

Boletín Médico de IPPF

Contenido

Nuevas recomendaciones sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos para mujeres con condiciones médicas

Mary E Gaffield, Kelly R Culwell

Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF

1
5

Nuevas recomendaciones sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos para mujeres con condiciones médicas: *Criterios de Elegibilidad Médica de la Organización Mundial de la Salud para el uso de Anticonceptivos, cuarta edición*

Mary E Gaffield, PhD

Kelly R Culwell, MD, MPH

Antecedentes

Los *criterios de elegibilidad médica (CEM)* para el uso de anticonceptivos, emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), proporcionan recomendaciones basadas en evidencia para determinar si un método anticonceptivo puede ser usado de manera segura, de conformidad con más de 80 condiciones y características médicas. Esta guía tiene el propósito de servir como referencia durante la preparación de programas nacionales de planificación familiar/salud sexual y reproductiva para la distribución de anticonceptivos. Los *criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos* se publicaron por primera vez en 1996; y, posteriormente, en 2000 y 2004. En abril de 2008, un Grupo de Trabajo de expertos de la OMS revisó la nueva evidencia médica de la tercera edición de los CEM y desarrolló 251 nuevas recomendaciones para una condición médica adicional, el lupus eritematoso sistémico (LES); y para 12 sub-condiciones relacionadas con condiciones médicas existentes. Este artículo destaca las recomendaciones actualizadas y describe el desarrollo de las nuevas pautas.

Proceso de desarrollo de las pautas

Las revisiones sistemáticas de la evidencia se condujeron y estuvieron disponibles antes de la reunión. El Grupo de Trabajo incluyó usuarios de las pautas, además de 43 personas expertas de 23 países, especializadas en planificación familiar internacional, así como análisis de evidencia científica y farmacología. Las revisiones sistemáticas proporcionaron la base para las deliberaciones durante la reunión y las recomendaciones se adoptaron mediante consenso.

Definiciones de categorías para las recomendaciones

Una categoría numérica, que va del 1 al 4, se asigna a cada condición médica para mostrar si es seguro usar un determinado anticonceptivo. Las categorías son:

1 = sin restricción para usar el método;

2 = las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados;

3 = los riesgos teóricos o comprobados usualmente superan las ventajas de usar el método;

4 = el uso del método representa un riesgo inaceptable para la salud.

En entornos en donde los recursos para sustentar una opinión clínica están limitados, las cuatro categorías pueden reducirse a dos. Las condiciones médicas en las categorías 1 o 2, indican que el método anticonceptivo puede usarse, mientras que las condiciones en las categorías 3 o 4, indican que no debe usarse. Las diferentes categorías de recomendaciones pueden aplicarse al inicio ('I') del uso del método y a su continuación ('C'). Si no se indica 'I' o 'C', la misma categoría es aplicable a ambas situaciones.

Para la esterilización masculina y femenina, la seguridad del procedimiento para cada condición médica se define según las siguientes cuatro categorías:

- A (aceptar) = No hay razón médica para negar la esterilización a una persona con esta condición
- C (cautela) = El procedimiento se conduce usualmente en forma rutinaria, pero se requiere preparación y precauciones adicionales
- D (diferir) = El procedimiento se difiere hasta que la condición se evalúe y/o se corrija
- S (situación especial) = El procedimiento debe realizarse en un entorno que cuente con cirujano y personal especializados, equipo para anestesia general y otros apoyos médicos.

Nuevas recomendaciones sobre el uso de anticonceptivos para mujeres con LES

Muchas mujeres con LES pueden considerarse como buenas candidatas para la mayoría de los métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos hormonales. Sin embargo, es importante mencionar que hay un mayor riesgo de enfermedad cardíaca isquémica, apoplejía y tromboembolismo venoso.¹⁻³ Por lo tanto, una mujer con LES y alguna de dichas condiciones coexistentes, debe recibir las mismas recomendaciones que otras mujeres con estas condiciones.

Estas recomendaciones se dividen en cuatro sub-categorías que se basan en evidencia de los distintos riesgos para diferentes complicaciones de la enfermedad. Las sub-categorías son: anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos), trombocitopenia severa, tratamiento inmunosupresivo y mujeres sin alguno de estos factores de riesgo.

