fueron desarrolladas para mujeres con antecedentes de cirugía bariátrica, cardiomiopatía periparto, artritis reumatoide, hiperplasia endometrial, enfermedad inflamatoria intestinal, o trasplante de órganos sólidos.

Difusión, implementación y evaluación

La difusión, implementación y evaluación de los CME EEUU son de importancia crítica para asegurar que se maximice el potencial efecto benéfico de la guía en la práctica de la planificación familiar. Los CDC están trabajando estrechamente con organizaciones aliadas, incluidas otras agencias federales y organizaciones profesionales y de servicios, con el propósito de lograr una amplia difusión e implementación de esta nueva guía. Las estrategias incluyen la difusión a través de organizaciones profesionales, presentaciones en conferencias profesionales realizadas por prestadores de servicios de planificación familiar, publicaciones en revistas sujetas

a revisión por personas expertas y boletines profesionales, así como el desarrollo de herramientas de capacitación y ayudas para el trabajo. Los CDC planean evaluar los efectos de la guía a través de encuestas sobre las actitudes y prácticas de los prestadores de servicios de planificación familiar.

Un reto clave para los documentos guía basados en evidencia es mantener actualizadas las recomendaciones conforme nueva evidencia científica va estando disponible. En lo que respecta a esta guía nosotros continuaremos trabajando con la OMS para identificar y evaluar toda la nueva evidencia científica relevante, así como para determinar si se justifica aplicar cambios a las recomendaciones. También, identificaremos y evaluaremos cualquier nueva documentación especializada sobre las recomendaciones y condiciones médicas que son específicas para los CME EEUU. La guía completa para los Estados Unidos, así como cualquier actualización de las mismas, puede encontrarse en sitio web de los CDC dedicado a los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos en los Estados Unidos: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/UnintendedPregnancy/USMEC.htm>.

Anticipamos que los CME EEUU tendrán un impacto sustancial en la práctica de la planificación familiar en los Estados Unidos, en gran parte a través del apoyo a las y los prestadores de servicios para que proporcionen una mejor consejería a su clientela en relación con opciones anticonceptivas seguras – incluido su uso restringido cuando haya evidencia de riesgo, pero también facilitando su uso cuando haya evidencia de un uso seguro. Debido a las diferencias en el mundo en cuanto a la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas y en los contextos de la prestación de servicios de salud, es importante que los países se aseguren de que la guía global basada en evidencia se adapte en respuesta a sus necesidades específicas. La guía de la OMS basada en evidencia es un recurso altamente reconocido, desarrollado por personas expertas de todo el mundo, en la que los países y otras organizaciones pueden basarse cuando desarrollen sus propios protocolos y estándares nacionales para los servicios de planificación familiar.

Autora para correspondencia:

Kathryn Curtis, Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention, MS K-34, 4770 Buford Highway, NE, Atlanta, GA 30341, USA

kmc6@cdc.gov

Los hallazgos y conclusiones presentados en este informe son responsabilidad de los autores y no representan necesariamente la posición oficial de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Criterios de Elegibilidad Médica para el uso de anticonceptivos, cuarta edición (en inglés). Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2009 [cita diciembre 10 de 2009]. Disponible en URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf
- 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. *Am J Prev Med* 2005;28:483-90.
- Stephen G, Brechin S, Glasier A. Using formal consensus methods to adapt World Health Organization Medical eligibility criteria for contraceptive use. *Contraception* 2008;78:300-8.
- Curtis KM, Jamieson DJ, Peterson HB, Marchbanks PA. Adaptation of the World Health Organization's Medical eligibility criteria for contraceptive use for use in the United States. *Contraception* (en prensa).
- Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *JAMA* 2000;283:2008-12.
- Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Quality of Reporting of Meta-analyses. *Lancet* 1999;354:1896-900.
- Harris RP, Helfand M, Woolf SH, et al. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* 2001;20:21-35.