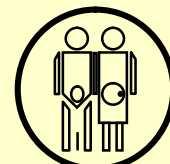


ANTICONCEPCIÓN HORMONAL COMBINADA

**Soledad Díaz
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
2011**

ICMER



ICMER

CONTENIDO DE ESTA PRESENTACIÓN

- **EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS DE USO REGULAR.**
- **CRITERIOS MÉDICOS PARA LA ELECCIÓN DE MÉTODO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.**

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

EFICACIA Y SEGURIDAD

La eficacia y seguridad dependen de:

- *Propiedades intrínsecas de los esteroides*
- *La dosis usada*
- *La forma de administración*
- *Atención profesional: evaluación previa, orientación y seguimiento de las usuarias*
- *Factores que afectan el uso del método*

MÉTODOS COMBINADOS DE ESTRÓGENOS-PROGESTÁGENOS*

➤ *Pastillas:*

Monofásicas < 35 mcg EE:

Régimen 21 o 28 días

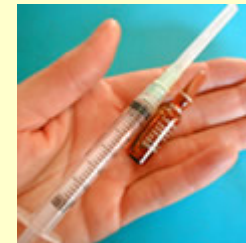
Régimen continuo 90 días



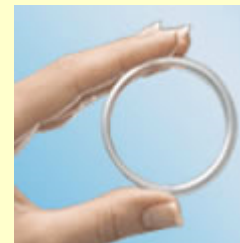
➤ *Inyecciones mensuales:*

Novafem / Cyclofem

Mesigyna



➤ *Anillo vaginal (AV)*



➤ *Parche transdérmico (PT)*



MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS MÉTODOS COMBINADOS DE ESTRÓGENOS-PROGESTÁGENOS

Ejercen su acción anticonceptiva por una combinación de efectos que impiden que ocurra la fecundación.

- La inhibición de la ovulación es el principal mecanismo de acción y de allí deriva su denominación como “anovulatorios”.
- También se produce alteración del moco cervical, bloqueando la migración de los espermatozoides.

TASAS DE EMBARAZO EN EL PRIMER AÑO DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Método	Tasa más baja observada ^a	Tasa en uso típico ^b
Ninguno	85	85
Combinados		
Pastillas	0.3	6 - 8
Inyectables	0.3	3
AV – PT	0.3	8
Progestágeno solo		
Pastillas (en lactancia)	0.3	1
Pastillas	0.3	6 - 8
Inyectables	0.3	3
Implantes	0.1	0.1

a Basado en el número de embarazos observado en 100 usuarias que usan el método en forma correcta y consistente durante un año.

b Basado en el número de embarazos observado en 100 usuarias que usan el método en forma típica.

Adaptado de Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud, 2005.

SEGURIDAD DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

La mayor información sobre la seguridad de los anticonceptivos combinados orales (ACO) para la salud de las mujeres se refiere al uso de pastillas que contienen 30 mcg o 50 mcg de EE y 150 mcg de levonorgestrel.

EFECTOS BENÉFICOS PARA LA SALUD DE LOS ACO

- **Protección contra cáncer de ovario y endometrio**
- **Protección contra embarazos ectópicos**
- **Disminución de la frecuencia de quistes ováricos**
- **Disminución de los sangrados menstruales**
- **Reducción de la anemia ferropriva**
- **Reducción de la dismenorrea y el síndrome premenstrual**
- **Disminución del riesgo de infecciones sintomáticas del tracto genital alto**

RIESGO DE CÁNCERES REPRODUCTIVOS ASOCIADO AL USO DE ACO

CÁNCER	USO	RIESGO RELATIVO
Ovario*	Todo	0.7
	5 años	0.5
	10 años	0.2
Endometrio*	1 año	0.8
	4 años	0.5
Mama**	Actual	1.24

**La protección se mantiene por mas de 10 años después del uso*

*** El riesgo desaparece a los 10 años después del uso*

Adaptado de WHO Technical Report Series. Oral Contraceptives and Neoplasia 1992 y Lancet 347:1713, 1996

CÁNCER CERVICAL Y ACO

Sólo en mujeres infectadas con tipos oncogénicos del virus del papiloma humano, el uso de ACO por más de 5 años se asocia a un incremento en el riesgo relativo de cáncer cervical (2.8, IC 1.5-5.4).