Los *anticuerpos antifosfolípidos positivos* aumentan significativamente el riesgo de trombosis arterial y venosa en una mujer;^{4,5} y ella debe evitar el uso de métodos hormonales combinados: anticonceptivos orales combinados (AOC), parche (P), anillo (A) y anticonceptivos inyectables combinados (AIC). Los métodos de progestágeno solo deben también usarse con cautela, debido a los riesgos de trombosis. No hay restricciones para el uso del dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu).

La *trombocitopenia severa* aumenta el riesgo de sangrado. El factor de riesgo debe evaluarse con base en la severidad de la trombocitopenia y sus manifestaciones clínicas; por ejemplo, la menorragia, que es una condición común. Todos los anticonceptivos hormonales, como el DIU que libera levonorgestrel (DIU-LNG),⁶ pueden ser útiles para el tratamiento de la menorragia en mujeres con trombocitopenia severa; en general, los beneficios de los métodos superan los riesgos. Sin embargo, el acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) sólo debe iniciarse con las debidas precauciones, puesto que puede conducir a un sangrado mayor o errático; y el método es irreversible por 11-13 semanas después de administrarlo.

Las mujeres con trombocitopenia severa están en riesgo de sangrado espontáneo y se les aconseja consultar a un especialista y someterse a ciertos tratamientos previos antes de la inserción de un DIU.

Para mujeres bajo terapia inmunosupresiva, los beneficios de los

Tabla. Categorías de Elegibilidad Médica de la OMS, nuevas y actualizadas para métodos anticonceptivos† para mujeres con condiciones médicas, 2009

Condición	1. Sin restricción	2. Las ventajas generalmente superan a los riesgos	3. Los riesgos generalmente superan a las ventajas	4. Riesgo inaceptable para la salud	Esterilización
<i>Lupus eritematoso sistémico (LES)</i>					
Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	DIU-Cu		PPS, AMPD, EN-NET, Implantes de LNG y de ETG, DIU-LNG	AOC, P, A, AIC	Situación Especial
Trombocitopenia severa		AOC, P, A, AIC, PPS, AMPD (C), EN-NET (C), Implantes de LNG y de ETG, DIU-Cu (C), DIU-LNG	AMPD (I), EN-NET (I), DIU-Cu (I)		Situación Especial
Tratamiento inmunosupresivo	DIU-Cu (C)	AOC, P, A, AIC, PPS, AMPD, EN-NET, Implantes de LNG y de ETG, DIU-Cu (I), DIU-LNG			Situación Especial
Ninguno de los anteriores	DIU-Cu	AOC, P, A, AIC, PPS, AMPD, EN-NET, Implantes de LNG y de ETG, DIU-LNG			Cautela
<i>Terapia Antiretroviral</i>					
Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INTI)	AOC, P, A, AIC, PPS, AMPD, EN-NET, Implantes de LNG y de ETG	DIU-Cu [†] , DIU-LNG [†]	DIU-Cu (I) [‡] o DIU-LNG (I) [‡] , espermicidas, diafragma con espermicidas		
Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INNTI)	AMPD	AOC, P, A, AIC, PPS, EN-NET, Implantes de LNG y de ETG, DIU-Cu y DIU-LNG [†]	DIU-Cu (I) [‡] o DIU-LNG (I) [‡] , espermicidas, diafragma con espermicidas		
Inhibidores de proteasa reforzados con Ritonavir	AMPD	EN-NET, Implantes de LNG y de ETG, DIU-Cu [†] , DIU-LNG [†]	AOC, P, A, AIC, PPS, DIU-Cu (I) [‡] , DIU-LNG (I) [‡] , espermicidas, diafragma con espermicidas		
<i>VIH y SIDA</i>					
Alto riesgo de VIH				Diafragma con espermicidas	
Infección con VIH			Espermicidas		
SIDA			Espermicidas		
<i>Terapia Anticonvulsiva</i>					
Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, barbitúricos como carbamazepina, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	AMPR	NET-EN, Implant au LNG ou à l'ETG			
Lamotrigina	PPS, AMPD, EN-NET, Implantes de LNG y ETG, DIU-Cu, DIU-LNG		AOC, P, A, AIC		
<i>Terapia Antimicrobiana</i>					
antibióticos de amplio espectro, antimicóticos o antiparasitarios	AOC, P, A, AIC, PPS, AMPD, EN-NET, IMPLANTES DE LNG Y DE ETG, DIU-CU, DIU-LNG				
terapia de rifampicina o rifabutina	AMPD	EN-NET, Implantes de LNG y de ETG			
<i>Postparto (mujeres que estén o que no estén amamantando, incluidas las mujeres con sección cesárea)</i>					
<48 horas incluida la inserción inmediatamente después de la expulsión de la placenta	DIU-Cu, DIU-LNG si no está amamantando		DIU-LNG si está amamantando		
<i>Obesidad</i>					
De la menarquia a <18 años y ≥30 kg/m ² de índice de masa corporal	EN-NET	AMPD			