El riesgo disminuye al suspender el uso y desaparece a los 10 años.

Número estimado de eventos cardiovasculares por 100.000 años-mujer según uso de ACO en mujeres sin factores de riesgo

Patología	20-24 años		40-44 años	
	no usuaria	usuaria	no usuaria	usuaria
ETV	3.2	9.7	5.9	17.8
Isquemia Cereb.	0.8	1.5	1.6	4.0
Hemorragia Cereb.	1.3	1.3	4.6	9.3
Infarto Miocar.	<0.1	<0.1	2.1	5.3

Farley et al. Contraception 1998;57:21

Adaptado de Meirik O. 2000

**Riesgo relativo¹ de enfermedad arterial
según uso de ACO e historia de hipertensión
Datos de países en desarrollo, estudio de la OMS**

Patología	No-usuaria Hipertensión	Usuaria Sin hipertensión	Usuaria Hipertensión
Isquemia Cer.	7.7(5.4-11.0)	2.7(2.0-3.8)	14.5(5.4-39.0)
Hemorragia Cer.	9.4(7.1-12.5)	1.4(1.1-1.9)	14.4(6.7-30.4)
Infarto Miocar.	9.5(4.9-18.5)	3.7(1.8-7.4)	15.3(3.3-71.6)

¹ RR (IC 95%).

Grupo de referencia: no-usuarias sin historia de hipertensión

*WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone
Contraception. Lancet 1996;348:498-505 & 505-10, Lancet 1997;349:1202-09
Adaptado de Meirik O. 2000*

**Riesgo relativo¹ de enfermedad arterial
según uso de ACO y cigarrillo²
Datos de países en desarrollo, estudio de la OMS**

Patología	No-usuaria Fumadora	Usuaria No Fumadora	Usuaria Fumadora
Isquemia Cer.	1.3 (0.9-1.8)	2.6 (1.8-3.8)	4.8 (2.8-8.4)
Hemorragia Cer.	1.6 (1.2-2.0)	1.4 (1.1-2.1)	3.7 (2.4-5.7)
Infarto Miocar.	5.6 (2.6-12.1)	4.5 (1.9-10.7)	22.6 (7.6-67.2)

¹ RR (IC 95%).

Grupo de referencia: no-usuarias no fumadoras

² Fumadora >10 cigarrillos por día

WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Lancet 1996;348:498-505 & 505-10, 1997; Lancet 349:1202-09

Adaptado de Meirik O. 2000

Riesgo relativo (RR) de infarto del miocardio en usuarias de ACO de dosis bajas, según control de presión arterial (PA) Resumen de 5 estudios caso-control

Control de PA	Casos/controles expuestas	RR (IC 95%)¹
Con control PA	22/33	1.4 (0.9-2.1)
Sin control PA	19/22	3.6 (1.1-11)

¹ **Grupo de referencia: no-usuarias**

Farley T, Meirik O, Collins J. Human Reproduction Update 1999;5:721-35, basado en WHO 1997, Lewis et al 1997, Sidney et al 1996; Sidney et al 1998, Dunne et al 1999

Adaptado de Meirik O. 2000

Riesgo relativo (RR¹) de hemorragia cerebral en usuarias de ACO de dosis baja según edad

Resumen de 4 estudios caso-control

Tipo de mujer	Casos/controles expuestas	RR (IC 95%)
Edad <35 años	56/158	1.0 (0.7-1.5)
Edad <u>≥</u> 35 años	52/169	2.2 (1.5-3.3)

¹ Grupo de referencia: no-usuarias

*Farley T, Meirik O, Collins J. Human Reproduction Update 1999;5:721-35, basado en WHO 1996, Petitti et al 1996, Schwartz et al 1997
Adaptado de Meirik O. 2000*

Riesgo relativo (RR) de isquemia cerebral en usuarias de ACO de dosis baja según control de presión arterial (PA)

Resumen de 4 estudios caso-control

Control de PA	Casos/controles expuestas	RR (95% IC) ¹
Con control PA	76/108	2.0 (1.5-2.7)
Sin control PA	88/249	4.2 (2.9-6.2)