Condición	1. Sin restricción	2. Las ventajas generalmente superan a los riesgos	3. Los riesgos generalmente superan a las ventajas	4. Riesgo inaceptable para la salud	Esterilización
<i>Cirrosis</i>					
Cirrosis leve (compensada)	AOC, P, A, AIC, PPS, AMPD, EN-NET, Implantes de LNG y de ETG, DIU-Cu, DIU-LNG				Aceptar
<i>Hepatitis viral</i>					
Aguda o reactivación	PPS, AMPD, EN-NET, Implantes de LNG y de ETG, DIU-Cu, DIU-LNG	Para continuación: AOC, P, A, AIC	Para inicio AOC, P, A, AIC	Para inicio si la condición es severa: AOC, P, A	
Portadora	AOC, P, A, AIC, PPS, AMPD, EN-NET, Implantes de LNG y de ETG, DIU-Cu, DIU-LNG				
Crónica	AOC, P, A, AIC, PPS, AMPD, EN-NET, Implantes de LNG y de ETG, DIU-Cu, DIU-LNG				Aceptar
<i>Tumores hepáticos</i>					
Tumor hepático - hiperplasia nodular focal benigna	DIU-Cu	AOC, P, A, AIC, PPS, AMPD, EN-NET, implantes de LNG y ETG, DIU-LNG			Aceptar
<i>Trombosis venosa profunda (TVP) / embolismo pulmonar (EP)</i>					
TPV/EP y bajo terapia anticoagulante	DIU-Cu	PPS, AMPD, EN-NET, Implantes de LNG y de ETG, DIU-LNG		AOC, P, A, AIC	Situación Especial

Abreviaturas: C = continuación; AIC = anticonceptivos inyectables combinados; AOC = anticonceptivos orales combinados; DIU-Cu = dispositivo intrauterino que contiene cobre; AMPD = Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito inyectable; ETG = etonogestrel; I = inicio; LNG = levonorgestrel; DIU-LNG = dispositivo intrauterino que libera levonorgestrel; EN-NET = enantato de noretisterona inyectable; P = parches hormonales combinados; PPS = píldora de progestágeno solo; A = anillo vaginal hormonal combinado.

[†] No hubo adición de nuevas restricciones para el uso de métodos de barrera (condones, espermicidas y diafragma con espermicidas), a menos que se indique lo contrario.

[‡] Si está en buena condición clínica

[‡] Si no está en buena condición clínica

métodos anticonceptivos generalmente superan los riesgos en caso de que no haya otras complicaciones. Esto también es cierto para el caso de LES sin complicaciones.

Para todas las sub-condiciones del LES, no hay restricciones para el uso de métodos de barrera. Sin embargo, el LES es una de las condiciones que pueden hacer que el embarazo no planeado sea un riesgo inaceptable para la salud. Debe aconsejarse a las mujeres con LES que solamente el uso de métodos basados en el comportamiento y de los métodos de barrera puede no ser la elección más apropiada para ellas, debido a las relativamente más altas tasas de falla que típicamente tienen estos métodos.

Para mujeres con LES, que desean una esterilización permanente, el procedimiento puede realizarse con cautela, en ausencia de cualquier factor de riesgo. Sin embargo, cuando se practica una esterilización quirúrgica en mujeres con complicaciones de LES, se requiere la atención de un especialista o precauciones adicionales.