¹ Grupo de referencia: no-usuarias

Farley T, Meirik O, Collins J. Human Reproduction Update 1999;5:721-35, basado en WHO 1996, Heineman et al 1998, Lidegaard & Kreiner 1998, Schwartz et al 1997, Petitti et al 1996
Adaptado de Meirik O. 2000

Riesgo relativo¹ de isquemia cerebral en usuarias de ACO de dosis baja con migraña con aura

Estudio	Migraña	
	no usuarias	usuarias
Chang et al.	2.3 (0.69-7.47)	16.9 (2.72-106)
Tziourio et al.	3.7 (1.5-9.1)	13.9 (5.5-35.1)

¹ RR (IC 95%). Grupo de referencia: no-usuarias sin migraña

Tziourio et al. BMJ 1995;30:289-91 & Chang et al. BMJ 1999;318:13-8

Riesgo relativo de enfermedad tromboembólica venosa en usuarias de ACO según tipo de progestágeno

Resumen de 8 estudios de cohorte y caso-control

Tipo de mujer	Casos expuestos	RR (IC 95%)
Usuaría de 2 ^a generación	466	3.0 (2.5-3.5) ¹
Usuaría de 3 ^a generación	490	4.8 (3.9-5.9) ²

¹ Grupo de referencia: no-usuarias = 1

² Razón del riesgo estimado para 3^a vs 2^a generación: 1.9 (1.5-2.2)

Farley T, Meirik O, Collins J. Human Reproduction Update 1999;5:721-35, basado en WHO 1995, Jick et al 1995, Bloememkamp et al 1995, Spitzer et al 1996, Lidegaard et al 1998, Vasilakis et al 1999, Herings et al 1999, Todd et al 1999
Adaptado de Meirik O. 2000

Razón de riesgo (IC) para ETV asociada al uso de ACO (30 mcg EE) según progestágeno

Levonorgestrel	1 (referencia)
Desogestrel	2.4 (1.3-4.6) ^a
Gestodeno	3.1 (1.6-5.9) ^a
Drosperinona	1.7 (0.7-3.0) ^b
	1.6 (1.3-2.1) ^c
	2.3 (1.6-3.2) ^d
	3.3 (1.4-7.6) ^e
Ciproterona*	2.0 (1.3-3.0) ^b
	1.9 (1.4-2.2) ^c

* Tratamiento de hiperandrogenismo con efecto anticonceptivo

^a WHO, *Lancet* 1996; 346:1582; ^b Van Hylckama y cols, *BMJ* 2009,339:b2921

^c Lidegaard y col, *BMJ* 2009,339:b2890; ^d Jick SS, Hernandez RK *BMJ*

2011;340:d2151; ^e Parkin L y cols *BMJ* 2011;340:d2139

Riesgo relativo y absoluto por 1 millón años-mujer de morir por ETV asociada al uso de ACOs Nueva Zelanda 1990-98

Riesgo relativo de muerte

No-usuarias de ACOs	1 (referencia)
Todas las usuarias de ACOs	9.6 (3.1-29.1)

Riesgo absoluto de muerte

Todas las usuarias de ACOs	10.5 (6.2-16.6)
----------------------------	------------------------

Parkin L et al. Lancet 2000;355:2133-4

Comentario: Es el único estudio que mide la incidencia de ETV fatal asociado al uso de ACOs.

**Edad 20-24 años: Número estimado de eventos
cardiovasculares por 100.000 años-mujer
según uso de ACO y cigarrillo**

	No fumadora		Fumadora
	no usuaria	usuaria	usuaria
ETV	3.2	9.7	9.7
Isquemia Cer.	0.8	1.5	3.0
Hemorragia Cer.	1.3	1.3	3.8
Infarto Miocar.	<0.1	<0.1	0.3

Farley et al Contraception 1998;57:211-30

Adaptado de Meirik O. 2000

**Edad 40-44 años: Número estimado de eventos
cardiovasculares por 100.000 años-mujer
según uso de ACO y cigarrillo**

	No fumadora		Fumadora
	no usuaria	usuaria	usuaria
ETV	5.9	17.8	17.8
Isquemia Cer.	1.6	4.0	8.0
Hemorragia Cer.	4.6	9.3	23.2
Infarto Miocar.	2.1	5.3	42.6

Farley et al. Contraception 1998;57:211-30

Adaptado de Meirik O. 2000

OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS AL USO DE ACO

Enfermedades hepáticas:

Ictericia colestásica

Mayor riesgo de adenomas hepatocelulares
benignos (muy baja frecuencia)

Cambios metabólicos:

Cambios en el metabolismo lipídico y
de los carbohidratos pero no se ha demostrado
que tengan significado patológico.