Recomendaciones actualizadas

Terapia Antirretroviral (ARV)

Para mujeres que toman inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) o inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI), no hay restricciones para el uso de los anticonceptivos orales, inyectables o implantes. A las mujeres que toman inhibidores de proteasa reforzados con Ritonavir, se les recomienda abstenerse de usar anticonceptivos orales porque la información limitada disponible sugiere interacciones medicamentosas potenciales que pueden alterar la seguridad y efectividad tanto del anticonceptivo hormonal como del ARV.⁷⁻¹⁴ Los anticonceptivos inyectables y los implantes pueden usarse. Los DIU tanto los que contienen cobre como los que liberan LNG pueden usarse conjuntamente con terapias ARV. La inserción de cualquiera de los tipos de DIU no se recomienda en una usuaria nueva que no esté en buena condición clínica, pero las enfermedades posteriores a la inserción no requieren la remoción del DIU.

Si bien no hay interacciones medicamentosas conocidas entre la

terapia ARV y el uso de métodos anticonceptivos de barrera, debe evitarse el uso de espermicidas solos, o de diafragmas (con espermicidas) por las razones que se analizan enseguida en las recomendaciones para mujeres que viven con el VIH o SIDA.¹⁵ Los condones pueden ser usados en forma segura con cualquier terapia ARV.

VIH y SIDA

Debe evitarse el uso del diafragma (con espermicida) en mujeres en alto riesgo de infección por VIH, debido a que la repetición de dosis altas del espermicida nonoxynol-9 se asocia con un mayor riesgo de lesiones genitales, lo que causa una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH.¹⁶ Debido a que los espermicidas pueden alterar la mucosa cervical, lo que a su vez puede conducir a una mayor presencia viral y a la transmisión del VIH a parejas sexuales no infectadas, a las mujeres a quienes se les diagnostica una infección con VIH o SIDA, se les aconseja no usarlos.

Terapia anticonvulsiva

Se recomienda a las mujeres bajo monoterapia de lamotrigina que se abstengan de usar simultáneamente métodos anticonceptivos hormonales combinados, debido a que ello puede alterar tanto la seguridad como la efectividad de los dos medicamentos.¹⁷⁻²¹ Las mujeres que toman lamotrigina pueden usar con seguridad métodos a base de progestágeno solo, DIU y métodos de barrera. Las mujeres que toman otros anticonvulsivos inductores de enzimas pueden ahora usar AMPD, enantato de noretisterona (EN-NET), e implantes, porque no hay evidencia de interacciones medicamentosas dañinas.¹⁹

Terapia antimicrobiana

No hay restricciones para el uso de cualquier método anticonceptivo para mujeres que estén tomando antibióticos de amplio espectro, antimicóticos o antiparasitarios. Las mujeres bajo terapia de rifampicina o rifabutina deben evitar el uso de métodos hormonales combinados y de píldoras de progestágeno solo (PPS), porque hay estudios que sugieren que estas terapias reducen la eficacia de los métodos.²²⁻³⁷ Las usuarias de rifampicina o rifabutina pueden, sin embargo, usar AMPD, EN-NET, e

implantes; no hay evidencia de que estos métodos causen interacciones medicamentosas dañinas.

Inserción de DIU post parto

Un DIU que contenga cobre o que libere LNG puede insertarse dentro de las 48 horas posteriores a la expulsión de la placenta (esto incluye a mujeres con sección cesárea, así como a mujeres que estén o que no estén amamantando). La inserción inmediata del DIU se asocia con tasas de expulsión más bajas que en los casos de inserción postparto retrasada.³⁸ Generalmente, a las mujeres que están amamantando se les aconseja evitar el uso del DIU-LNG.

AMPD y obesidad

Las niñas en edades entre el inicio de la menarquia y <18 años, con un IMC ≥ 30 pueden usar AMPD, pero algunos estudios muestran que tienen más probabilidad de subir de peso que las adolescentes obesas que no usan AMPD, o que las adolescentes que no son obesas y usan AMPD.³⁹

Condiciones hepáticas

Las mujeres a las que se les diagnostica con cirrosis leve, hepatitis viral crónica o que son portadoras de hepatitis viral, pueden usar de manera segura todos los tipos de métodos de anticoncepción hormonal y de barrera. Estudios recientes sugieren que los AOC no aumentan ni la tasa ni la severidad de la fibrosis cirrótica, ni aumentan el riesgo de carcinoma hepatocelular en mujeres con hepatitis crónica. Además, el uso de AOC no parece provocar falla hepática o una disfunción hepática grave en mujeres que son portadoras de hepatitis viral.⁴⁰ La esterilización quirúrgica voluntaria es un método seguro y aceptable.