EFFECTOS SECUNDARIOS ASOCIADOS AL USO DE ACO

Cefalea

Nauseas

Cambios en peso

Acne

Mastalgia

Edema

Alteraciones del animo

Flujo vaginal inespecífico

Tensión premenstrual

Cloasma

Alteración de los sangrados uterinos

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ACO ACNE Y DIFERENCIAS ENTRE PROGESTÁGENOS

Los AOC reducen el acné en comparación a un placebo.

Las diferencias entre AOC con distintos progestágenos no son claras:

- Clormadinona o ciproterona parecen más efectivas que levonorgestrel (1 estudio)
- Ciproterona parece más efectiva que desogestrel (3 estudios con resultados conflictivos).
- Levonorgestrel parece más efectivo que desogestrel (1 estudio) o similar (1 estudio).

Combined oral contraceptive pills for treatment of acne.

Arowojolu AO y cols. Cochrane Database Syst Rev. 009;(3):CD004425.

DURACIÓN DE LA LACTANCIA

Porcentaje de mujeres en lactancia exclusiva a los 6 meses postparto según método anticonceptivo

METODO	%
Ninguno	57
Anticonceptivos combinados orales	40 *
Pastillas de progestágeno solo	61
Implantes NORPLANT	63
Anillo vaginal de progesterona	61
T de Cobre	64

* Significativamente diferente de todos los otros métodos

Adaptado de Díaz et al. Contraception 56:223, 1997

RECUPERACIÓN DE LA FERTILIDAD Y ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

- Seis meses después de discontinuar el uso de ACO, el 99% de las mujeres ya han recuperado los ciclos menstruales.
- A los dos años después de suspendido el uso de ACO, las tasas de embarazo son de 90% o más.
- No hay relación entre tiempo de uso de ACO y el intervalo hasta la recuperación de la fertilidad.

COMPARACIÓN ENTRE ACO CON DISTINTOS PROGESTÁGENOS

- En general, no se han demostrado ventajas de los nuevos progestágenos con respecto a los de primera y segunda generación.
- El uso de pastillas que contienen desogestrel, gestodeno, drospirinona y acetato de ciproterona está asociado a un riesgo de enfermedad tromboembólica alrededor de dos veces mayor que el uso de pastillas con levonorgestrel. ^a

^a *WHO Technical Report Series. Cardiovascular disease and Steroid Hormone Contraception, 1998*

Van Hylckama y cols, BMJ 2009,339:b2921

Lidegaard y col, BMJ 2009,339:b2890

INYECTABLES COMBINADOS

Inyecciones mensuales:

Novafem / Cyclofem:

Cada inyección contiene 25 mg de acetato de medroxiprogesterona + 5 mg de cipionato de estradiol.



Mesigyna:

Cada inyección contiene 50 mg de enantato de noretisterona + 5 mg de valeriato de estradiol.

No hay primer paso de los esteroides por el hígado, el estradiol usado es similar a la hormona natural.

Se estima que los riesgos y beneficios asociados a su uso son similares a los de los ACO.

TASAS DE DISCONTINUACIÓN A LOS 12 MESES DE LOS INYECTABLES COMBINADOS

RAZON	CYCLOFEM	MESIGYNA
Embarazo	0.3	0.1
Amenorrea	0.8	5.2
Sangrados	7.9	12.7
Otras médicas	3.6	3.4
Todas (médicas y personales)	18.8	26.4
Nº mujeres	1,960	1,955
Meses-mujer	10,688	19,765

ICMER

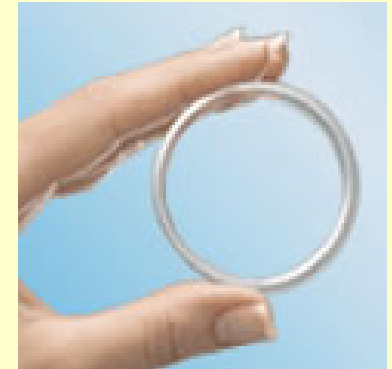
Análisis por tabla de vida

Adaptado de Newton JR et al. J. Obstet. Gynec. 14: Supl. 1, 1994

ANILLO VAGINAL COMBINADO

Anillo vaginal combinado:

NuvaRing contiene etonogestrel 11.7.mg y etinil estradiol 2.7 mg y libera 120 mcg de etonogestrel y 15 mcg de etinil estradiol al día.