Las mujeres a las que se les diagnostica hiperplasia nodular focal generalmente pueden usar todos los tipos de anticoncepción (hormonal, DIU y métodos de barrera), pues los estudios muestran que no hay influencia ya sea en la progresión o regresión de las lesiones hepáticas.⁴¹ La esterilización quirúrgica también se considera aceptable.

Debido a que las células hepáticas no tienen receptores de progestágeno, los métodos con progestágeno solo no afectan directamente la función hepática. Por lo tanto, las mujeres con un episodio agudo o reactivación de hepatitis viral, pueden usar estos métodos o DIU en forma segura. Sin embargo, debido a que los métodos que contienen estrógeno se metabolizan en el hígado, debe evitarse iniciar el uso de AOC, P, A o AIC (categoría 3 o 4). Si uno de estos métodos se inició antes del diagnóstico, los beneficios de continuar con la anticoncepción usualmente superan a los riesgos.⁴⁰

Trombosis venosa profunda / embolismo pulmonar (TVP/EP)

Hay nuevas recomendaciones disponibles para mujeres a quienes se diagnostica TVP/EP y que están sujetas a terapia anticoagulante. Deben evitarse los métodos hormonales combinados (AOC, P, A o AIC); pero, en general, los métodos de progestágeno solo y los DIU-Cu, sí pueden usarse. El uso de AMPD no plantea un riesgo significativo de hematoma en el lugar de la inyección, ni aumenta el riesgo de sangrado vaginal profuso o irregular en mujeres bajo terapia anticoagulante a largo plazo.⁴² Los métodos de barrera también son seguros. Para la esterilización quirúrgica, el procedimiento debe apegarse a lo estipulado en la categoría 'situación especial'.

Mary E Gaffield, PhD, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza (autora para correspondencia – gaffieldm@who.int)

Kelly R Culwell, MD, MPH

Federación Internacional de Planificación de la Familia
Londres, Reino Unido

Referencias

- Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE, Gordon DA, Smythe HA, Ogryzlo MA. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1976;60:221-5.
- 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 Framingham study. *Am J Epidemiol* 1997;145:408-15.
- Cervera R, Khamashta MA, Font J, et al. Morbidity and mortality in systemic lupus erythematosus during a 10-year period: a comparison of early and late manifestations in a cohort of 1,000 patients. *Medicine (Baltimore)* 2003;82:299-308.
- Choojitaram 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. *Clin Rheumatol* 2008, 27:345-51.
- 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;6:467-73.

- Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1361-63.
- Zhang J, Chung E, Eley T, et al. Effect of atazanavir/ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol and 17-deacetyl-norgestimate in healthy female subjects. 47th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-1415. September 17-20, 2007, Chicago, IL.
- 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.
- GlaxoSmithKline. Prescription medicines. Lexiva (fosamprenavir calcium) (http://www.gsk.com/products/prescription_medicines/us/medicines-ko.htm, accessed on 17 April 2009).
- 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).
- Merck & Company. Indinavir patient prescribing information. (http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/c/crixivan/crixivan_ppi.pdf, accessed on 2 April 2009).
- Abbot Laboratories. Lopinavir and ritonavir prescribing information, 2009. (<http://rxabbott.com/pdf/kaletratabpi.pdf>, accessed on 17 April 2009).
- Agouron Pharmaceuticals. Viracept (Nelfinavir mesylate) prescribing information, 2008. (http://media.pfizer.com/files/products/uspi_viracept.pdf, accessed on 17 April 2009).
- 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. (accessed on 4 June 2009).
- World Health Organization. WHO/Conrad Technical Consultation on Nonoxynol-9. WHO, Geneva, 9-10 October 2001 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_RHR_03.08.pdf, accessed on 15 January 2010).
- 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).
- Christensen J, Pretreite V, Atterman J, et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia* 2007;48:484-9.
- Contin M, Albani F, Ambrosetto G, et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47:1573-5.
- Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia* 2005; 46:1414-7.
- Sabers A, Buchholt JM, Uldall P, et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Res* 2001; 47:151-4.
- Sabers A, Ohman I, Christensen J, et al. Oral contraceptives reduce lamotrigine plasma levels. *Neurology* 2003; 61:570-1.
- Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE, et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *Eur J Clin Pharmacol* 1979; 15:193-7.
- Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE, et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. *Contraception* 1980; 21:135-43.
- 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. *Clin Pharmacol Therapeut* 1999; 65:428-38.
- Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinylestradiol in man. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)* 1977; 85:189-97.
- Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Med J Zambia* 1981; 15:23.
- Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *La Nouvelle Presse Médicale* 1973; 2:2957.
- Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contraires de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: a propos de trois grossesses non désirées chez trois malades. *Revue Française des Maladies Respiratoires* 1975; 2:174-82.
- 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; 21:617-29.
- Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt* 1974; 28:270-2.
- LeBel M, Masson E, Guilbert E, et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *J Clin Pharmacol* 1998; 38:1042-50.
- Meyer B, Muller F, Wessels P, Maree J. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clin Pharmacol Therapeut* 1990; 47:671-4.
- Nocke-Finckel 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; 98:1521-3.
- Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *La Nouvelle Presse Médicale* 1975; 4:115-6.
- 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; 25:255-62.
- Skolnick JL, Stoler BS, Katz DB, et al. Rifampicin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA* 1976; 236:1382.
- Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertil Steril* 1988; 49:331-338.

38. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception* 2009;80:327-36.
39. Curtis KM, Ravi A, Gaffield ML. Progestogen-only contraceptive use in obese women. *Contraception* 2009;80:346-54.
40. Kapp N, Tilley IB, Curtis KM. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception* 2009;80:381-6.
41. Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among with women with liver tumors: a systematic review. *Contraception* 2009;80:387-90.
42. Culwell KR, Curtis KM. Use of contraceptive methods by women with current

venous thromboembolism on anticoagulant therapy: a systematic review. *Contraception* 2009;80:337-45.

Para información adicional

Información completa (en inglés) sobre la 4a edición de los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos puede consultarse en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html

Cambio de paradigma: Ampliación de horizontes – Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF

‘Muchas veces negados y por mucho tiempo desatendidos, los derechos sexuales merecen nuestra atención y prioridad. Es momento de respetarlos. Es momento de exigirlos’.

Jacqueline Sharpe, Presidenta de IPPF

Aprobado en mayo de 2008 por el Consejo de Gobierno – el órgano de toma de decisiones de mayor jerarquía de IPPF – *Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF* es un documento desarrollado por un panel de personas expertas de renombre internacional en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, así como por personal y voluntariado de alto nivel de IPPF.

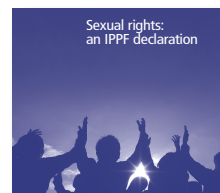
La Declaración ofrece un marco de referencia ambicioso y de amplia cobertura en busca del más alto estándar posible de salud. Está fundamentada en tratados y acuerdos internacionales esenciales, y sustentada en hallazgos y recomendaciones de varios órganos de vigilancia de los tratados y de Relatores Especiales de la ONU.

El documento pretende identificar explícitamente los derechos sexuales y apoyar una visión incluyente de la sexualidad. Esta visión busca el respeto,

la protección y el impulso de los derechos de todas las personas a la autonomía sexual, así como la promoción de la salud y los derechos sexuales dentro de un marco de no discriminación.

La Declaración expande la visión y convicción de IPPF acerca de que la salud sexual y la salud reproductiva son elementos integrales de los derechos de todas las personas, sin importar su edad, sexo, raza, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, condición de VIH, ni su condición social o estado civil, para gozar del más alto estándar posible de salud.

Este documento es una herramienta invaluable para las intervenciones basadas en derechos y el trabajo de advocacy a favor de los derechos sexuales, debido a que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano.



El documento puede solicitarse a info@ippf.org o consultarse en línea en www.ippf.org