No hay primer paso de los esteroides por el hígado.

Se estima que los riesgos y beneficios asociados a su uso son similares a los de los ACO.

PARCHE TRANSDÉRMICO COMBINADO

Parche transdérmico:

Evra contiene norelgestromin 6 mg y etinilestradiol 600 mcg y libera 20 mcg de etinil estradiol y 150 mcg de norelgestromin al día.

No hay primer paso de los esteroides por el hígado.

Se estima que los riesgos y beneficios asociados a su uso son similares a los de los ACO.



FACTORES A CONSIDERAR EN LA ELECCIÓN DE LA FORMA DE ADMINISTRACIÓN (I)

➤ **Aceptabilidad por parte de la usuaria:**

uso independiente del coito

control por la usuaria o

dependiente de la clínica

necesidad de atención diaria

➤ **Etapas de la vida: adolescencia**

lactancia

edad > 35 años

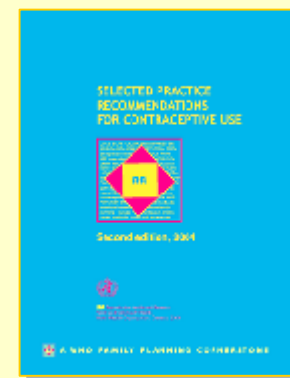
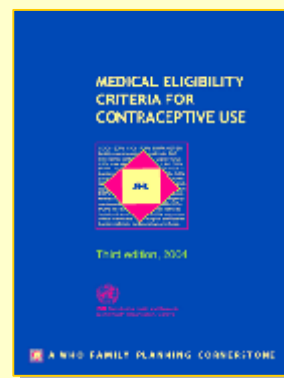
FACTORES A CONSIDERAR EN LA ELECCIÓN DE LA FORMA DE ADMINISTRACIÓN (II)

- **Eficacia según forma de uso**
- **Recuperación de la fertilidad**
- **Aspectos médicos:**
 - efectos secundarios**
 - primer paso por el hígado**
- **Servicios y accesibilidad:**
 - profesionales capacitados/as**
 - discontinuación fácil / difícil**
 - costo**

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

- Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud www.minsal.cl
- Criterios Médicos de Elegibilidad y Recomendaciones sobre Practicas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos de la OMS www.who.int.reproductive-health

ICMER



CATEGORÍAS USADAS EN LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS

Si una condición se clasifica en:

- ***Categoría 1:*** No hay limitaciones para el uso del método.
- ***Categoría 2:*** Las ventajas de usar el método superan los posibles riesgos.
- ***Categoría 3:*** Los posibles riesgos superan las ventajas de usar el método.
- ***Categoría 4:*** El uso del método representa un riesgo inaceptable.

CATEGORÍA 4 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS*

- **Lactancia durante las primeras 6 semanas posparto**
- **Mujeres no amamantando < 21 días posparto con otros factores de riesgo para enfermedad tromboembólica (categoría $\frac{3}{4}$)^a**
- **Edad mayor de 35 años y tabaquismo más de 15 cigarrillos/día**
- **Hipertensión arterial severa (sistólica ≥ 160 / diastólica ≥ 100 mm Hg) o asociada a daño vascular**

*** Incluye Orales, Inyectables, Anillo vaginal y Parche**

^a Dependiendo de la severidad de la condición

CATEGORÍA 4 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS*

- **Historia o presencia de trombosis venosa profunda o embolía pulmonar**
- **Trombosis venosa profunda o embolía pulmonar en terapia anticoagulante establecida**
- **Cirugía mayor con inmovilización prolongada**
- **Cardiopatía isquémica**
- **Accidente vascular cerebral**
- **Cardiopatía valvular complicada**

CATEGORÍA 4 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS

- **Migraña con aura (todas las edades)**
- **Migraña sin aura en mujeres ≥ 35 años**
- **Factores múltiples de riesgo cardiovascular (categoría $\frac{3}{4}$)^a**
- **Cáncer de mama actual**

^a Dependiendo de la severidad de la condición

CATEGORÍA 4 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS

- **Diabetes con nefropatía o retinopatía o neuropatía o enfermedad vascular o con + de 20 años de duración (categoría $\frac{3}{4}$)^a**
- **Hepatitis viral activa**
- **Adenoma hepatocelular o tumor hepático maligno**
- **Cirrosis hepática descompensada***

•Categoría 3 para inyectables combinados

^a **Dependiendo de la severidad de la condición**

CATEGORÍA 4 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS

- **Mutaciones trombogénicas conocidas (factor V de Leyden, mutación de protrombina, proteína S, proteína C, y deficiencias antitrombina)**
- **Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos (+) o si se desconoce la presencia de estos (AOC y AIC)**

CATEGORÍA 3 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS

Mujeres no amamantando

- **A menos de 21 días post-parto sin otro factor de riesgo para enfermedad tromboembólica**
- **A menos de 21 días post-parto con otros factores de riesgo para enfermedad tromboembólica (categoría $\frac{3}{4}$)^a**
- **Entre 21 y 42 días post-parto con otros factores de riesgo para enfermedad tromboembólica (categoría $\frac{2}{3}$)^a**

CATEGORÍA 3 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS

- **Lactancia desde 6 semanas a 6 meses postparto**
- **Edad mayor de 35 años y tabaquismo menor de 15 cigarrillos por día**
- **Historia de hipertensión arterial e hipertensión del embarazo (si la presión arterial no puede evaluarse)**

CATEGORÍA 3 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS

- **Hipertensión arterial (sistólica 140-159/
diastólica 90-100 mm Hg)**
- **Factores múltiples de riesgo cardiovascular
(categoría 3/4) ^a**
- **Antecedente de cáncer de mama
sin enfermedad en los últimos 5 años**
- **Migraña sin aura en mujeres > 35 años**

^a **Dependiendo de la severidad de la condición**

CATEGORÍA 3 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS

- **Patología biliar no colecistectomizada**
- **Antecedente de colestasia
intrahepática relacionada con AOC**
- **Cirrosis hepática compensada**
- **Hiperlipidemia conocida**

CATEGORÍA 3 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS

- **Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, carbamezapina, barbitúricos, primidona)* o de lamotigrina**
- **Uso de rifampicina o rifabutina***
- **Terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir**

*** Categoría 2 para inyectables combinados**

CATEGORÍA 2 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS (ejemplos)

- **Sangrados vaginales irregulares: no son una restricción para el uso de ACO, salvo que se sospeche embarazo o patología.**
- **Cáncer del aparato genital: las mujeres portadoras de un cáncer genital o que han sido tratadas exitosamente por condiciones pre-malignas pueden usar ACO mientras esperan tratamiento.**

CATEGORÍA 2 PARA MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS (ejemplos)

- **Terapia antiretroviral.**
- **Las venas varicosas no complicadas, la obesidad, los desordenes depresivos y las ITS no son una limitación para el uso de PS pero requieren orientación según la evaluación clínica.**

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS MÉTODOS HORMONALES COMBINADOS

LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS MODERNOS SON EFECTIVOS Y SEGUROS PARA LA MAYORÍA DE LAS MUJERES

TIENEN EFECTOS BENEFICOS PARA LA SALUD

Ej: previenen el cáncer endometrial y ovárico, los embarazos ectópicos, la anemia y los quistes ováricos.

CIERTAS CONDICIONES SON FACTORES DE RIESGO

Ej: El cigarrillo, la hipertensión arterial y la edad influyen en el riesgo de enfermedades cardiovasculares y uso de métodos hormonales combinados. El tipo de progestágeno afecta el riesgo de ETV.

PARA MEJORAR EL USO SEGURO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

EVALUAR LAS CONDICIONES BIOMEDICAS:

*Criterios Médicos para la Elección
de Métodos Anticonceptivos OMS
Recomendaciones sobre Prácticas
Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos*

ORIENTACION:

*Para facilitar la elección de métodos
adecuados a la condición de salud
de las mujeres, a sus intenciones reproductivas y
al estilo de vida de las personas*